

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicogerontología:

Perspectiva del Ciclo Vital



MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA, CAMBIOS COGNITIVOS Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL ENVEJECIMIENTO.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PERSONAS MAYORES SANAS Y CON PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Rita Redondo Flores

DIRIGIDA POR:

Juan Carlos Meléndez Moral

Alfonso Pitarque Gracia

Valencia Noviembre 2017

Las arrugas de la piel son surcos que relatan cada historia vivida. En ellas se puede leer y palpar cada instante, saborear cada momento, revivir cada batalla. Entre arrugas se teje el saber, el vivir y el sentir. Cuando los recuerdos aparecen difusos y una confusa realidad invade nuestro camino, son nuestras arrugas empapadas de emociones las que nos recordarán quienes somos y quienes fuimos.

En agradecimiento a todas aquellas personas que me han acompañado en este camino.

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente en cada paso que doy, ofreciéndome siempre toda la ayuda posible. Gracias a ellos soy quien soy. Por enseñarme que todo esfuerzo tiene recompensa, y que la voluntad es la distancia que media entre lo posible y lo imposible.

A ti, Manu, por compartir conmigo cada momento, siempre mano a mano, por enseñarme a disfrutar de cada segundo. Cada página de este trabajo está impregnada de risas y sueños juntos, vividos y por vivir.

A mis guías, que hicieron de brújula durante todo el camino, prestándome toda la ayuda posible. Por ser mis modelos a seguir, por servirme de inspiración, por ayudarme a descubrir y desarrollar esta pasión por el envejecimiento y por regalarme aprendizajes y buenos momentos cada día.

A mis amigos, por ofrecerme la bonita experiencia de crecer a vuestro lado, de aprender a ser mejor persona; por enseñarme lo que es la solidaridad, el respeto, la justicia social... y porque gracias a vosotros sé que “muchas gente pequeña en lugares pequeños haciendo pequeñas cosas, pueden cambiar el mundo”.

A Juan Carlos Meléndez, director de este trabajo, por su infinita paciencia, por estar siempre ahí, por resolverme cada duda, y enseñarme el valor del trabajo constante.

Y sin duda, agradecer a todas aquellas personas mayores que han participado en este trabajo, porque sin ellas este proyecto no se podría haber llevado a cabo.

Índice

Prólogo	1
Capítulo 1. Aspectos generales del envejecimiento	5
1. Introducción.....	7
2. El envejecimiento: qué es y principales características	9
3. Cambios cognitivos en el envejecimiento	15
3.1. Cambios neurobiológicos.....	16
3.2. Cambios cognitivos	17
4. Factores modulares en el envejecimiento cognitivo.....	32
5. Las emociones en el envejecimiento.....	35
Capítulo 2. Aspectos básicos de la memoria autobiográfica	43
1. El estudio de la memoria autobiográfica.	45
2. La memoria autobiográfica en el plano del sistema mnésico humano	48
3. Aproximación conceptual a la M.A.: qué es y principales características	51
4. Acceso y recuperación de los recuerdos autobiográficos	59
5. Acceso al recuerdo autobiográfico: perspectiva desarrollista	66
6. Localización de los recuerdos autobiográficos a lo largo del ciclo vital	68
7. Bases neuropsicológicas del recuerdo autobiográfico	74
8. Efectos del envejecimiento en la M.A.	79
Capítulo 3. Memoria autobiográfica y emociones.....	85

1. Introducción a las emociones	87
1.1. La importancia de las emociones	87
1.2. M.A. y emociones en el ciclo vital.....	88
2. Cambios en la especificidad de la M.A. en trastornos emocionales.....	89
3. Regulación emocional y M.A.	97
3.1. Regulación emocional desde la perspectiva del Self.....	99
3.2. Memoria autobiográfica y regulación emocional en la vejez.....	101
4. La memoria autobiográfica como herramienta psicoterapéutica	106
Capítulo 4. Memoria autobiográfica y patología neurodegenerativa	111
1. Envejecimiento, memoria y enfermedades neurodegenerativas.....	113
2. Deterioro Cognitivo Leve	115
2.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico	115
2.2. Clasificación y subtipos del DCL.....	118
2.3. Evaluación neuropsicológica.....	120
2.4. DCL y depresión	122
3. Enfermedad de Alzheimer	123
3.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico	123
3.2. Sintomatología y aspectos neuropsicológicos.....	131
3.3. Intervención en enfermos de Alzheimer	135
4. Declive de la memoria autobiográfica en el curso del a-DCL y la EA	137
4.1. Amnesia anterógrada y retrógrada y sustratos neuroanatómicos	140
4.2. Base cognitiva relacionada con la pérdida de M.A.: déficit ejecutivo.....	145
4.3. Pérdida de la identidad.....	146
4.4. Rehabilitación clínica del recuerdo autobiográfico en el DCL y la EA	149

5. Enfermedad de Parkinson (EP)	150
5.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico	150
5.2. Síntomas neuropsicológicos	155
5.3. El impacto de la depresión en la EP	159
5.4. Evaluación cognitiva	159
5.5. Demencia Parkinsoniana: factores de riesgo de demencia en la EP	160
6. Memoria autobiográfica y Enfermedad de Parkinson	164
Capítulo 5. Método	169
1. Objetivos e hipótesis	171
2. Procedimiento	178
3. Participantes	182
4. Instrumentos	186
5. Análisis	201
Capítulo 6. Resultados.....	203
Capítulo 7. Discusión	227
Capítulo 8. Conclusiones	297
Capítulo 9. Referencias.....	305

Índice de Figuras

Figura 1. Evolución de la población mayor 1900-2061.	8
Figura 2. Estructura de la población española. Año 2014.....	8
Figura 3. Tipos de envejecimiento	12
Figura 4. Determinantes del envejecimiento activo	14
Figura 5. Modelo modal de la memoria de Atkinson y Shiffrin (1968).....	28
Figura 6. Factores que favorecen el envejecimiento exitoso	34
Figura 7. Taxonomía de la memoria.....	49
Figura 8. Componentes de la memoria autobiográfica	51
Figura 9. Memoria autobiográfica episódica y semántica.	56
Figura 10. Estado de conciencia de la memoria autobiográfica.	59
Figura 11. Proceso jerárquico en la recuperación generativa	65
Figura 12. Distribución del recuerdo autobiográfico a lo largo del ciclo vital	69
Figura 13. Activación cerebral durante la evocación de recuerdos autobiográficos.....	74
Figura 14. El modelo Car-FA-X.....	96
Figura 15. Teoría socioemocional selectiva de Carstensen	103
Figura 16. Subtipos de DCL.....	118
Figura 17. Modelo de memoria autobiográfica en la enfermedad de Alzheimer.	146
Figura 18. Porcentajes del género y estado civil en el total de la muestra	182
Figura 19. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en el total de la muestra	182
Figura 20. Porcentajes del género y estado civil en Sanos	183
Figura 21. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en Sanos	183

Figura 22. Porcentajes del género y estado civil en DCL.....	184
Figura 23. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en DCL.....	184
Figura 24. Porcentajes del género y estado civil en EA.....	184
Figura 25. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en EA.....	185
Figura 26. Porcentajes del género y estado civil en EP.....	185
Figura 27. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en EP.....	185
Figura 28. Diferencias según el tipo de memoria por etapa en función del grupo.....	211
Figura 29. Diferencias según el grupo para cada etapa en función de la memoria.....	212
Figura 30. Diferencias por etapa para cada tipo de memoria en función del grupo.....	213
Figura 31. Diferencias por valencia para cada grupo en función de la especificidad.....	216
Figura 32. Diferencias por grupo para cada valencia en función de la especificidad.....	217
Figura 33. Diferencias por especificidad para cada grupo en función de la valencia.....	218
Figura 34. Diferencias en M.A. para cada etapa en función del grupo.....	220
Figura 35. Modelo de relación entre variables cognitivas y solución de problemas.....	225

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sensorio-perceptuales de la memoria episódica	52
Tabla 2. Tipología del DCL y su trastorno relacionado	119
Tabla 3. Categorización de los biomarcadores de la EA.....	128
Tabla 4. Sintomatología enfermedad de Alzheimer	133
Tabla 5. Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson	154
Tabla 6. Algunos Test sensibles a la Enfermedad de Parkinson.....	160
Tabla 7. Proceso de diagnóstico de demencia relacionada con la EP.....	161
Tabla 8. Factores de riesgo de demencia en enfermedad de Parkinson	162
Tabla 9. Niveles especificidad recuerdo autobiográfico	194
Tabla 10. Puntos de corte de la Entrevista de Memoria Autobiográfica.....	194
Tabla 11. Codificación numérica para cada recuerdo autobiográfico del AMT.....	196
Tabla 12. Resumen de escalas cognitivas y emocionales utilizadas	201
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las pruebas cognitivas	205
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las pruebas emocionales	207
Tabla 15. Puntuaciones medias AMI	210
Tabla 16. Puntuaciones medias AMT	215
Tabla 17. Estadísticos descriptivos del recuerdo total por etapa para cada grupo.....	219
Tabla 18. Correlaciones entre M.A. variables sociodemográficas.....	221
Tabla 19. Correlaciones entre tipos de especificidad y variables sociodemográficas..	222

Hay recuerdos autobiográficos que nos acompañan toda la vida, por ejemplo, el nacimiento de un hijo. Cuando una mujer evoca dicho recuerdo, con cierta probabilidad vuelve a revivir en su mente los detalles, emociones, o sonidos que envolvían el ambiente de aquel día. Tales recuerdos se afianzan en la memoria porque definen una parte de nuestra existencia: ser madre. Se trata de material rico en imágenes sobre el que se basa la mente para configurar nuestra identidad, lo que somos y la forma en la que nos vemos a nosotros mismos.

Este tipo de recuerdos llevan consigo generalmente una emoción o varias emociones asociadas a éste. Nos apoyamos en tales recuerdos para tejer nuestra identidad, y definir la coherencia de nuestras elecciones y nuestras aspiraciones. Suelen ser recuerdos que incluyen informaciones sensoriales (visuales, auditivos, olfativos) y permanecen ligados al contexto original (lugar y fecha). Por este motivo, los recuerdos emocionales resisten mejor el paso del tiempo. Al estar más consolidados, su conservación a largo plazo también resulta más duradera.

Continuamente construimos nuestros recuerdos en la medida en que se

corresponden con la imagen que tenemos de nosotros mismos. Cuando poseemos un concepto positivo de nosotros, retenemos con preferencia los recuerdos que se ajustan a esa identidad y permiten proyectarse de forma positiva hacia el futuro. Por ejemplo, recordamos mejor las expresiones faciales sonrientes que las negativas o neutras, probablemente debido a que un rostro sonriente nos da una señal de aprobación de nuestra persona, un mensaje positivo relativo a nuestra propia imagen. Además, las emociones estructuran nuestra memoria actuando como un filtro: se concede preferencia a algunos recuerdos en función del estado de ánimo en el que nos encontramos.

Este tipo de recuerdos son importantes en todas las etapas de la vida, pero cobran una especial importancia en el envejecimiento ya que aquellas vivencias más significativas ayudan a las personas mayores a comprender la vida que viven, y su papel en ella, a reforzar su identidad y a la auto-evaluación positiva. Además, revivir el pasado no solo ayuda a preservar los recuerdos sino que además sirve a las personas mayores para aceptar y asumir su pasado, así como a sentir que han vivido una vida plena y satisfactoria, y en muchas ocasiones se sirven de este pasado para afrontar situaciones complicadas del presente. Además, compartir estas vivencias con otros también contribuye a mejorar las relaciones sociales intra e intergeneracionales, aporta sentimientos de bienestar a corto plazo, mejora la autoestima y la satisfacción con la vida y es una forma ideal de compartir experiencias y conocimientos. Por tanto, la tendencia a “viajar” al pasado de las personas mayores, lejos de ser un hábito nocivo, es más bien una oportunidad para seguir creciendo de manera saludable, mejorar la calidad de vida así como la salud mental y emocional de nuestros mayores.

Aquellas personas mayores que sufren enfermedades neurodegenerativas mantienen parte de sus recuerdos autobiográficos remotos más significativos hasta fases moderadas; si bien es cierto que no recuerdan dichos eventos con tanta nitidez, y que puede que olviden gran parte del contexto, aun así pueden beneficiarse de otros aspectos como la evocación de emociones que trae consigo el recuerdo, el despertar de su identidad, en ocasiones disipada a causa de la enfermedad, o el sentimiento de pertenencia a un grupo, en el caso de evocar los recuerdos en un contexto social o familiar.

Si tenemos en cuenta el envejecimiento de la población que está viviendo nuestro

país y el mundo en general, donde los mayores de 65 años ocupan en el presente un 18,2% de la población total, que pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064, es de vital importancia para la sociedad en la que vivimos asumir un compromiso con nuestros mayores, siendo responsabilidad de todos el desarrollo de estrategias que promuevan una manera saludable de envejecer, y que prevengan, y también afronten, el desarrollo de enfermedades y trastornos psicológicos. También es necesario el compromiso de la sociedad entera para ayudar a aquellas personas que viven situaciones más desfavorecidas, y romper las barreras y los prejuicios que existen hacia este grupo poblacional, promoviendo los derechos y la dignidad de nuestras personas mayores, que somos y seremos todos algún día.

En este trabajo se aborda el estudio de la memoria autobiográfica en relación con los cambios cognitivos y con la regulación emocional en el envejecimiento, realizando una comparativa entre sujetos mayores sanos, y sujetos con enfermedades degenerativas, específicamente diagnosticadas de Deterioro Cognitivo Leve, Enfermedad de Alzheimer y Enfermedad de Parkinson.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

1. Introducción.

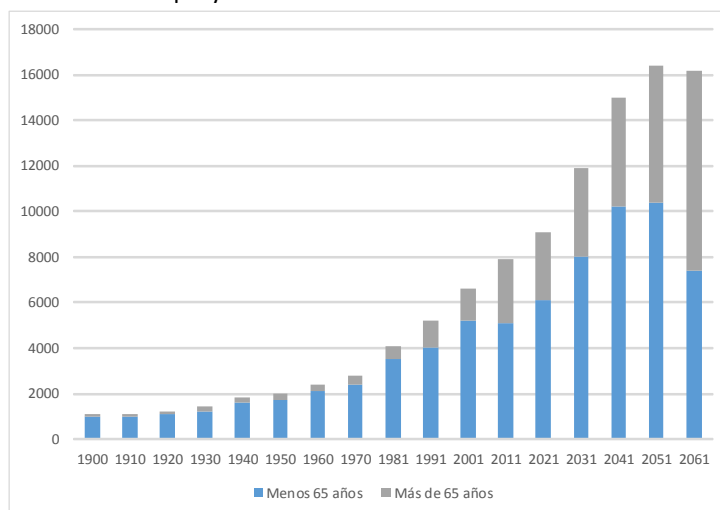
El estudio del envejecimiento es uno de los ámbitos de investigación que más crecimiento está teniendo actualmente en el campo de la psicología. Este interés deriva de los importantes cambios que se producen en dicha etapa del desarrollo, los cuales no habían sido detalladamente estudiados hasta finales del siglo XX, además de la transformación demográfica que comenzó a producirse a finales del siglo pasado.

Hoy por hoy, España sigue su proceso de envejecimiento. A 1 de enero de 2016 las personas mayores de 65 años representan el 18,4% sobre el total de la población en España, un total de 8.657.705 de personas, según los datos del Padrón Continuo (INE). Además, continúa creciendo la proporción de octogenarios, los cuales representan actualmente el 6% de toda la población.

Yendo más allá, la generación del *baby boom*, que hace referencia a los casi 14 millones de niños que nacieron entre 1958-1977, todavía se encuentra en edad laboral. Sin embargo, alrededor del 2024 se iniciará su llegada a la jubilación. Pero lejos de cesar el

crecimiento, en 2061 habrá más de 16 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (38,7% del total).

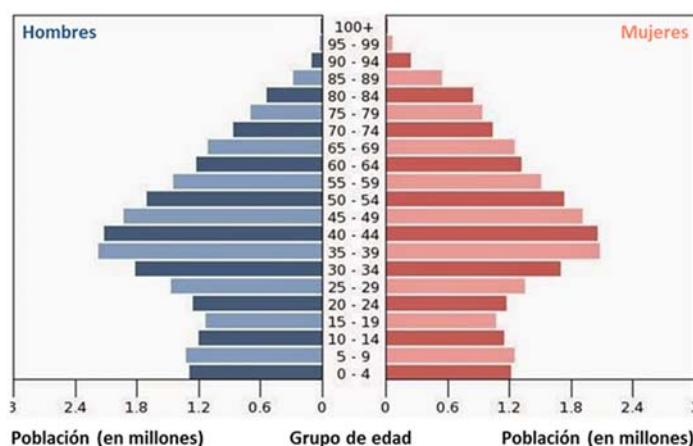
Figura 1. Evolución de la población mayor 1900-2061. De 1900 a 2011 datos reales; de 2021 a 2061 proyecciones. Fuente: INE: INEBASE.



Entre algunos de los motivos se encuentran los avances económicos y socio-sanitarios acontecidos en las últimas décadas, lo que ha promovido un aumento de la esperanza de vida al nacer. Concretamente, las mujeres en España tienen una esperanza de vida de 85,6 años, mientras que para los hombres de 80 años.

Otra de las causas que también ha desencadenado esta evolución es el descenso de la fecundidad en los años ochenta y noventa, lo que condujo en 2001 a que por primera vez, la población mayor (de 65 años y más) superase a la población infantil de 0-14 años. Sin embargo, en los últimos años, estamos presenciando una recuperación de la natalidad rompiendo la tendencia descendente iniciada a final de los años setenta.

Figura 2. Estructura de la población española. Año 2014. Fuente: INE: INEBASE.



Así pues, las personas mayores de 65 años tienen una gran representación en la sociedad, lo que conlleva la necesidad de crear y desarrollar condiciones que promuevan la calidad de vida de este colectivo. En respuesta a ello, ha aumentado el número de investigaciones enfocadas al estudio de los procesos de envejecimiento con el fin de promover la salud, entendida como el estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1974).

Por tanto, es esencial el desarrollo de trabajos enfocados en el estudio de los procesos cognitivos en el envejecimiento, así como en los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos asociados a la vejez.

2. El envejecimiento: qué es y principales características.

No cabe duda que para definir el concepto de envejecimiento se debe partir de una perspectiva interdisciplinar, ya que son numerosas las materias que han contribuido a su definición. En esta línea, autores como Bazo y Maiztegui (1999) coinciden en este enfoque, y señalan que, en el proceso de envejecer, influyen numerosos factores de la persona, su biología, aspectos psicológicos, roles sociales, etc. En este sentido, podría afirmarse que existen tres vertientes esenciales que han de tenerse en cuenta a la hora de definir el concepto de envejecimiento (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009): la perspectiva biológica, la psicológica y a sociológica.

Con respecto a la vertiente biológica, las primeras definiciones basadas en evidencia científica surgen en la década de los años 50 desde una perspectiva médico-biológica, relacionando la vejez con el estado previo a la muerte. Esta vertiente define la vejez desde dos dimensiones: el patrón de referencia cronológica y los cambios morfológico-funcionales de los cuales depende el grado de envejecimiento. En esta línea, San Martín (1997) apuntaba que el envejecimiento comienza cuando termina el período de crecimiento, entre los 25 y los 30 años de edad, de manera progresiva. Concretamente, a los 40 años de edad comienza a hacer evidente el desgaste de los tejidos, según dicho autor. De la misma manera, Craig y

Baucum (2001) planteaban que el envejecimiento es un fenómeno universal y gradual, que se produce siempre incluso ante condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no igual de rápido en todos los organismos.

En cuanto a la perspectiva psicológica, ésta se basa en los cambios observados en los procesos psicológicos básicos, estudios que se desarrollan a partir de la Psicología del Envejecimiento. Este concepto fue planteado por Birren y Schroots (1996), y hace referencia al estudio de las personas mayores en la última etapa vital, sin tener en cuenta necesariamente la interrelación con etapas anteriores. Cabe destacar, que se trata de un concepto que busca desarrollar una perspectiva del estudio de los cambios que se dan a lo largo del proceso de envejecimiento, tanto a nivel intraindividual como interindividual, teniendo en cuenta los cambios así como los factores los causan, así como la optimización del proceso, aspecto posible gracias a la plasticidad que se mantiene en dicha etapa que permite seguir desarrollando ciertas funciones, como medio de compensación.

Por último, se encuentra la dimensión sociológica. Esta dimensión se basa en tres subdimensiones: la sociodemografía, ciencia que estudia el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que tiene en cuenta el nivel de participación y de integración social que tienen las personas mayores y, la dimensión económica política, que estudia los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas durante la etapa de senectud. Es decir, el envejecimiento, lejos de tratarse de un proceso meramente orgánico, es un fenómeno mucho más complejo donde entran en juego otras variables de carácter social y biológicas, que hacen que cada persona envejezca de una manera debido a, por ejemplo, el estado de salud, en nivel socioeconómico, la herencia genética, el entorno social, la educación, la dedicación profesional, etc.

Así pues, resulta complejo simplificar la definición de envejecimiento a un mero proceso biológico ya que, tal y como se ha visto, intervienen otros factores relevantes de carácter psicológico y social. Por tanto, es preciso partir de un enfoque multidisciplinar con el fin de tener una visión más amplia de todas las características que influyen en el proceso de envejecimiento, tanto directa como indirectamente.

A pesar de que se acepta a nivel general esta perspectiva multidisciplinar, todavía no

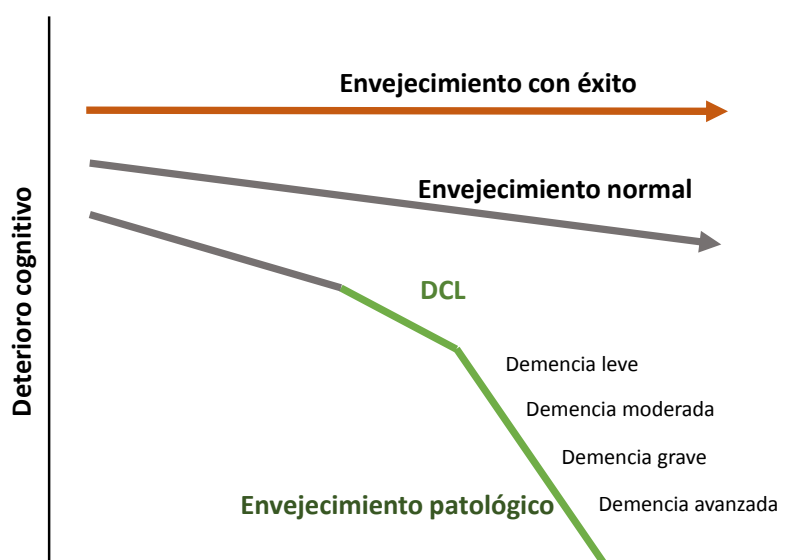
existe un consenso a la hora de ofrecer una definición única y completa. Sin embargo, en lo que sí coincide la literatura es en el rechazo a la idea de que el envejecimiento es exclusivamente un proceso involutivo, ya que se ha demostrado en incontables ocasiones que hay muchas personas mayores que mantienen sus capacidades intactas y un buen nivel de calidad de vida. Todo ello conduce a plantear un nuevo reto de investigación del desarrollo humano basado en el conocimiento de las principales variables que promueven un envejecimiento saludable y exitoso.

Sin embargo, tampoco se puede pasar por alto la importante relación entre envejecimiento y deterioro, así como la probabilidad de desarrollo de determinadas enfermedades en esta etapa. Lejos de olvidarse, en la actualidad se enfoca esta relación de un modo diferente; ya no se busca paliar los efectos del deterioro, si no que se da prioridad al mantenimiento de un buen nivel de calidad de vida, teniendo como objetivo prioritario la prevención y la aplicación de tratamientos paliativos previos.

Una de las definiciones más completas de envejecimiento debe contemplar esta etapa como un proceso donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales e irreversiblemente, termina con la muerte. Estos cambios de orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés. Es un proceso natural del ciclo vital por el cual la mayoría de las personas pasan. Es universalmente inevitable y, desde un enfoque biológico, puede resumirse como el conjunto de causas irreversibles dependientes del tiempo que llevan a una pérdida progresiva de la capacidad funcional tras la madurez.

No obstante, existen diferentes formas de envejecer, ya que no todas las personas mayores siguen el mismo proceso, y ello conlleva a que resulte complicado establecer límites entre una forma de envejecer sana y otra patológica. Existen numerosos estudios que se han propuesto definir las diferentes formas de envejecer, diferenciando entre: envejecimiento normal, envejecimiento óptimo o exitoso y envejecimiento patológico (Figura 3) (Baltes y Baltes, 1990).

Figura 3. Tipos de envejecimiento



Se habla de envejecimiento normal o normativo cuando la mayoría de la población experimenta cambios concretos, de carácter moderado, no explicables por patologías neurodegenerativas si no que son atribuibles a la edad y a los cambios que experimenta un cerebro sano al envejecer. Existe un aumento del riesgo de padecer enfermedades asociadas a la edad que afectarían a la calidad de vida.

Así pues, existe un patrón común de cambios que la mayoría de las personas afrontan en diferentes áreas, aunque a cada persona le afectan de diferente manera, en función de otros factores internos y/o externos, que influyen en el sujeto a lo largo de toda su vida, haciendo del envejecimiento un proceso natural a la par que heterogéneo, donde cada persona lo vive de una manera diferente.

Con respecto al envejecimiento patológico, este se caracteriza por la presencia de patologías graves y cierto grado de dependencia con una posible aparición de discapacidad. Además, aparecen déficits a nivel cognitivo, siendo el sistema mnésico una de las áreas más afectadas cuando surge una enfermedad neuropsicológica, a pesar de que a la larga la mayoría del resto de capacidades se muestran deterioradas. Estos déficits se asocian principalmente con trastornos orgánicos como a demencia, o bien a trastornos psicológicos como puede ser la depresión. La aparición de deterioro cognitivo de carácter leve o demencia son algunas de las representaciones más características de este tipo de

envejecimiento. Estos aspectos dan como resultado una peor calidad de vida de la persona y su entorno.

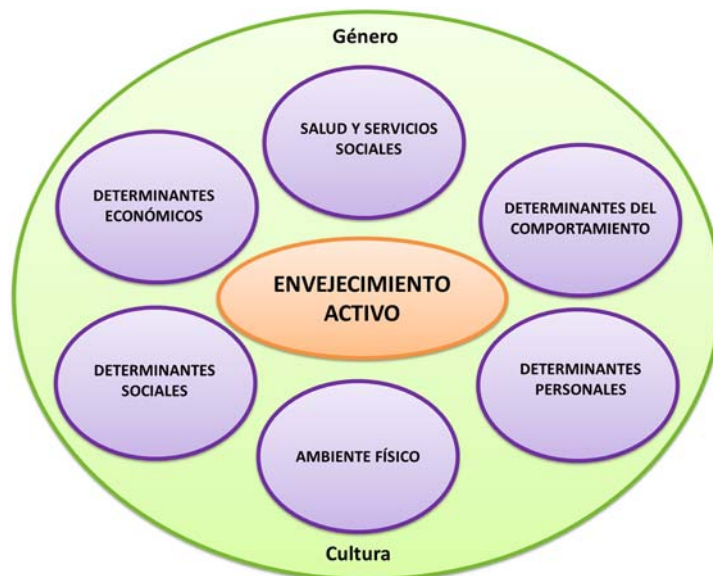
Sin embargo no todas las personas mayores envejecen igual, y por tanto, además de diferenciar el proceso de envejecimiento entre normal y patológico, aparece la necesidad de plantear otro tipo de envejecimiento diferencial (Triadó, 2003; Gutiérrez, Serra y Zacarés, 2006), en el cual las capacidades funcionales se mantienen en dicha etapa e incluso pueden llegar a mejorar, de donde surge el conocido como envejecimiento con éxito (saludable, activo, productivo, óptimo,...) (Fernández-Ballesteros, 1998)

El envejecimiento con éxito se produce cuando las personas sienten satisfacción al poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida, y en consecuencia envejecen de una forma percibida como positiva. Surge a partir de los trabajos de Havighurst (1961) y nace como una diferenciación necesaria de los dos típicos patrones de envejecimiento normal y patológico. Rowe y Kahn (1997) lo asocian con una baja probabilidad de enfermedad y/o de discapacidad. También se relaciona con un funcionamiento cognitivo excepcional así como una buena funcionalidad física y un compromiso activo con la vida. Este modelo muestra características clave de un patrón de envejecimiento exitoso que se relaciona con una menor probabilidad de desarrollar un envejecimiento patológico, y por ende, consiguen promover una excelente calidad de vida (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009), permitiendo llegar hasta una edad más avanzada manteniendo sus facultades físicas, cognitivas y funcionales.

En este sentido el gerontólogo John Wallis Rowe, a finales de los 80, logró romper el mito acerca de que envejecer es un proceso doloroso y debilitante, ligado al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales. De esta forma, y junto con el psicólogo Robert Kahn, planteó, con base en investigaciones que abarcaban más de una década, la viabilidad funcional de personas mayores que han envejecido exitosamente, manteniéndose física y psicológicamente fuertes en la vejez. Así, estos autores, señalan que las variables asociadas al envejecimiento exitoso incluyen hábitos alimenticios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo social, trabajo productivo y el

mantenimiento de funciones cognitivas (Rowe y Kahn, 1997).

Figura 4. Determinantes envejecimiento activo. (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005).



Por tanto, el estudio del envejecimiento con éxito es de vital importancia, ya que nos da las claves para conocer de qué manera se puede envejecer saludablemente, y arroja luz acerca de cuáles son los factores que evitan que la persona se deslice hacia un envejecimiento patológico y, por tanto, consiguen una adecuada calidad de vida.

No obstante, no se puede negar que existen diversas dificultades que suelen ser comunes a la mayoría de personas en la etapa vejez, como son el aumento de problemas de salud, las pérdidas sociales, mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas, y otros aspectos que pueden afectar negativamente a la satisfacción vital y al bienestar emocional. Por tanto, una de las claves para promover el envejecimiento con éxito es asegurar una buena salud mental, y mantener la satisfacción con la vida a pesar de las adversidades (Baltes y Baltes, 1990). En esta línea, y según estos autores, se puede conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio, por medio de tres procesos de adaptación fundamentales: la selección, la optimización y la compensación, los cuales sirven para explicar el desarrollo exitoso.

La selección consiste en elegir, consciente o inconscientemente ciertos dominios, trayectorias o metas por encima de otras. Dado el caso en el que los recursos empiezan a fallar (por ejemplo, en el proceso de envejecimiento), la persona prioriza determinados dominios por encima de otros, lo que hace más manejable el número de desafíos, amenazas

y demandas potenciales con los que se encuentra (Pinazo y Sánchez, 2005). Con el proceso de selección también se logra evitar lo negativo, reaccionando a las pérdidas y reformulando las metas con niveles que marca el propio individuo en función de sus limitaciones.

La optimización se focaliza en adquisición o, más comúnmente, el perfeccionamiento de los medios, recursos y conductas que son necesarios para conseguir las metas planteadas, maximizando a pesar de las limitaciones, la ejecución y el funcionamiento para conseguir esos objetivos.

Por último, la compensación tiene como objetivo la recuperación y mantenimiento del nivel funcional cuando existe una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de las metas. Este proceso implica la adquisición de nuevos medios o la reconstrucción de los antiguos, para sustituir a los que se han perdido o no están disponibles.

Así pues, integrando estos 3 procesos la persona puede lograr el crecimiento, a través de la mejora de los niveles de funcionamiento; el mantenimiento de dicho funcionamiento, y la regulación de la pérdida. Tres metas evolutivas íntegramente relacionadas con un envejecimiento con éxito (Pinazo y Sánchez, 2005).

3. Cambios cognitivos en el envejecimiento.

En el proceso del envejecimiento, aun cuando no existe patología, pueden aparecer declives en determinadas capacidades cognitivas, mentales y funcionales (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo, 2004a). Numerosos estudios se han centrado en detectar aquellas áreas que se ven afectadas en este proceso, generando gran cantidad de resultados, a menudo no coincidentes, debido a las distintas metodologías utilizadas, así como a un bajo control de otras variables íntegramente relacionadas con el deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. A continuación, se explican los cambios cognitivos que aparecen en el proceso de envejecimiento normativo.

3.1. Cambios neurobiológicos.

Los cambios neurobiológicos que se han asociado con el proceso de envejecimiento, con independencia de que estos puedan estar causados directa o indirectamente por dicho proceso, son los siguientes:

A nivel morfológico se han identificado cambios en el peso y volumen cerebral. A partir de los 60 años se produce un decremento del 2% para ambos sexos, lo cual desencadena una atrofia cerebral en el 40% de los casos (Junqué y Jurado, 1994). Además, se produce una pérdida de mielina y una disminución en el volumen de la sustancia gris, lo que conlleva un ensanchamiento de los surcos. Este proceso atrófico no se produce por igual en todas las regiones cerebrales, siendo las convexidades de los lóbulos frontales, región parasagital y lóbulos temporales y parietales los más afectados.

Respecto a la sustancia blanca cerebral, distintos estudios coinciden en que también se deteriora en el envejecimiento. En esta línea, el volumen de la sustancia blanca parece aumentar aproximadamente hasta los 20 años y después se mantiene estable hasta los 50 años de edad, momento en el cual comienza a disminuir de modo progresivo (Raz et al., 2005; Madden, Bennett y Song, 2009). Sin embargo, es preciso destacar que el déficit volumétrico de la sustancia blanca varía en función de la región, siendo mayor el deterioro en las regiones frontales (Raz y Rodrigue, 2006; Raz et al., 2005).

En cuanto a la actividad metabólica y neuroquímica, hay estudios que plantean una posible disminución del flujo sanguíneo a nivel cerebral de acuerdo a proceso de envejecimiento (Tisserand y Jolles, 2003; Dennis y Cabeza, 2008). Estos estudios se han apoyado en medidas tanto técnicas como metabólicas, a partir de los niveles de glucosa y oxígeno, obteniendo resultados que apuntan a que la afectación es diferente en función del área de estudio. Por ejemplo, existe una disminución de la actividad frontal en un contexto de reposo (Tisserand y Jolles, 2003; Dennis y Cabeza, 2008), aspecto no observable en áreas como la región de lóbulo temporal medial, (Tisserand y Jolles, 2003).

Por último, respecto al deterioro de la corteza cerebral es gradual y ocurre durante toda la vida. No obstante, con el comienzo de la quinta década este daño se hace más evidente, incrementando de un 0,12% a un 0,35% por año (Dennis y Cabeza, 2008). Sin embargo, hay áreas de la corteza que se ven más afectadas que otras. Una de las más

afectadas sería a corteza frontal, donde se han observado mayores tasas de atrofia (Resnick, Pham, Kraut, Zonderman y Davatzikos, 2003; Tisserand y Jolles, 2003; Raz, Gunning-Dixon, Head, Rodrigue, Williamson y Acker, 2004; Raz et al., 2005).

3.2. Cambios cognitivos.

Los cambios cognitivos más comunes que afloran en la etapa de envejecimiento normal son los siguientes:

a. Velocidad de procesamiento.

La mayoría de los estudios coinciden en que una de las características relacionadas con el proceso de envejecimiento es el enlentecimiento generalizado a nivel sensorial, motor y cognitivo (Wilson et al., 2004; Finkel y Pedersen, 2004; Bunce y Macready, 2005; Sternäng, Wahlin y Nilsson, 2008). Sin embargo, no existen conclusiones claras acerca de la influencia que tiene este enlentecimiento sobre el resto de funciones cognitivas. En esta línea, Salthouse (1996) afirma que la velocidad de procesamiento podría estar afectando significativamente a otros procesos cognitivos como consecuencia de una codificación menos efectiva de los estímulos.

Algunos estudios sugieren que el enlentecimiento podría estar relacionado con la dificultad o el nivel de exigencia de las tareas (Swearer y Kane, 1996). De hecho, existen estudios que apoyan esta teoría, ofreciendo resultados que muestran cómo se mitigan los cambios asociados a la edad en otras áreas cognitivas al controlar estadísticamente los efectos de la velocidad de procesamiento. (Finkel y Pedersen, 2004). No obstante, y coincidiendo con estudios como el llevado a cabo por Keys y White (2000), los déficits cognitivos asociados al envejecimiento no pueden explicarse únicamente por la lentitud de procesamiento, si no que pueden existir otras razones.

Desde una perspectiva biológica, el enlentecimiento asociado al envejecimiento se explica mediante diferentes razones. En primer lugar, parece que existe una pérdida tanto de mielina como de células funcionales, que establecen los enlaces en los circuitos neurales, hecho que induce una disminución de la velocidad de transmisión entre vías. Además, también existe un retraso en la propagación del impulso nervioso en el momento de

establecer conexiones entre distintas unidades neurales (Salthouse, 1996). Por otra parte, Junqué y Jurado (1994) señalan la leucoacarosis, es decir, los cambios degenerativos que tienen lugar en la sustancia blanca en el envejecimiento normal, como otra de las posibles causas del entretimiento en la velocidad de procesamiento cognitivo de los mayores.

En cuanto a la percepción, la mayor afectación que se produce con el paso del tiempo es una reducción en su velocidad, afectando por tanto a otras capacidades cognitivas. Además, también se produce un descenso en la agudeza visual y alteraciones en el sistema auditivo (dificultad para comprender conversaciones). Otros deterioros que se producen en cuanto a la percepción sería un “aumento en el tiempo en que se mantiene la estimulación de la actividad neural relacionada con un estímulo externo, una vez finalizada la exposición al mismo”, afectando así a otros procesos (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

b. Funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas.

La ejecución en tareas visoperceptivas no parece verse muy afectada en el envejecimiento normal, sin embargo, a partir del final de la década de los 70 pueden aparecer déficits leves (Schaie, 1994). No obstante, cabe destacar que ciertos aspectos como la educación, la agudeza visual o la falta de familiaridad podrían estar afectando a ciertas pruebas empleadas para evaluar estas funciones y a los resultados obtenidos, como por ejemplo la orientación de líneas, las primeras láminas de las matrices progresivas de Raven o la rotación mental de figuras geométricas. Un claro ejemplo sería el reportado por Junqué y Jurado (1994), quienes señalan en su estudio que cuando se hace uso de las matrices progresivas de Raven los sujetos obtienen una mejor puntuación cuando no se tiene en cuenta la variable tiempo, a pesar de que aun así la ejecución sea peor que la de los sujetos más jóvenes.

Respecto a las funciones visoespaciales, las cuales se refieren a la capacidad para relacionar la posición, dirección o movimientos de elementos en el espacio, también puede verse afectada en la vejez, más aún si se trata de tareas que supongan rotación u orientación derecha-izquierda (Flicker, Ferris, Crook, Reisberg y Bartus, 1988; Spreen y Strauss, 1991).

Por último, y en cuanto a las funciones visoconstructivas, también se ha observado un efecto negativo de envejecimiento sobre su ejecución, para la cual se necesita una buena sincronización e integración de las funciones visoperceptivas y visoespaciales con las

capacidades motoras para llevar a cabo tareas como la copia de dibujos o la construcción de diseños con bloques (Ardila y Roselli, 1989; Ardila, Ostrosky-Solis, Rosselli, y Gómez, 2000; Bäckman, Jones, Berger, Laukka y Small, 2004). Aun así, diferentes estudios señalan que otros factores pueden influenciar en los resultados como, por ejemplo, la velocidad de procesamiento, los déficits sensoriales, la familiaridad de la tarea, etc. (Ogden, 1990; Junqué y Jurado, 1994; Anstey y Luszcz, 2002; Haaland, Price y Lar, 2003).

c. Funciones ejecutivas y atención.

El término funciones ejecutivas engloba un amplio número de procesos cognitivos específicos entre los que se encuentran algunos como el cambio atencional y el procesamiento inhibitorio, la memoria de trabajo y la memoria prospectiva, la formación de conceptos, el razonamiento lógico o abstracto, la flexibilidad cognitiva, la toma de decisiones y la resolución de problemas, etc. Además, ejercen un papel importante en el control emocional y en el control de la conducta social.

Estas capacidades se localizan en las estructuras orbitales y mediales de las regiones prefrontales del lóbulo frontal, área donde se produce mayor deterioro asociado a la edad. Por ende, los procesos cognitivos asociados a esta región muestran un declive en el envejecimiento más tempranamente, en comparación con otras funciones (West, 1996), lo que implica un déficit en las capacidades ejecutivas (Stuss, Craik, Sayer, Franchi y Alexander, 1996). Autores como Junqué y Jurado (1994) plantean que la degeneración de la sustancia blanca y ganglios basales asociada a la edad podría ser una de las causas que afectan indirectamente a estas funciones.

Lustig, May y Hasher (2001) llevaron a cabo una revisión sobre el deterioro de la capacidad de inhibición en la vejez. Concretamente pusieron el punto de mira en la influencia del procesamiento inhibitorio en tareas de recuerdo, y llegaron a la conclusión de que la dificultad para inhibir información irrelevante interfiere en la recuperación de recuerdos importantes. También influyen negativamente los estímulos ambientales distractores, pudiendo alterar la ejecución incluso en tareas simples y familiares. Una de las herramientas más utilizadas para medir el procesamiento inhibitorio en personas mayores ha sido la prueba Stroop (Stroop, 1935). Diversos autores han observado un efecto significativo de la edad en la medida de interferencia de esta tarea (Comalli, Wapner y

Werner, 1962; Houx, Jolles, y Vreeling, 1993; Milham et al., 2002; Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen y Jolles, 2006).

Por otro lado, la literatura también ha evidenciado que, en el envejecimiento, surge un déficit tanto en la capacidad para resolver problemas como en la toma de decisiones (Cronin-Golomb, 1990; Sorce, 1995). Sin embargo, éste solamente es observable en aquellos problemas que sean novedosos para la persona, que sean estructuralmente complejos, o que supongan que el sujeto tenga que diferenciar entre elementos relevantes e irrelevantes (Cronin-Golomb, 1990). Cabe destacar además, que los estudios que han aislado factores de inteligencia muestran que la solución de problemas del día a día se ve influenciada por las capacidades fluidas (capacidad para adquirir nuevos conceptos y adaptarse a situaciones nuevas) más que por las cristalizadas (capacidades intelectuales aprendidas).

Otro de los procesos que más se deteriora en la vejez es la formación de conceptos. Las personas mayores sanas suelen mostrar un déficit en ciertos tipos de formación de conceptos (Cronin-Golomb, 1990), lo cual se relaciona con una disminución de la flexibilidad cognitiva necesaria para hacer nuevas abstracciones y formar enlaces conceptuales nuevos (Albert, Wolfe y Lafleche, 1990; Van Gorp y Mahler, 1990). También se observan déficits en la capacidad para realizar esquemas conceptuales alternativos, en clasificar estímulos visuales y en la capacidad para cambiar de estrategias organizacionales. Uno de las pruebas que mejor posibilita la detección de deterioro de funciones ejecutivas es el Test de Wisconsin. En esta línea, Axelrod y Henry (1992) apuntan que los cambios asociados con la edad en el rendimiento en este test son consistentes con la hipótesis de que las personas mayores son menos sistemáticas y menos eficientes en aquellas tareas de solución de problemas complejos. Es decir, la pobre ejecución no se siempre viene causada por un déficit en la capacidad para formar conceptos y generar categorías, sino más bien a la falta de flexibilidad mental asociada al envejecimiento normal (Ridderinkhof, 2002).

Con respecto a la memoria de trabajo, esta puede ser entendida como un sistema para retener y manipular información temporalmente como parte de una amplia serie de tareas cognitivas esenciales (Baddeley, 1998). Este sistema se compone por dos subsistemas. El primero de ellos, considerado el primario, se encarga de mantener la información disponible momentáneamente, en un corto espacio de tiempo. El segundo además de

mantener permite manipular y transformar dicha información (Luo y Craik, 2008).

Las investigaciones acerca de los efectos del envejecimiento sobre la memoria de trabajo muestran que el componente más primario no se muestra muy afectado por la edad, mientras que sí que lo hace el segundo componente, siendo este más complejo y con una mayor carga ejecutiva (Luo y Craik, 2008; Braver y West, 2008).

Por último, dentro de la memoria de trabajo también se encuentra la capacidad de recordar que debemos realizar una actividad en un momento concreto del futuro, capacidad que se conoce como memoria prospectiva. Este proceso requiere de complejas capacidades de autorregulación, manejo y control del tiempo, así como la necesidad de generación de estrategias. Esta capacidad se relaciona con el funcionamiento independiente en el día a día de las personas mayores, razón por la cual está recibiendo una gran atención en la investigación del envejecimiento. La literatura ha mostrado tanto evidencias de su afectación (Vogels, Dekker, Brouwer y De Jong, 2002), como de su mantenimiento (Reese y Cherry, 2002).

Con respecto a la atención, ésta capacidad no puede considerarse unitaria ya que está constituida por diferentes procesos entre los cuales se encuentran la atención sostenida o concentración, la atención dividida, la atención selectiva, etc. Autores como Zomerén y Brouwer, (1994) señalan que los aspectos básicos de la atención son la intensidad (alerta y atención sostenida o vigilancia) y la selectividad (atención focalizada y atención dividida).

Esta capacidad tiene una importancia fundamental para el comportamiento efectivo y la supervivencia del ser humano y es entendida como la energía o la capacidad necesaria para apoyar el procesamiento cognitivo. Las personas mayores muestran diferentes variedades de déficit según el tipo de atención a que nos refiramos (Sandi et al., 2001). A continuación, se explican los componentes atencionales más relevantes.

La atención de vigilancia o atención sostenida, es la capacidad de mantener la atención y detectar cualquier cambio posible en la tarea que se está realizando a lo largo de un tiempo. Este proceso atencional se trabaja mediante tareas de vigilancia en las que el sujeto debe mantener la atención a una fuente de información para detectar objetos o sucesos que ocurren en intervalos de tiempo impredecibles. Los resultados de diferentes estudios han señalado que el proceso de atención sostenida no se ve afectado con la edad.

Por el contrario, sí existen diferencias en el nivel de precisión de detección, pero no en su evolución. Como explicación a estos datos, algunos autores indican que es posible que los niveles de alerta en personas mayores sean más bajos que en jóvenes, siendo más concurrentes las distracciones. De hecho, y como se señalaba anteriormente, Zacks y Hasher (1988) señalan la teoría de la disminución de los procesos inhibitorios en los mayores, con lo que aumentaría de forma concomitante la intrusión de pensamientos, opiniones, experiencias y ensoñaciones, y por tanto, pueden presentarse dificultades en la precisión de detección.

Respecto a la atención selectiva, definida como la habilidad para centrarse en la información relevante, despreciando los aspectos irrelevantes de la situación, los resultados obtenidos en la investigación resultan contradictorios (Zec, 1995; McDowd y Shaw, 2000). En general, la mayoría de estudios coinciden en cuanto a que existen déficits en el componente selectivo de la atención en el proceso del envejecimiento, y las diferencias encontradas dependen generalmente de la situación a la que la persona mayor se enfrenta. Por ejemplo, cuando la tarea de búsqueda de la información es sencilla y no hay que procesar la información irrelevante, no existen diferencias. Sin embargo, cuando hay que procesar información irrelevante y, además, buscar la información relevante, las personas mayores muestran dificultades. Estas diferencias, parece ser que no están producidas por un enlentecimiento sensorial ni por las estrategias de búsqueda, sino por un enlentecimiento generalizado en el sistema nervioso central. Además, cabe destacar que dichas diferencias dependerán también, de si la persona conoce de antemano la información buscada y la distractora. Si esto ocurre, la diferencia en el rendimiento con respecto a los jóvenes disminuye, es decir, la capacidad para atender selectivamente se conserva en mayor medida en tareas familiares destacar las tareas que requieren selección de la información sobre la base de dos o más rasgos mostrarán un declive relacionado con la edad (Park y Schwarz, 2002).

En general, el déficit atencional más evidente asociado al envejecimiento normativo parece estar relacionado con procesos de inhibición (Kramer y Madden, 2008; McDowd y Shaw, 2000; Lustig et al., 2001; Milham et al., 2002; Andrés, Parmentier y Escera, 2006; Fernandez-Ballesteros, Zamarrón y Tárraga, 2009). Cabe destacar el trabajo de Lustig et al.,

(2001) quienes llevaron a cabo una revisión sobre el deterioro de la capacidad de inhibición en el envejecimiento. Estos autores, tal y como se ha comentado, llegan a la conclusión de que la dificultad para inhibir información irrelevante supone un impedimento en la recuperación de recuerdos relevantes. Además, señalan que la distracción ocasionada por estímulos irrelevantes de entorno puede afectar a los resultados en tareas simples y/o familiares, ya que también existen dificultades en aquellas tareas en las que se requiera atención dividida o dual (Zec, 1995; McDowd y Shaw, 2000; Kramer y Madden, 2008).

Una buena estrategia para mejorar el rendimiento en el envejecimiento en tareas que conlleven selección de la información en tareas novedosas, es proporcionarle claves, en este sentido existen estudios que demuestran que este grupo de edad se beneficia más de las claves que los jóvenes (Madden, 1983). No obstante, hay que tener en cuenta que el uso de claves podría convertir la tarea de atención selectiva en una tarea de atención focalizada y, por ende, se verían reducidas así las diferencias asociadas a la edad.

La atención focalizada, hace referencia al proceso de atención en un punto concreto donde aparecerá la información objetivo, pero también existe información distractora. Esta capacidad no se muestra deteriorada con la edad, por lo que los mayores pueden focalizar su atención tan bien como los jóvenes siempre que esté clara la información objetivo. Cabe mencionar que dicha capacidad se mantiene relativamente estable incluso en sujetos que padecen enfermedad de Alzheimer (Park y Schwarz, 2002).

Por último, y por lo que respecta a la atención dividida, que hace referencia al procesamiento de los estímulos procedentes de más de una fuente de información, ésta capacidad es la que se muestra más afectada con la edad. En este tipo de tareas los adultos mayores y jóvenes dividen la atención de manera similar, pero el rendimiento de los mayores empeora en tareas más dificultosas (Madden, 1990). En tareas complejas los mayores responden más lentamente y con más fallos que los jóvenes, especialmente cuando deben prestar atención conscientemente a diferentes aspectos a la vez. Sin embargo, si la tarea es más fácil o más automática la ejecución de los mayores no se ve tan afectada.

d. Lenguaje.

El lenguaje es una de las áreas que menos se ve afectada con la edad, siempre y cuando no exista ningún déficit auditivo o cualquier otro trastorno relevante que pueda

afectar al aparato fonador y por ende a la comunicación. Es más, al parecer hay capacidades como el componente léxico que podría incluso mejorar con el aprendizaje de nuevas palabras (Kemper y Sumner, 2001; Verhaeghen, 2003).

No obstante, las dificultades más frecuentes que suelen detectarse están relacionadas con:

- El acceso a las redes léxicas (Bowles y Poon, 1985): existen ciertas dificultades en tareas de decisión léxica o denominación (Cooper, 1990). Un ejemplo sería el fenómeno de “la punta de la lengua”, que según Burke, McKay, Worthley y Wade (1991) o Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez (2010) sería debido a un debilitamiento de las conexiones entre los núcleos léxicos y fonológicos.
- Disminución de la fluencia verbal (Kozora y Cullum, 1995; LaRue, 1992), relacionada con un peor rendimiento en tareas donde, por ejemplo, han de generar espontáneamente palabras referentes a una categoría verbal que empezaran por una determinada letra, y en un tiempo limitado.
- Dificultades en la comprensión de estructuras gramaticales complejas, sobretodo en tareas que requieran un esfuerzo elevado de procesamiento (Huff, 1990).
- Presencia de un declive en la descripción de objetos comunes que parece encontrarse a partir de los setenta años (Huff, 1990).

e. Memoria.

Los fallos de memoria son una queja generalizada en la tercera edad, siendo generalmente de carácter leve, como por ejemplo olvidos relacionados con tareas cotidianas, nombres o números de teléfono, no recordar donde se ha dejado un objeto en concreto como las llaves, etc. A este fenómeno se le conoce como afectación de la memoria asociada a la edad, acuñado por Crook, Bartus, Ferris, Whitehouse, Cohen y Gershon (1986), haciendo referencia a personas de más de 50 años con quejas de memoria objetivas y evidenciadas en pruebas de memoria, con una ejecución menor de una desviación típica de la norma de su grupo normativo, preservándose el resto de funciones cognitivas generales. (Crook y cols., 1986). Este déficit, lejos de ser un trastorno aislado, afecta a un 48% de los

sujetos con quejas de memoria, según apuntan Snowdon y Lane (194) en un estudio de prevalencia al respecto. Por esta y otras razones resulta imprescindible dedicarle una parte de este capítulo a la descripción de los aspectos generales de la memoria, así como la afectación de los diferentes sistemas en la etapa de la vejez.

Tulving (1987) definió la memoria como la capacidad que tienen los seres vivos de adquirir, retener y utilizar determinada información. Así pues, la memoria es el sistema encargado de registrar la información, tanto de manera consciente como inconsciente, y posee tres funciones básicas: almacenamiento del recuerdo en sí, la posterior codificación o gestión de la información, con el fin de que mantenga su significado y se pueda acceder posteriormente, y por último, la recuperación de la información a posterior. La codificación es la transformación de los estímulos en una representación mental. En esta fase la atención es muy importante por la dirección (la selectividad) y a intensidad (esfuerzo) con el que se procesan los estímulos. El almacenamiento retiene la información para utilizarla a posteriori. La organización de la información se realiza mediante esquemas, unidades estructuradas de conocimiento que reúnen conceptos, categorías y relaciones formando conjuntos de conocimientos. La recuperación es la forma en que las personas acceden a la información almacenada en la memoria. Puede ser espontánea, cuando los recuerdos surgen de forma casual o intencionada. Estos procesos no funcionan de manera aislada, sino que dependen unos de otros. Así pues una fiel y buena recuperación dependerá de cómo se haya almacenado previamente el material. Así pues, el proceso de aprendizaje dependerá del registro y el almacenamiento de la información. Esta capacidad de aprendizaje es necesaria para la adaptación a las exigencias del entorno (Baddeley, 1999).

Por tanto, tal y como señaló Tulving, la memoria no es una cosa, si no que se compone de diferentes sistemas y procesos cerebrales que permiten a la persona beneficiarse de experiencias pasadas y así favorecer la supervivencia. Cada sistema trata u opera sobre aspectos diferentes, funcionan con arreglo a principios diferentes y siguen sus propias leyes especializadas en el procesamiento. Lo que es lo mismo, la memoria no es una función estática, única y aislada si no que está formada por un conjunto de funciones cerebrales estrechamente interrelacionadas y con un objetivo similar, por lo que se le considera como un sistema de memoria.

En esta línea, autores como Broadbent (1957) y más tarde Atkinson y Shiffrin (1971), con el objetivo de explicar y comprender como funciona la memoria, desarrollaron la teoría multialmacén de la memoria, señalando tres etapas en el almacenamiento, que se comunican entre sí: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

El registro sensorial (memoria sensorial) tiene capacidad para retener de manera inmediata y breve la información sensorial del estímulo con una duración de entre 0,5 y 2 segundos. La función principal es almacenar rápidamente toda la información posible en bruto para que esté disponible para su procesamiento posterior, y con ello asegurar el tratamiento de la información. Como subsistemas de la memoria sensorial se encuentran la memoria icónica, para el sistema visual y la ecoica para el sistema auditivo. En este tipo de memoria, las diferencias relativas a la edad se deben a un aumento del tiempo requerido para transferir la información desde este sistema a la memoria a corto plazo. Además, también puede verse afectada por posibles deficiencias visuales o auditivas.

Una pequeña parte de la información tratada en el almacén sensorial, pasa al almacén a corto plazo o memoria a corto plazo, donde se valora si dicha información es importante y merece la pena remitirla al almacén a largo plazo. Este almacén tiene una capacidad limitada pudiendo almacenar únicamente hasta 7 unidades de información (letras, palabras, números, etc.) y su duración también es limitada. La información puede codificarse a nivel verbal, visual, semántico, etc. Como funciones principales destaca la retención, el procesamiento y la consolidación de la información. Así pues, la memoria a corto plazo no es únicamente un sistema de retención momentáneo entre la memoria sensorial y la memoria a largo plazo, sino que además se encarga de interpretar la información por su significado y organizarla de una manera lógica. Algunos autores como Feigenbaum (1970) y Greeno (1974) han definido la memoria a corto plazo como memoria operativa enfatizando su dinamismo que es su característica primordial.

En cuanto a las diferencias asociadas a la edad, se observan déficits en el registro y procesamiento de la información, así como en la recuperación. Las diferencias entre jóvenes y mayores dependerán de aquellas tareas que exijan mayor atención y mayor flexibilidad mental, así como de la familiaridad de la información (Vega y Bueno, 1996). Una vez más, una de las hipótesis que se bajaran sobre el déficit en este tipo de memoria es la incapacidad

de inhibir los estímulos irrelevantes, aspecto íntegramente relacionado con la atención. Esta información no deseada importuna, y dejan menos espacio o energía en la memoria de trabajo para procesar lo que deseamos recordar y memorizar (Zacks y Hasher, 1988).

Una manera de compensar este problema, según Craik y Byrd (1982) es haciendo uso de claves o apoyos ambientales. Estas claves ayudan a la persona a disminuir el esfuerzo de procesamiento y por tanto conduce a un mayor rendimiento en la tarea. Un buen ejemplo sería en una tarea con distintas respuestas, éstas podrían presentarse en modalidad escrita (apoyo ambiental elevado) o de manera auditiva (apoyo ambiental bajo). Es este caso, con toda probabilidad, el rendimiento del sería mejor en la primera.

En síntesis, el rendimiento en las tareas de memoria a corto plazo dependerá del carácter del material (si es significativo para la persona o le resulta familiar), así como de la organización del material y el desarrollo de estrategias mediacionales (Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998). Mientras que la adquisición de información en un medio no familiar y/o donde existan condiciones de estrés y situaciones exigentes, harán que el individuo empeore sus resultados.

Dentro de este almacén, Baddeley (1999) sitúa memoria de trabajo, que ya ha sido explicada dentro del área de funciones cognitivas. Baddeley la localiza dentro del sistema de MCP, por tratarse de un subsistema capaz almacenar a la par que manipular la información, lo cual posibilita llevar a cabo tareas cognitivas como el razonamiento, la comprensión y la resolución de problemas gracias al mantenimiento y disponibilidad temporal de la información. Dentro de la memoria de trabajo, Baddeley y Hitch (1974) propusieron un modelo formado por tres sistemas: un sistema ejecutivo central, un sistema verbal o bucle fonológico y un sistema visoespacial. El ejecutivo central sería el controlador atencional que opera como estación de relevo y se encarga de integrar la información procedente de los otros dos subsistemas, este subsistema forma parte de las funciones asociadas al lóbulo frontal, por lo que es sensible al daño en esta región.

Por lo tanto la primera de estas funciones básicas se encarga del almacenamiento y procesamiento simultáneo de la información. Para ello, es necesario mantener en la mente de manera activa la información, mientras que por otro lado hay que transformar los contenidos a través de las operaciones mentales. Además, posee una función supervisora

que permite controlar determinadas operaciones y acciones mentales. Por último, también se encarga de coordinar la información de diferentes fuentes, coordinar operaciones mentales sucesivas en una secuencia y, coordinar los elementos en estructuras.

Respecto a los cambios asociados al envejecimiento, existe un déficit relacionado con un deterioro del sistema ejecutivo central (Craik, Anderson, Kerr y Li, 1995; Daigneault y Braun, 1993; Gregorie y Van der Linden, 1997). Este déficit afecta a la velocidad perceptiva y se relaciona con las dificultades a la hora de integrar la información y con el deterioro de los lóbulos frontales (Craik et al., 1995; Parkin y Walter, 1991). Además, autores como Salthouse (1994) consideran, que el enlentecimiento en la memoria de trabajo influye principalmente en el tiempo requerido para establecer la codificación de la información.

Finalmente, la memoria a largo plazo es a encargada de almacenar información durante extensos periodos de tiempo permitiendo conservar determinados conocimientos aun cuando ha pasado mucho tiempo gracias a una correcta codificación, y aun buen almacenamiento organizado basado en la asociación multimodal (semántica, espacial, temporal, afectiva). Este sistema juega un papel esencial en el aprendizaje y la consolidación dependiendo de su importancia emocional y su repetición (Ruiz-Vargas, 1999).

Figura 5. Modelo modal de la memoria de Atkinson y Shiffrin (1968).



Este tipo de memoria es el que más afectado se ve con respecto a la edad. Si bien es cierto, esta afección puede deberse bien a fallos en la codificación o asimilación de la información, bien a problemas para mantener almacenada la información codificada, o bien a la posterior inaccesibilidad al material que ha sido codificado y almacenado, incluso a un déficit en los procesos de interacción entre codificación y recuperación (Vega y Bueno, 1996).

Así pues, para una correcta codificación será necesaria una correcta focalización de la atención, ya que, cuando la información es tratada profundamente, ésta deja una huella mnésica más fuerte, y por tanto es más posible que permanezca durante más tiempo en la memoria. Además, si la información es conocida, no se requerirá tanta focalización. De hecho, distintos estudios defienden que si la tarea no requiere un alto nivel de procesamiento, no hay apenas diferencias entre jóvenes y mayores, mientras que sí existen cuando la tarea requiere un procesamiento elevado.

Con respecto al almacenamiento, Vega y Bueno (1996) han observado que la información, una vez depositada en la memoria a largo plazo, se mantiene tan eficientemente en personas jóvenes como en ancianas. En cuanto a la recuperación, se observan fallos sobre todo en las tareas que requieren recuerdo libre, pero no en tareas de reconocimiento o con claves, donde la ejecución es buena, no observándose diferencias significativas entre jóvenes y mayores (Poon, 1985).

Dentro del sistema de memoria a largo plazo, existen dos grandes subsistemas, la memoria procedimental (conocimiento automático) y la memoria declarativa (conocimiento consciente).

La memoria procedimental está compuesta por la información sobre cómo llevar a cabo determinadas habilidades o destrezas. Este conocimiento se adquiere tras la repetición múltiple de determinadas acciones, como conducir o montar en bicicleta, y una vez es consolidado se vuelve inconsciente. Así pues, no es necesario ningún acto intencional para su adquisición o recuerdo. No obstante, el registro no es algo inmediato sino que requiere tiempo de repetición y práctica, siendo un aprendizaje progresivo. Este tipo de recuerdo no se ve prácticamente deteriorado en el envejecimiento, siendo tan eficientes en este tipo de actividades las personas mayores como las jóvenes (Park y Gutchess, 2004).

La memoria declarativa puede entenderse como “saber qué”, y se trata de información almacenada relativa a hechos o acontecimientos, que nos sirve por ejemplo para recordar datos, un rostro familiar, etc. Esta memoria constituye la base de todos los conocimientos de una persona sobre el mundo y permite expresar nuestros pensamientos. Consta de dos tipos de conocimiento: el episódico y el semántico.

La memoria episódica es la responsable del recuerdo de hechos y acontecimientos

que han ocurrido a lo largo de la vida de la persona. En otras palabras, se trata de recuerdos de hechos concretos, localizados en tiempo y espacio, siendo eventos que forman parte de la experiencia personal y pueden ser recuperados en cualquier momento haciendo uso de la información contextual. Es decir, para acceder a un recuerdo es necesario reconstruir el contexto donde tuvo lugar la experiencia original. Este tipo de memoria se nutre de la percepción sensorial y se organiza a nivel temporal. La mayoría de los estudios coinciden en que el área que más afectada se muestra en el envejecimiento normativo es la memoria episódica (Nilsson, 2003; Nilsson, Adolfsson, Bäckman, de Frias, Molander y Nyberg, 2004). Esto puede deberse a que las personas mayores codifican menos datos contextuales, en comparación con los jóvenes, a no ser que el ambiente sea familiar para el mayor, y de este modo, las diferencias entre jóvenes y ancianos disminuirán.

La memoria semántica en cambio está compuesta por información objetiva sobre el mundo (hechos, ideas, conceptos, reglas, etc.), acumulado y organizado a lo largo de la vida, a nivel conceptual. Este tipo de memoria recupera hechos sin estar asociados al contexto espaciotemporal en el que fueron almacenados inicialmente. Este tipo de memoria no se ve deteriorada prácticamente en la vejez (Denney y Larsen, 1994; Huppert, 1991; Mantyla, 1993; Mitchell, 1989; Spencer y Raz, 1995) y en caso de haber deterioro, es probable que se deba al desarrollo de una probable patología, más que a causas asociables a la edad. No obstante, cabe añadir que en ocasiones existe un déficit en determinadas tareas relacionadas con la memoria semántica como, por ejemplo, tareas relacionadas con vocabulario, fluidez y o la selección de palabras en el discurso espontáneo.

Analizando las diferencias entre memoria remota y memoria reciente, cabe destacar que con el envejecimiento se recuerdan mejor los eventos remotos que los recientes (Sagar, 1990). Algunos estudios han extraído posibles causas que explican estas diferencias, como el llevado a cabo por Craik et al., (1995), quien señala que los eventos remotos suelen estar dotados de una mayor carga emocional que los cotidianos. Además, suelen ser seleccionados por el sujeto y no por el evaluador, lo cual invita a pensar que los recuerdos mejor conservados serían los más importantes para el sujeto (Junqué y Jurado, 1994). Por último, estos recuerdos no se evocan desde el momento original en que ocurrieron, sino desde la última vez que fueron evocados o repasados.

Por tanto, la memoria se compone de distintos sistemas que funcionan de forma relativamente autónoma pero que están relacionados entre sí, por lo que el producto final (el recuerdo) es el resultado de la actuación conjunta de todos ellos. Esto se demuestra porque en condiciones patológicas, como traumatismos craneoencefálicos o afecciones neurodegenerativas, algunos de estos sistemas dejan de funcionar correctamente, mientras que otros se conservan intactos (Schott, Crutch, Fox y Warrington 2003; Squire y Zola Morgan, 1991; Tulving y Schachter, 1990). Es decir, la afectación mnésica no tiene por qué afectar a todos los sistemas, si no únicamente a determinados (Nilsson, 2003; Luo y Craik, 2008). En resumen, los cambios que se producen en la memoria con la edad dependen de qué o el contenido de la memoria estamos tratando.

Es importante tener en cuenta que cuando recordamos, estamos extrayendo información sobre algo que hemos aprendido o vivido. Los recuerdos no son copias exactas del evento original, sino que es información reelaborada en el momento de la recuperación. Por tanto, reconstruimos el pasado combinando fragmentos informativos según las experiencias y expectativas del presente. Esta información nos proporciona el conocimiento necesario para saber quiénes somos y qué sentimos proporcionándonos una identidad propia. Gracias a la memoria somos quienes somos, nuestras experiencias del pasado influyen en nuestras acciones y decisiones del presente, y nos ayudan en el proceso de aprendizaje. Una de las funciones principales de la memoria es dotar a las personas de la experiencia necesaria para entender el mundo en el que viven, ya que la memoria almacena, pero también reelabora y readapta los recuerdos en el presente, actualizando nuestras ideas, planes y metas en el mundo cambiante. Por ello, el ser humano cuenta con la capacidad de seleccionar cuidadosamente qué recordar y qué olvidar, con el objetivo de adaptarnos al día a día y a las nuevas situaciones. Así pues, el olvido es un buen aliado de la memoria ya que, gracias a él, se consigue que la información importante se filtre y almacene, mientras que la información irrelevante es eliminada o almacenada de manera no fácilmente accesible de forma original (Baddeley, 1999).

En este sentido, existen diversos factores que influyen a la hora de recordar tanto en la cantidad como en la calidad del recuerdo. Que la información sea relevante para la persona y esté bien organizada son aspectos clave, pero además también influyen que los

sucesos emocionalmente significativos, evocar el contexto del evento original, el estado de ánimo del momento en el que tuvo lugar el recuerdo, así como en el instante de ser recordado, etc.

f. Otras capacidades cognitivas.

Por último, además de los ya nombrados procesos cognitivos, algunos autores apuntan que con la edad disminuye la inteligencia fluida (Yanguas et al., 1998), o lo que es lo mismo, la agilidad mental o la capacidad de resolución en situaciones nuevas, a muy corto plazo, mientras que por otro lado la inteligencia cristalizada mejora, pues está basada en los conocimientos adquiridos, en la experiencia y en la capacidad de juicio.

Respecto a las posibles causas de este déficit, se plantean dificultades a la hora de codificar y/o almacenar la información, desconocimiento del material presentado, depresión (Hupper, 1991) y disminución de velocidad de procesamiento (Salthouse, 1994). Además, Huppert (1991) señala que existen otras posibles causas como un nivel educativo bajo, o CI deficiente, que podrían estar produciendo un efecto negativo en la ejecución. Otros estudios apuntan a déficits relacionados con problemas de salud, como pueden ser sufrir hipertensión que se relaciona con una peor ejecución en pruebas de atención y de recuerdo libre (Barrett y Watkins, 1986; Montorio e Izal, 2000).

Para finalizar y a modo de síntesis general, se puede afirmar que en el proceso de envejecimiento se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, el vocabulario y los conocimientos generales. Por el contrario, parece que disminuyen la memoria, la atención, la concentración, la rapidez de reacción y la asimilación. Cabe añadir que los cambios bruscos a nivel cognitivo podrían ser un indicador de un posible deterioro físico o psíquico, por lo que se precisaría una valoración y/o exploración exhaustiva (Yanguas et al., 1998).

4. Factores modulares del envejecimiento cognitivo.

A pesar de todos los cambios generalizados que tienen lugar en el proceso de envejecimiento, podría decirse que existen tantas formas de envejecer como personas hay

en el mundo. En contra de las teorías sociológicas o psicosociales que desde hace tiempo han contemplado la vejez como un proceso de desvinculación, de continuidad o de actividad, la realidad es que existen gran cantidad de factores que condicionan el envejecimiento, haciendo que algunas formas de envejecer sean mucho más exitosas que otras.

En este sentido, numerosas investigaciones han señalado que mantener unos hábitos de vida saludables, practicar ejercicio, llevar una buena alimentación, entrenar a mente, mantener a motivación por nuevos proyectos, etc. puede favorecer a calidad de vida, no únicamente alargándola a nivel cuantitativo, sino que además mejorando el bienestar general. Por ello, estos factores deberían tenerse en cuenta no solo en la etapa de vejez si no a lo largo del ciclo vital.

Además, se conocen otras variables relacionadas con el proceso de envejecimiento que modulan la probabilidad de que aparezca deterioro cognitivo y, por ende, podrían actuar como factores protectores o, por el contrario, facilitadores de desarrollar deterioro (Christensen, 2001; Backman et al., 2004; Hedden y Gabrieli 2004). Cabe destacar el estudio longitudinal llevado a cabo por Schaie (1994) en la ciudad de Seattle, quien señala las siguientes variables como factores protectores: a) ausencia de enfermedad crónica; b) entorno favorable (estatus socioeconómico y educativo alto, buenas relaciones familiares, etc.) c) abundante estimulación intelectual; d) estilos de personalidad y cognitivos flexibles; e) pareja con alto funcionamiento cognitivo; f) adecuada velocidad de procesamiento y g) satisfacción con los logros propios.

De igual modo que se ha observado una clara relación significativa entre la realización de ejercicio aeróbico y un mejor mantenimiento del funcionamiento cognitivo, así como de una mayor protección ante un posible desarrollo de demencia (McAuley, Kramer y Colcombe, 2004; Kramer, Colcombe, McAuley, Scalf y Erickson, 2005; Kramer, Erickson y Colcombe, 2006), el mantenimiento de actividades de ocio también ha resultado ser un factor protector ante el deterioro cognitivo en el envejecimiento (Verghese et al., 2003, 2006), ya que realizar actividades de ocio implica tanto estimulación psicosocial, como estimulación cognitiva (Wang, Karp, Winblad y Fratiglioni, 2002).

Figura 6. Factores que favorecen un envejecimiento exitoso.



Cabe destacar que algunos de estos factores, como la capacidad intelectual, la educación, el desempeño profesional, las actividades de ocio, las relaciones sociales etc., combinados entre sí, ayudan a desarrollar la Reserva Cognitiva (Stern, 2009) constructo entendido como un grupo de variables que dan respuesta a porqué existe una capacidad para conservar la integridad de las funciones cognitivas más allá de lo esperado y a su vez ejercer un papel protector frente a la aparición del deterioro, no tanto evitando que aparezca, si no ralentizando el momento de inicio.

Este concepto surge del estudio de manifestaciones clínicas ante un daño o patología cerebral, observándose que no existe una correspondencia clara entre el daño y a magnitud y localización de las consecuencias (Stern, 2003). Así pues, este autor clasificó en dos tipos los diferentes modelos planteados: modelo pasivo y modelo activo.

En modelo pasivo, la reserva cerebral es la parte pasiva, que tiene relación con las aptitudes intrínsecas o biológicas de la propia persona, y que hace referencia al número de neuronas, el tamaño cerebral, o la densidad sináptica, variables que ayudarían a compensar los posibles daños debidos a las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (Sánchez-Rodríguez, Rodríguez y Carro, 2002).

Respecto al modelo activo, la reserva cognitiva y compensación, es el mecanismo activo que retrasa la neurodegeneración de enfermedades del Sistema Nervioso Central, y que se basaría en variables no constitucionales y en la aplicación de los recursos aprendidos gracias a variables como el alto nivel educativo, profesión con exigencias cognitivas elevadas, actividades de ocio concretas, etc. (Stern, Albert, Tang y Tsai 1999).

No obstante, es preciso destacar que ambos modelos son complementarios, y la

delimitación entre ambos no está clara, dado que las diferencias en el procesamiento cognitivo bajo el modelo de reserva cognitiva, también tiene su base fisiológica (Stern, 2009). De este modo, la reserva neural implica una variabilidad anatómica a nivel de las redes cerebrales, e implica diferencias en la cantidad de sustrato neural disponible, pero se sabe que muchos de los factores que se asocian con una mayor reserva cognitiva, tales como experiencias cognitivamente estimulantes, tienen un efecto directo sobre el cerebro y pueden asociarse con el aumento de volumen del cerebro. Los entornos estimulantes y el ejercicio promueven la neurogénesis, ya que regulan factores que aumentan la plasticidad neuronal y la resistencia a la muerte celular y todo ello podría actuar directamente a prevenir o retardar la acumulación de la patología cognitiva (Stern, 2009).

5. Las emociones en el envejecimiento.

Es bien sabido que la etapa de envejecimiento se caracteriza por una mayor probabilidad de padecer acontecimientos vitales estresantes, dado que las personas se enfrentan a la jubilación, “nido vacío”, viudedad o pérdida de seres queridos, reducción de poder adquisitivo o nivel social, dolencias físicas, disminución de la capacidad funcional, aumento de la dependencia, etc., situaciones que se procesan muchas veces como daño o pérdida (Martin, Kliegel, Rott, Poon y Johnson, 2008).

Sin embargo, a pesar de estas experiencias, las personas mayores muestran un buen ajuste emocional en dicha etapa (Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000) y lejos de ser una etapa de soledad, desesperanza y tristeza, ésta se caracteriza por altos niveles de bienestar, de satisfacción y de estabilidad emocional entorno a los 70 años (Scheibe y Carstensen, 2010), por lo que resulta necesario abordar el tema de las emociones en esta etapa, como factor protector y esencial para el desarrollo de la satisfacción personal y la integridad en las última etapa del ciclo vital.

El estudio de las emociones, así como el concepto de inteligencia emocional se ha desarrollado ampliamente en la última década, orientando la investigación hacia el cómo las

emociones median y modulan en nuestro día a día y cómo pueden influir en la salud física, psicológica a través del estudio de variables como el bienestar psicológico, la madurez psicológica o satisfacción personal. A raíz de esto, en los últimos años se ha observado un aumento considerable de los estudios dirigidos al uso y manejo óptimo de nuestras emociones con el fin de conseguir nuestros objetivos vitales (Salovey y Mayer, 1990; Goleman, 1996; Epstein y Meier 1989; Seligman, 1991).

A pesar de todos los trabajos enfocados al estudio de las emociones, no existe un acuerdo a la hora de definir qué son las emociones. Para LeDoux y Bernal (1999), las emociones son respuestas físicas controladas por el cerebro que permiten la supervivencia en entornos hostiles y la procreación de la especie. Otra definición sería la que aporta Damasio (2005), quien entiende que las emociones son acciones que se expresan en el rostro, la voz o a través de conductas específicas que tienen como objetivo mantener la homeostasis del organismo. Así pues, la mayoría de autores coinciden en considerar que las emociones son respuestas adaptativas, que se pueden manifestar bien fisiológicamente, bien a través de la expresión facial, a nivel de experiencias subjetivas, etc. También coinciden en que son respuestas intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento previo.

Se conoce que existen dos tipos de emociones: las primarias y las secundarias (Damasio, 1994). Las primarias son innatas y dependen del sistema límbico, concretamente de la amígdala y la corteza cingulada anterior. No son emociones determinadas culturalmente, sino que son universales y tienen un origen biológico. Por otro lado, las emociones secundarias se originan cuando se experimenta el sentimiento, es decir, cuando se toma conciencia de la emoción; nos permiten hacer conexiones entre los estímulos, situaciones y las emociones primarias. Éstas están conformadas por la combinación de emociones primarias afinadas por la experiencia y son las que podrían dar lugar a posibles patologías emocionales como la ansiedad y depresión.

En la etapa de la vejez, de la misma manera que en cualquier etapa del ciclo vital, se continúa sintiendo emociones, ya que se sigue experimentando y aprendiendo, y en resumen, seguimos viviendo situaciones que dejan huella en nosotros. Los sentimientos son una muestra esencial de que estamos en el mundo, es decir, que estamos vivos. Conocer y

comprender las emociones y los sentimientos puede ser de ayuda para vivir mejor y disfrutar más. Es más, hay constancia de que durante la etapa del envejecimiento aumenta la riqueza de las emociones, ya que la vida, en cuanto al plano emocional se refiere, se vuelve más compleja y llena de matices a medida que pasan los años.

No obstante, la mayoría de los estudios sobre envejecimiento se han desarrollado principalmente en el plano cognitivo, focalizándose en las pérdidas y ganancias de esta etapa. Sin embargo, se conoce que los síntomas no cognitivos también son relevantes para la persona y su entorno, ya que pueden afectar seriamente a su bienestar (Sadowsky y Galvin, 2012).

En los estudios relativos a las emociones en la vejez, no existe un claro consenso con respecto a si éstas se ven afectadas por la edad y, de ser así, cómo cursan los cambios. En el caso de pacientes con demencia, los resultados son contradictorios con respecto a la percepción de las emociones básicas, matizando en algunos casos que éstos muestran un peor reconocimiento de las mismas, y en otros casos concluyendo que no existen diferencias entre sujetos con demencia y un grupo control (Roudier, Marcie, Grancher, Tzortzis, Starkstein y Boller, 1998).

De acuerdo con al procesamiento emocional en el envejecimiento, existen dos perspectivas de estudio diferentes, y en cierto modo, contradictorias: el enfoque sociocognitivo de las emociones propuesto y desarrollado por Carstensen (Carstensen, y Charles, 1998) y el enfoque neuropsicológico que relaciona determinadas áreas cerebrales con el procesamiento de la información con contenido emocional.

Según Cartensen y Charles (1998), existen tres metas estables a lo largo del ciclo vital: 1) metas relacionadas las relacionadas con el conocimiento; 2) metas relacionadas con el concepto que las personas tienen de sí mismas; 3) metas relacionadas con la regulación de las emociones. En función de la etapa de ciclo vital donde se encuentre la persona, estas metas tendrán mayor o menor importancia, siendo uno de los factores más influyentes para su relevancia, la percepción que tiene la persona del que le queda por vivir. Cuando la persona siente que se acerca al final de su vida, las metas relacionadas con las emociones adquieren mayor importancia, ya que son metas que se pueden obtener a corto plazo. Este aspecto se relaciona con el hecho de que las personas mayores muestran más

frecuentemente las emociones o afectos positivos que los negativos, los cuales pierden relevancia. Este enfoque se centra principalmente en componente subjetivo de las emociones, defendiendo que éstas se comprenden mejor cuanto más mayor es la persona, a causa del mayor estrechamiento de las relaciones sociales, al enriquecimiento interpersonal y a la importancia que tienen las metas relacionadas con la vida afectiva.

El enfoque neuropsicológico, por otra parte, tiene como objetivo determinar qué áreas cerebrales están implicadas en el procesamiento emocional. El circuito límbico, que incluye las regiones ventrales del giro cingulado anterior, la corteza prefrontal ventromedial, el estriado ventral y el núcleo dorsomedial del tálamo, se consideran especialmente importantes para la identificación de información emocional (Alexander, Crutcher y DeLong, 1989). Entrando en detalle, la amígdala, estrechamente relacionada con el sistema emocional, y situada en la parte anterior del lóbulo temporal del cerebro, tiene un papel esencial en la identificación de rostros y miradas (Davis y Whalen, 2001) así como en la identificación del miedo, la tristeza y la alegría (Calder, Lawrence y Young, 2001). Por otro lado, el área prefrontal, formada por la región anterior no motora del lóbulo, interviene directa e indirectamente en el procesamiento emocional, a través de sus intensas conexiones bidireccionales con el tálamo, la amígdala y otras estructuras subcorticales, a pesar de no pertenecer estrictamente al tradicional circuito límbico.

Cabe destacar que el enfoque neuropsicológico, además de estudiar qué sustrato neurológico se encuentra tras las respuestas emocionales, también señala que la capacidad de procesar emociones declina progresivamente con la edad (García-Rodríguez, Fusari y Ellgring, 2008) proponiendo el deterioro prefrontal en el envejecimiento como una de las posibles causas de dicho déficit emocional.

Por tanto, ambos enfoques obtienen conclusiones diferentes y en cierto modo contradictorias en cuanto a los cambios que se producen en el envejecimiento en el plano emocional. Por un lado, el enfoque sociocognitivo sugiere que el procesamiento emocional no se deteriora con la edad, sino que incluso mejora. En esta línea encontramos el trabajo de Charles, Mather y Carstensen (2003), que desde la teoría de la selectividad socioemocional comprueban experimentalmente la existencia de sesgos atencionales mostrados a partir de la evitación de caras negativas y de una mayor atención a caras expresando emociones

positivas. Estos autores interpretan estos resultados como que los participantes se focalizan en mayor medida en objetivos y metas con un alto poder emocional consiguiendo distraer o alejar su atención de aquella información que, emocionalmente, no les hace ningún bien. Por el contrario, el enfoque neuropsicológico, orientado principalmente hacia los sustratos neurológicos relacionados con el contenido emocional mantiene que, en la vejez, tanto las personas sanas como aquellas que cursan con alguna patología, existe un cambio de carácter negativo en la identificación de las emociones, generado probablemente por el deterioro de ciertas áreas cerebrales (García-Rodríguez, et al., 2008).

Durante el envejecimiento, las emociones están íntegramente relacionadas con la salud física y mental de las personas mayores, así como con determinados procesos cognitivos, donde ejercen una gran influencia en aspectos como la toma de decisiones, el razonamiento o la ejecución en tareas perceptivas, atencionales y de memoria (Eich y Schooler, 2000). En esta línea, resulta de especial interés el desarrollo la psicología positiva, que aporta claras evidencias sobre cómo los estados de ánimo positivos influyen en las personas a pensar y procesar la información de un modo más flexible, favoreciendo las habilidades de afrontamiento y la implicación en el desarrollo personal y consecución de metas significativas (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Además, las emociones aportan la base para la interacción social. En este sentido, las personas mayores que experimentan emociones positivas frecuentemente llevan a cabo más actividades sociales, hecho que promueve a su vez dichas emociones, generando un ciclo de retroalimentación positiva (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984). En esta línea, estudios sugieren que las personas que experimentan emociones positivas con frecuencia tienden a evaluar más positivamente el comportamiento de otras personas, realizan atribuciones más tolerantes y se comportan de manera más confiada, optimista y generosa en ambientes sociales (Forgas, 2002). Por lo tanto, sentirse bien, conlleva generar pensamientos positivos e invita a estar más receptivos en cuanto a interactuar socialmente, aspectos fundamentales para un envejecimiento óptimo.

En cuanto al procesamiento emocional en el envejecimiento patológico, éste ha sido ampliamente estudiado, sobretodo en cuanto a sujetos con demencia Alzheimer. Uno de los resultados más consensuados es que el estado afectivo se deteriora progresivamente desde

la etapa asintomática hasta la fase terminal. Los sujetos ya no perciben su entorno de la misma manera que antes de enfermar, respecto a las emociones, y es posible que este nuevo estado afectivo aparezca de manera progresiva y detectable de manera previa, mediante un análisis básico de los déficits en el procesamiento de la información emocional que evolucionarán a un mayor grado de deterioro cognitivo y emocional durante el curso de la enfermedad (León, Hernández, Martínez y Meilán, 2011).

Lavenu y Pasquier, (2004) sugieren que el déficit en el reconocimiento emocional podría deberse a la atrofia progresiva de la amígdala, de la corteza temporal anterior y de la corteza frontal orbital. Estos autores presentaron en su estudio rostros con distintas emociones básicas a una muestra de pacientes de EA (Enfermedad de Alzheimer) en fases iniciales, y éstos tenían que identificar el tipo de emociones que eran, nombrándolas. La tarea se volvió a realizar tres años después. Finalmente, concluyeron que el reconocimiento de la expresión emocional se iba deteriorando con el curso de la enfermedad, y que dicho deterioro se asociaba con la degeneración de las estructuras corticales implicadas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios (Allender y Kaszniak, 1989; Bucks y Radford, 2004; Hargrave, Maddock y Stone, 2002), concluyendo que los pacientes con EA padecen un déficit en la capacidad de procesar las expresiones faciales de la emoción causado, por un lado, por el deterioro cognitivo de la enfermedad (atención y memoria, entre otras) y la afectación de otras estructuras cerebrales que modulan el procesamiento emocional (Spoletini et al., 2008).

No obstante, cabe destacar, tal y como algunos estudios ya han demostrado (Guzmán-Vélez, Feinstein y Tranel, 2014), que las personas que sufren EA pueden sentir diversas emociones, a pesar de que generalmente no se recuerde el motivo que las desencadena. Por lo tanto, las emociones permanecen en el individuo y por ende se puede trabajar con ellas con el objetivo de mejorar el bienestar emocional de los pacientes con EA.

Uno de los aspectos más ligados con el bienestar emocional es el sentido de identidad. Las personas que sufren EA tienen un acceso limitado a los recuerdos autobiográficos relacionados con el mantenimiento de la identidad, el auto-conocimiento y la auto-imagen. En esta línea, la memoria autobiográfica (MA) es fundamental en la construcción y en el mantenimiento de la identidad personal, así como para mantener el

sentido de continuidad y comprender el self a lo largo del ciclo vital. Además, contribuye al desarrollo de actividades de la vida diaria como las relaciones sociales, la toma de decisiones o la solución de problemas (Bluck, Alea, Habermas y Rubin, 2005).

Por tanto, los recuerdos relacionados con eventos personales del pasado son más ricos y contienen mayor contenido emocional que aquellos recuerdos no autobiográficos (Conway, Singer y Tagini, 2004; Conway, 2005), por lo que es más probable que se mantengan en la memoria en comparación con los recuerdos no autobiográficos, incluso en el envejecimiento patológico.

En síntesis, los recuerdos autobiográficos son un elemento esencial en el desarrollo del envejecimiento, tanto sano como patológico, ya que promueven mantenimiento de la identidad y contribuyen en cierta medida al desarrollo de emociones positivas.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS BÁSICOS DE LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA

1. El estudio de la memoria autobiográfica.

En la investigación del sistema mnésico humano, la neuropsicología ha jugado un papel protagonista a lo largo de las últimas décadas. Durante muchos años, tal y como afirma Perea, Ladera y Echeandía (2001), estos estudios han tenido como objetivo desarrollar o mantener un modelo particular del funcionamiento mnésico, estudiar las funciones de regiones particulares del cerebro, así como analizar déficits específicos de memoria asociados a determinadas patologías y estudiar las relaciones bioquímicas del cerebro y la memoria. En esta línea, en cuanto a la memoria autobiográfica, uno de los avances más relevantes en los últimos años se han desarrollado a través de esta corriente usando técnicas de neuroimagen, las cuales han dado a conocer los procesos cognitivos y sustratos cerebrales involucrados en la codificación, el almacenamiento y la evocación del recuerdo autobiográfico (Greene, Hodges y Baddeley, 1995; Piolino, Giffard-Quillon, Desgranges, Chetelat, Baron, y Eustache, 2004). Sin embargo, los estudios sobre memoria autobiográfica en sus inicios estuvieron influenciados por otras áreas como la psicología experimental, la

perspectiva cognitiva, la psicología del desarrollo, la psicología social y la psicología de la personalidad (Rubin, 1986).

A partir de la psicología experimental se desarrollaron tareas de aprendizaje verbal en el laboratorio, que permitieron analizar la memoria episódica y sus procesos de codificación, almacenamiento y recuperación del recuerdo, aspectos extrapolables a la memoria autobiográfica. Además, se han desarrollado estudios que indagan en las diferencias existentes entre reconocimiento y familiaridad a la hora de evocar un recuerdo. Por otro lado, también han surgido planteamientos que promueven modelos de esquemas mnésicos partiendo de inclinaciones más cognitivas e incluso propuestas que incorporan el papel del afecto y las emociones en la organización de la memoria autobiográfica (Rubin, 1986).

Desde la perspectiva cognitiva, la investigación sobre memoria autobiográfica se ha regido por el estudio de la organización y los procesos de almacenaje y evocación de recuerdos, incluyendo en sus modelos relaciones con las emociones, el self y la personalidad (Webster y Haight, 2002). Por otro lado, se han realizado estudios donde se ha desarrollado la terapia de la reminiscencia, la cual se ha enfocado tradicionalmente en el uso intervenciones grupales y técnicas específicas aplicadas a personas mayores. En este sentido, ambas líneas de trabajo se han centrado en áreas diferentes, bien para construir modelos de organización de la memoria o bien para desarrollar prácticas efectivas de reminiscencia lo cual ha originado que no se haya desarrollado una línea común que sea de utilidad para comprender mejor las funciones de la memoria autobiográfica (Bluck y Alea, 2002).

La influencia de la psicología del desarrollo por su parte, se ha observado en la exploración de los recuerdos a lo largo del ciclo vital, enfatizando la relación existente entre tiempo, la persona, el contexto y el recuerdo. La importancia del self o sí mismo y la identidad son aspectos centrales desde el punto de vista de esta disciplina, considerándose aportes claves de esta línea teórica, así como de la psicología social y de la personalidad, las cuales también subrayan el sentido de continuidad asociado a la memoria autobiográfica. Además, hay estudios que enfatizan la idea de que la memoria autobiográfica es un sistema funcional, perteneciente a la estructura mnésica humana, que emerge gradualmente en la infancia, mediada por la interacción en un contexto social determinado (Nelson y Fivush,

2004). Finalmente, es importante destacar, tal y como apunta Rubin (1986), la influencia de las humanidades que se evidencia en el interés histórico y literario de la construcción de autobiografías.

Si bien es cierto que la mayoría de estudios se han focalizado principalmente en cuánto y con qué calidad los humanos recuerdan su pasado, también es relevante el saber por qué, cómo y con qué fin las personas recuerdan su pasado personal, es decir, ¿qué funciones principales derivan de recordar el pasado o compartir estos recuerdos con otras personas?

A pesar de las evidentes diferencias entre las distintas disciplinas, existe un interés común por el estudio de las distintas funciones que ejerce la memoria autobiográfica en el ser humano. Bluck et al. (2005) realizaron una revisión de la literatura, recogiendo las investigaciones más relevantes desde los años 70 que destacan las funciones de la M.A., y consiguieron en su trabajo operacionalizar a nivel empírico las tres funciones teóricas de la M.A., que coinciden con las ya planteadas en 1992 por Pillemer.

La primera función para el self hace referencia a la importancia de conocer nuestro self en el pasado y enfatiza la importancia psicológica y emocional que supone recordar nuestro pasado. Así pues, tiene en cuenta factores como la continuidad, la integridad, la coherencia, todo ello a través del auto-conocimiento. Esta función es similar a la planteada por Pillemer (1992), que la llamó función psicodinámica. Numerosos autores coinciden en la importancia de dicha función (Conway, 1996; Barclay, 1996; Fivush, 1998; Habermas y Bluck, 2000).

La segunda función sería la directiva, la cual hace referencia a la solución de problemas a través del desarrollo de opiniones, actitudes, pensamientos y razonamientos que guían el comportamiento en el presente. Es decir, utilizamos nuestro propio pasado para construir modelos que nos permitan entender y afrontar el presente. Por ello, esta función cuenta con factores como la planificación o la toma de decisiones sobre comportamientos y situaciones presentes y futuras. Numerosos estudios han tenido en cuenta la importancia de esta función (McCabe, Capron y Peterson, 1991; Pratt, Arnold, Norris y Filyer, 1999). Cabe destacar el trabajo de David Pillemer, quien revisó una variedad

de funciones directivas de la M.A. en su libro *Momentous, Events, Vivid Memories* (Pillemer 2003).

Por último, la función social, también conocida como función comunicativa, es considerada la función más relevante de todas. Esta función hace referencia a que la M.A. nos proporciona material para mantener una conversación, facilitando así la interacción social en general (Cohen, 1998). Intercambiar recuerdos personales también enriquece la comunicación, haciéndola más confiable más creíble y más persuasiva (Pillemer, 1992). No solo eso, también ofrece herramientas para enseñar a otras personas. Esta función de enseñanza es particularmente importante en ciertas relaciones, como por ejemplo entre padres e hijos (Fivush, Berlin, Sales, Mennuti-Washburn y Cassidy, 2003). Así pues, la memoria autobiográfica también nos permite entender mejor y empatizar con otras personas (Cohen, 1998). Por ejemplo, a través del intercambio de recuerdos personales, el oyente se puede enganchar a una historia y producir en él respuestas empáticas, especialmente si el oyente responde con una memoria personal propia (Pillemer, 1992). En cuanto a la literatura, la importancia de la M.A. en el desarrollo, el mantenimiento y fortalecimiento de las relaciones sociales ha sido destacada en diversas investigaciones (Pillemer 1998; Neisser, 1988; Nelson, 1993, 2003). Además, un hecho que evidencia la importancia de los recuerdos autobiográficos en las relaciones sociales es que cuando el componente episódico está deteriorado, las relaciones sociales pueden verse afectadas (Robinson y Swanson, 1990).

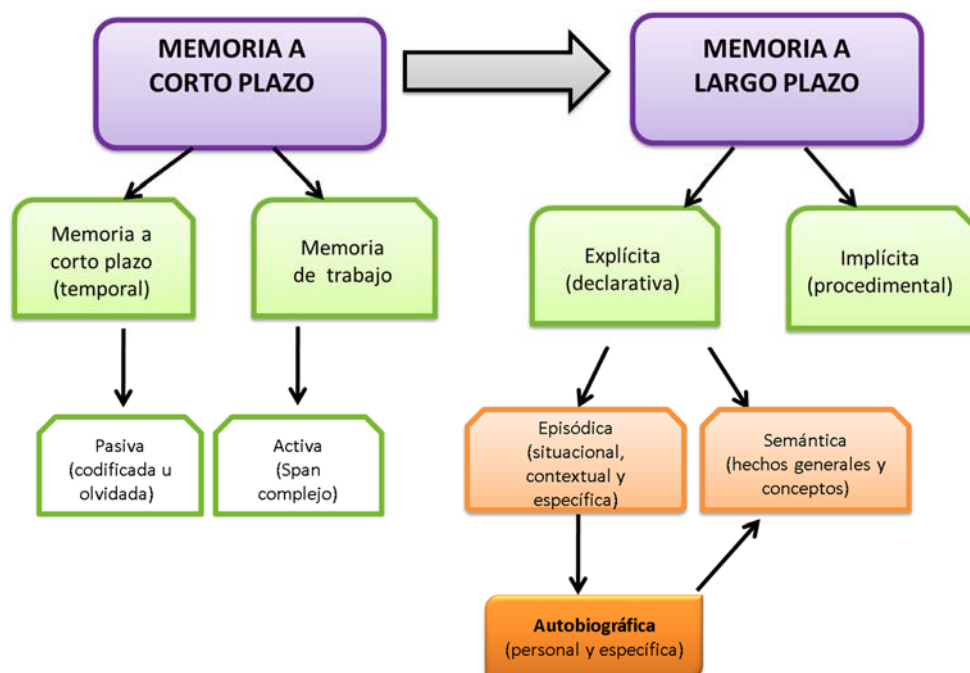
2. La memoria autobiográfica en el plano del sistema mnésico humano.

Como se ha visto en el capítulo anterior, la memoria humana es un sistema complejo y multivariable, en el que confluyen diferentes estructuras mnésicas, por lo que ubicar la memoria autobiográfica ha sido todo un reto para la investigación. Una de las analogías que mayor repercusión ha tenido en la psicología cognitiva es la comparación de nuestro sistema de recuerdos con el funcionamiento que tiene un ordenador, partiendo de que ambos

registran, almacenan y recuperan información. Aunque la semejanza entre ambos sistemas es válida y ampliamente aceptada, esta analogía no recoge una de las características más significativas de la memoria: la experiencia fenoménica de recordar eventos y episodios de nuestro pasado, los cuales son relevantes para nuestra identidad y útiles a la hora de desarrollar nuestra propia historia vital (Serrano, 2002). Por lo tanto, esta característica es una variable determinante que hace de la memoria autobiográfica un proceso único y esencial en el desarrollo humano, siendo la conciencia personal y la capacidad para revivir sucesos del pasado una característica diferencial frente a modelos preferencialmente pasivos.

Por lo tanto, tal y como se observa en la Figura 1, si tuviéramos que ubicar la memoria autobiográfica dentro del sistema mnésico humano, es evidente que la situaríamos dentro del plano episódico, al tratarse de recuerdos explícitos, codificados y almacenados en la memoria a largo plazo. Sin embargo, a pesar de haber sido considerados recuerdos esencialmente episódicos, discusión que atajaremos más adelante, es bien sabido que la memoria autobiográfica posee también información de carácter semántico, ya que, además de estar compuesta por eventos episódicos ubicados en un tiempo y espacio concretos, también está formada por información y conocimientos descontextualizados, pero relacionados con el pasado de uno mismo.

Figura 7. Taxonomía de la memoria (Gibson, 2004).

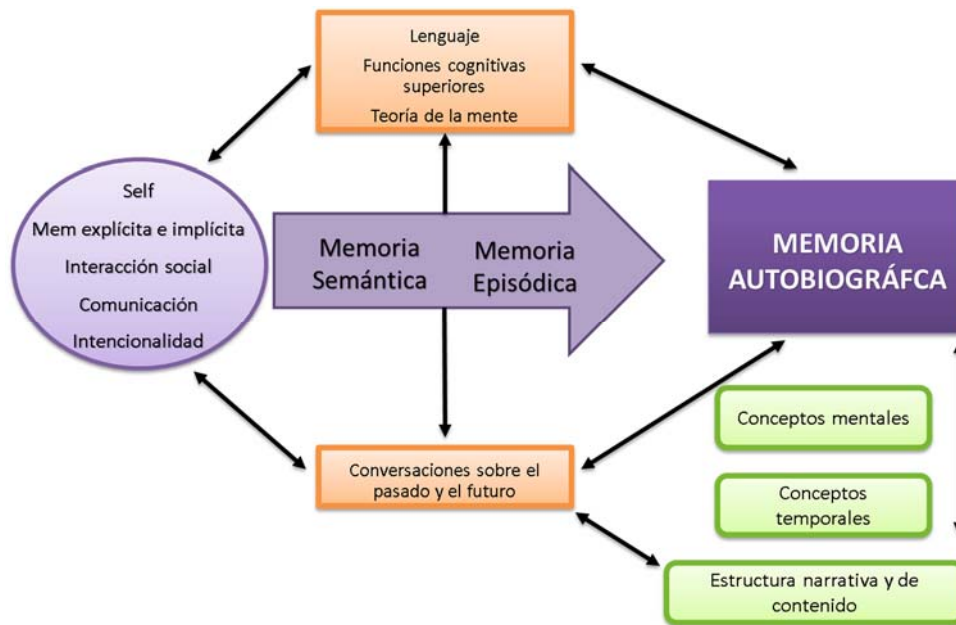


Nelson y Fivush (2004), con el objetivo de facilitar la comprensión de la memoria autobiográfica dentro del sistema mnésico humano, plantean una serie de acuerdos básicos que recogen todas las conceptualizaciones previas, que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) Se trata de un tipo de recuerdo de carácter explícito y declarativo.
- b) Posee un carácter singular y subjetivo, íntegramente relacionado con uno mismo (self), que implica la experiencia fenomenológica a la hora de revivir un evento específico localizado en un momento y un lugar concreto (conciencia autooética).
- c) Se considera un tipo de memoria especialmente significativa para las personas ya que se relaciona con las emociones, las motivaciones y metas.
- d) Sólo es posible recordar desde una perspectiva única del sí mismo en relación con otros y con el mundo.
- e) Además, también posee información de carácter semántico, como la fecha y lugar de nacimiento, lugares donde se ha vivido, lugares referentes a escuelas o trabajos, entre otros, que son independientes de recuerdos episódicos específicos.
- f) Permite el desarrollo de narrativas sobre el sí mismo organizadas por temática o por etapas temporales.

Por tanto, la memoria autobiográfica es un sistema funcionalmente distinto pero a su vez dependiente de otros sistemas de memoria humanos, sin ser estrictamente episódico ni semántico en el sentido de Tulving (1972). Por consiguiente, la memoria autobiográfica precisa ser estudiada desde un punto de vista más amplio que el que hace referencia al mero recuerdo objetivo de un suceso. El hecho de que se trate de recuerdos concretos de la vida pasada de la persona, la hace distinta de otros tipos de memoria, en los que la memoria es entendida como un sistema o dispositivo para acumular y recuperar información (Serrano, 2002). La Figura 2 muestra el planteamiento de estos autores (Nelson y Fivush, 2004) en cuanto al funcionamiento de la M.A. y su esquematización.

Figura 8. Componentes de la memoria autobiográfica (Tomado de Nelson y Fivush, 2004)



Así pues, se podría afirmar que nos encontramos ante un tipo de memoria único y especial, formado por recuerdos del pasado situados en un espacio y tiempo específicos, al igual que cualquier otro recuerdo, pero que además aportan información sobre pensamientos, emociones, metas y evaluaciones personales acerca de qué pasó. Es decir, para considerarse recuerdo autobiográfico la persona ha tenido que vivir en primera persona el evento recordado y no solo tiene conciencia del hecho objetivo sino de la propia sensación, percepción e interpretación.

3. Aproximación conceptual a la M.A.: qué es y principales características.

La memoria autobiográfica podría definirse como un tipo de memoria compuesta por recuerdos referentes al pasado de una persona. Generalmente está compuesta por información sobre lugares, acciones, personas, objetos, pensamientos y afectos, pero a su vez posee una función esencial de la cognición humana donde se entrelazan aspectos relativos al sí mismo con la emoción, la motivación y el significado personal.

Con el desarrollo de la teoría de la memoria autobiográfica se ha descubierto que la

esencia de este tipo de memoria no es tanto la especificidad del recuerdo si no la experiencia fenoménica o perceptiva de recordar (Baddeley, 2001; Brewer, 1996; Gardiner, 2001; Tulving 2001, 2002; Wheeler, Stuss, y Tulving, 1997). Las experiencias fenoménicas (es decir, experiencias que contienen detalles perceptuales, afectivos y espacio-temporales) le dan al recuerdo un sentido personal que lo hace formar parte de nuestra identidad y que va mucho más allá de un mero conocimiento. En la tabla 1 se señalan los principales aspectos sensorio-perceptivos que caracterizan a ese tipo de recuerdo.

Tabla 1. Características sensorio-perceptuales de la memoria episódica (Conway, 2001)

-
- Retiene registros sensorio-perceptuales derivados de procesos de la memoria de trabajo.
 - Contiene información abstracta y organizada que deriva de las metas activas durante la experiencia.
 - Representa porciones cortas de tiempo, posiblemente determinadas por los cambios en el procesamiento de metas.
 - Representado aproximadamente en el orden en el que ocurrieron.
 - Tienen una corta duración (medido en horas o minutos).
 - Si éstos llegan a integrarse en el conocimiento autobiográfico, el acceso se convierte en estable y duradero.
 - Existe experiencia recolectiva cuando son evaluados.
 - Cuando son incluidos como parte del conocimiento autobiográfico, pasan a ser específicos.
 - Neuroanatómicamente pueden estar representados en regiones cerebrales separadas de otros conocimientos autobiográficos.
 - Poseen una forma distintiva de organización.
 - Poseen un único proceso de recuerdo episódico, además del proceso general de acceso al recuerdo.
-

Desde los inicios del estudio de la M.A., Bartlett en 1932, ya consideraba que los recuerdos autobiográficos son reconstrucciones de recuerdos episódicos y se asume además la existencia de procesos de esquematización en su organización. Es esta línea, Brewer (1986) también coincide en que, de la misma manera que el sistema mnésico humano se sustenta en procesos de reconstrucción basados en esquemas, la memoria autobiográfica también se basa en procesos reconstructivos. Estos procesos se basan en esquemas de recuerdo personal y retienen la mayoría de las características fenoménicas con un fuerte componente de imagen visual mental y una fuerte creencia personal de veracidad.

Con el fin de aclarar la complejidad de este sistema de memoria, Brewer (1996) llevó a cabo una investigación para averiguar qué diferentes tipos de respuestas se pueden obtener a través de la técnica más popular del momento para el estudio de la memoria autobiográfica: la evocación de recuerdos autobiográficos a través de la presentación de diferentes palabras. Esta técnica consistía en presentar una palabra al sujeto verbalmente y este ha de evocar un recuerdo asociado a dicha palabra. Los resultados obtenidos con esta

sencilla tarea, sin embargo, sostiene Brewer (1996), entrañan una gran problemática a la hora de categorizarlos. A continuación, se presentan los diferentes tipos de recuerdos, divididos en categorías:

- a) Recuerdos personales concretos: asociados a una imagen mental que se corresponde con un episodio particular de la propia vida.
- b) Conocimiento autobiográfico: implica la evocación de un conocimiento sobre la propia historia personal que no se acompaña de una imagen concreta.
- c) Memoria personal genérica: se puede evocar una imagen mental de lo que, en general, ocurre en un tipo de evento experimentado por el sujeto repetidamente.
- d) Memoria o asociación semántica: evocación de un conocimiento semántico asociado a la palabra estímulo sin imagen mental de ningún episodio personal.
- e) Memoria perceptual genérica: evocación de una imagen visual general asociada a la palabra.

Brewer (1996) diferencia los primeros tres tipos de respuestas como exclusivas del recuerdo autobiográfico, ya que están relacionados con memorias personales referentes al sí mismo. Sin embargo, no considera así los dos últimos tipos de respuesta. Para explicar este planteamiento, organiza estas respuestas en función de: a) las condiciones de su adquisición (ocurrencia única o repetida); b) su forma de representación (imaginable o no imaginable) y c) su contenido (personal o despersonalizado). En su propuesta de organización, introduce el concepto de sí mismo, pues afirma que un psicólogo experimental que pretenda investigar la memoria autobiográfica, no puede excluir este constructo. Además, afirma que la M.A. debería definirse como la memoria para la información relativa al sí mismo.

Este concepto de sí mismo o self, que por primera vez se pone en relación con la M.A., se entiende como una estructura mental formada por 3 subestructuras: La primera de ellas, el ego consciente, es el ente responsable de la experiencia consciente del self. La siguiente subestructura sería el esquema del self, considerada la estructura cognitiva que se encarga de almacenar y gestionar toda la información general en relación con el self. Por

último, las fracciones de memoria a largo plazo, que están íntegramente relacionadas con el esquema del self y que está compuesto por recuerdos personales generales y una serie de eventos autobiográficos puestos en relación.

Numerosos autores, entre ellos Fivush (1988) y Conway et al. (2004), subrayan en sus investigaciones la importancia del self en relación con la memoria autobiográfica. Así, se considera que esta memoria juega un papel muy importante en la construcción y el mantenimiento de nuestra identidad en relación con el mundo y con el resto de personas (Locke, 1694/1979) y, por tanto, se considera esencial a la hora de dar un sentido de continuidad al self así como la comprensión del “yo” a lo largo del ciclo vital (Bluck et al. 2005). Por tanto, la base del recuerdo autobiográfico son los recuerdos relacionados con uno mismo a través de la experiencia reconstructiva. Esto es el sentimiento o la experiencia del Self en el pasado, y es inducida a través de imágenes, sentimientos u otros detalles del recuerdo que vienen a la mente durante la experiencia de recordar (Gardiner, John y Richardson-Klavehn, 2000). Esta conciencia del recuerdo o sensación muestran al individuo que esta experiencia realmente ocurrió y no es ni una fantasía ni un sueño. Con esto no se afirma que el recuerdo sea verdadero, pero si es cierto que cuando está presente el proceso de recolección hay una alta probabilidad de que el evento recordado realmente haya ocurrido (Conway, Collins, Gathercole y Anderson, 1996; Roediger y McDermott, 1995).

Una buena diferenciación entre el recuerdo meramente episódico y el recuerdo autobiográfico fue la planteada por Fivush (2011), quien defendía que la memoria autobiográfica se construye sobre representaciones episódicas al menos de tres maneras diferentes.

Primeramente, mientras la memoria episódica es el mero recuerdo de un evento específico que ha ocurrido en el pasado, la memoria autobiográfica también incluye memoria de nuestro ser, siendo nosotros los que experimentamos, vivimos y sentimos dicho evento, o lo que Tulving (2002) llamó conciencia autooética.

Seguidamente, mientras la memoria episódica es una serie de eventos únicos del pasado, no necesariamente relacionados, la memoria autobiográfica vincula el conjunto de eventos dentro de una historia personal que le da un sentido a nuestro pasado, presente y futuro, formando esencialmente una narrativa de nuestra vida (Habermas y Bluck 2000, McAdams, 2001).

Finalmente, la memoria autobiográfica va más allá de la función básica de la memoria episódica en lo que respecta a guiar nuestro comportamiento presente y futuro para servir funciones sociales y emocionales, incluyendo la definición del self, las relaciones del self, y la regulación del self (Bluck y Alea, 2002; Fivush, 1988; Fivush y Haden, 2003; Pillemer, 1998). En resumen, la diferencia básica entre memoria episódica y memoria autobiográfica es la diferencia entre “qué pasó en el pasado” y “qué me pasó a mí en el pasado” (Fivush 2001, Fivush y Nelson 2006; Nelson 1996; Tomasello, 1999). Y es la conciencia auto-noética la que se esconde tras dicha afirmación, la cual se comentará más adelante.

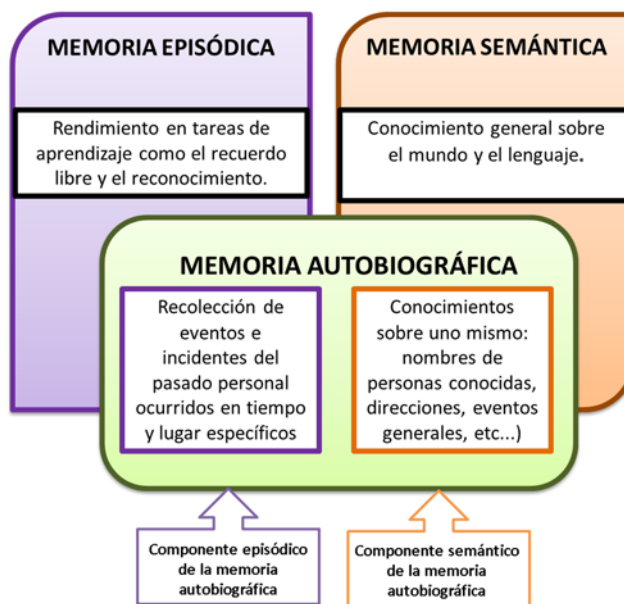
Por tanto, es evidente que la memoria autobiográfica no es sólo episódica, sino que está compuesta tanto por información y conocimientos personales, como por memorias concretas de un individuo que éste ha ido acumulando desde su nacimiento y que le permiten construir un sentido de identidad y de continuidad (Conway 1997; Conway y Rubin, 1993). Brewer enfocaba esta diferencia las respuestas según evocaban por un lado, recuerdos de eventos personales únicos atados a un contexto espacial y temporal específico (memoria episódica propuesta por Tulving, 1985) de aquellos recuerdos más generales poco detallados, que consideraba mero conocimiento autobiográfico genérico (Rubin, 1986; Greene et al., 1995).

En este sentido, la memoria autobiográfica parte del recuerdo episódico, formada por eventos personales del pasado con contenido específico (como detalles sensorio-perceptivos, imágenes, emociones y pensamientos), Conway y Pleydell-Pearde (2000), Greene et al. (1995), o Tulving, Schacter, McLachlan y Moscovitch (1988) afirman que existe otro tipo de recuerdo autobiográfico, mucho más genérico y abstracto, al que ya hacían referencia hace décadas. Se trata de recuerdos más generales pero también relacionados con temas de nuestra vida o periodos vitales y de naturaleza semántica como serían, por ejemplo, los conocimientos sobre el lugar y la fecha de nacimiento.

Por lo tanto, la memoria autobiográfica implica dos tipos de conocimiento acerca de uno mismo: el episódico y el semántico. El componente episódico, formado por eventos personales y específicos situados en un tiempo y espacio concreto, y el componente semántico, que almacena conocimientos generales del pasado como nombres, direcciones o eventos generales. Esta distinción es respaldada por numerosos autores como Baddeley

(1992), Conway (1996), Conway y Bekerian (1987) o Larsen (1992).

Figura 9. Memoria autobiográfica episódica y semántica.



Es importante destacar, que la información autobiográfica episódica es necesaria para las representaciones altamente fidedignas de los eventos experimentados, mientras que la información autobiográfica semántica realza la coherencia del conocimiento del Self y de la propia identidad a lo largo del tiempo, a través del conocimiento relativo a roles, metas, creencias que ofrecen una imagen de la persona en el pasado y ayuda a mantener la identidad del sí mismo (Grilli y Verfaellie, 2014). Además, como la información semántica representa experiencias acumuladas, ésta es útil para el mantenimiento de las relaciones sociales (un objetivo de orden superior asociada a la edad adulta tardía (Labouvie-Vief y Blanchard-Fields, 1982).

Un planteamiento interesante en base al carácter episódico vs. semántico de la M.A. fue el llevado a cabo por Greene et al. (1995), quienes defienden que la memoria autobiográfica forma parte de la memoria remota y, por tanto su naturaleza inicial es episódica; sin embargo plantean que dicha información puede perder gradualmente su asociación contextual así como los detalles referentes a un espacio y tiempo específico y, poco a poco, ir adquiriendo características semánticas, con organización genérica y descontextualizada como el resto de los conocimientos semánticos. Esta idea también respaldaría que la evocación de una parte de la memoria autobiográfica es similar a la memoria episódica en sus procesos reconstructivos, mientras la otra es similar a la memoria semántica.

En esta línea, Tulving y Markowitsch (1998) señalan que la diferenciación entre ambos componentes destaca por un estado de consciencia diferente: por un lado, la consciencia auto-noética, asociada al componente episódico y por otro, la consciencia noética, asociada al componente semántico (Piolino, Desgranges y Eustache, 2009; Tulving, 2002). La consciencia auto-noética es definida como el sentimiento de re-experienciar o revivir un evento ya vivido, o en otras palabras, viajar subjetivamente en el tiempo a nuestro pasado. Por el contrario, la consciencia noética que caracteriza a la parte semántica de la memoria autobiográfica, es la capacidad de saber o conocer determinada información sobre el mundo o sobre nuestra vida, en ausencia de detalles contextuales.

A continuación, se exponen dos paradigmas planteados en distintas investigaciones que explican más detalladamente las diferencias entre consciencia auto-noética y noética y, por consiguiente, las diferencias entre recuerdo episódico y recuerdo semántico.

Gardiner (1988) y Tulving (1985) con el fin de diferenciar la consciencia auto-noética (memoria episódica) de la consciencia noética (memoria semántica) plantearon el paradigma "*Remember vs. Know*", en español "recordar vs saber". Este paradigma hace referencia al sentimiento de estar recordando un evento o, por el contrario, el sentimiento de conocer o saber un hecho o determinada información.

El uso de este paradigma en investigación con sujetos jóvenes y mayores ha revelado una transformación conforme envejecemos, que va desde respuestas "R" (recuerdos episódicos) hacia respuestas "K" (conocimientos semánticos). Este cambio es acorde a la idea de que la mayoría de las partes de la memoria se "semantizan" a lo largo del tiempo (Cermak, 1984).

Además de la consciencia auto-noética, la imaginería visual también es crucial a la hora de evocar un recuerdo autobiográfico, a pesar de que ha recibido relativamente poca atención en la literatura de la memoria autobiográfica (Greenberg y Rubin, 2003). En efecto, el sentimiento de recuerdo contiene, casi de manera invariable, algún tipo de re-experiencia visual de un evento personal (Brewer 1996, Conway, 2001; Dewhurst y Conway, 1994).

Nigro y Neisser (1983), y más tarde, Robinson y Swanson (1993) plantearon un paradigma centrado en la imaginería visual de nuestros recuerdos autobiográficos. Éste se basa en el punto de vista asociado a nuestras representaciones mentales y toma dos

perspectivas diferentes a la hora de traer a la mente un recuerdo: perspectiva *field* vs perspectiva *observer*. Esto es, perspectiva de campo (1ª persona) vs perspectiva de observador (3ª persona). En la perspectiva de campo (F), el participante mantiene el mismo punto de vista que en el evento original, es decir, vive el evento desde su persona. En la perspectiva de observador (O), el participante se observa a sí mismo en el evento como si fuera un observador externo al evento en cuestión. Recientemente, Crawley y French (2005) apoyaron la idea de que cuando evocamos recuerdos específicos autobiográficos (detallados y contextualizados) mantenemos una perspectiva F (de campo), mientras que cuando evocamos recuerdos sin contexto mantenemos un punto de vista O, de observador.

Cabe destacar que, Nigro y Neisser (1983) pidieron a un grupo de personas que recordaran acontecimientos de su propio pasado centrándose en los sentimientos asociados a cada episodio, y a otro grupo les dijeron que rememoraran los acontecimientos centrándose en las circunstancias objetivas que los rodearon. Curiosamente experimentaron más recuerdos de campo los sujetos centrados en sentimientos, mientras que percibieron más recuerdos sobre detalles quienes se centraban en circunstancias objetivas.

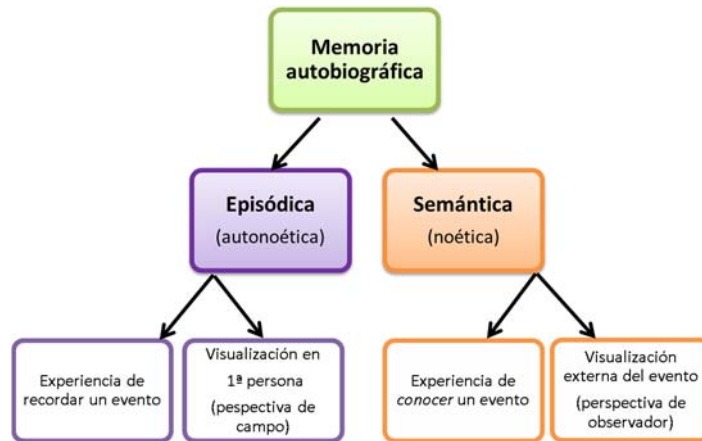
Nigro y Neisser, sugieren que el sujeto “colabora en pintar la escena durante el acto de recordar”. Con esto quieren decir que la intensidad emocional que le damos a un recuerdo viene determinada, en parte, por el momento en el que evocamos el recuerdo.

Así, se considera que la experiencia de evocar un recuerdo pasado no se basa sólo en traer a la memoria la imagen de un episodio, sino también en comparar dos imágenes: una del pasado y otra del presente cuando emerge la evocación. La sensación de recordar deriva de una sutil interacción entre el pasado y el presente, donde el recuerdo aparece teñido de imágenes, sensaciones, emociones y sentimientos del ayer y de hoy.

Ambos paradigmas se pueden combinar de manera que, el cambio de un punto de vista “F” a una perspectiva “O” puede corresponder al cambio de conciencia auto-noética a conciencia noética, o lo que es lo mismo, la transformación de respuestas “R” de recuerdo a “K” de conocimiento (Robinson y Swanson 1993).

En conclusión, tanto el paradigma de respuestas R/K como el paradigma de perspectivas K/O hacen posible la distinción entre aspectos episódicos y semánticos de la memoria autobiográfica.

Figura 10. Estados de conciencia de la memoria autobiográfica.



4. Acceso y recuperación de los recuerdos autobiográficos.

Uno de los planteamientos más conocidos sobre los procesos de recuperación de los recuerdos autobiográficos fue el propuesto por Norman y Bobrow, (1979) y respaldados posteriormente en otros estudios (Williams y Holland, 1981; Williams, 1996; Burgess y Shallice 1996). Estos autores plantean que, de acuerdo con la teoría descriptiva de la memoria, el recuerdo es “el proceso en el que se usa cierta información sobre un elemento para construir una descripción del mismo, y esta descripción es utilizada posteriormente a modo de clave con el objetivo de recordar nuevos fragmentos de información”. Así, esta teoría fue conocida como la Teoría de las Descripciones y fue una de las teorías más tempranas en plantear cómo funciona la recuperación de recuerdos autobiográficos. Según esta teoría, para recordar o codificar determinada información, se crea una descripción parcial de ésta, codificándose inicialmente de este modo en la memoria. A posteriori, esta descripción servirá como índice para acceder a la información memorizada. Es decir, el recuerdo está mediatizado por la generación de descriptores de memoria. De este modo, cuando por ejemplo se le da al sujeto una palabra clave para evocar un recuerdo, ésta es tomada en forma de descriptor, y éste descriptor es usado para buscar en la memoria.

Por tanto, y en línea con Norman y Bobrow (1979), se podría resumir dicho proceso de recuperación de memoria en tres estados: 1) Elaboración de claves o descriptores

apropiados: que permitan la búsqueda en el conocimiento autobiográfico base; 2) Búsqueda: los descriptores se utilizan para buscar posibles recuerdos en la memoria relacionados con esa clave o palabra, en primer lugar, se accede a la información del nivel de periodo de vida y, posteriormente, se localiza un periodo del índice de eventos generales ; 3) Verificación: los recuerdos accedidos en la memoria se comparan con los criterios de verificación, si dichos criterios se cumplen, la búsqueda cesa y se puede dar salida a la información accedida, si éstos no se cumplen, se vuelve a repetir el ciclo de forma reiterativa hasta que se consigue.

A posteriori otros estudios como el de Conway y Pleydell-Pearce (2000) han retomado esta teoría, y la han ampliado planteando que estos patrones de acceso y recuperación del recuerdo pueden estar generados por dos procesos diferentes:

El primero sería el recuerdo generativo, y se refiere a los procesos de búsqueda de arriba hacia abajo que usan representaciones o claves verbales/abstractas (conceptuales), y que corresponderían a las descripciones de Norman y Bobrow (1979). En este proceso, la primera etapa del recuerdo generativo incluye la especificación y la elaboración de claves nemotécnicas usadas como asociaciones verbales, que formarán la base de la búsqueda de la memoria; tras esta clave, se accede rápidamente a un periodo de vida o bien a un evento general, para posteriormente acceder a un recuerdo más específico.

El segundo, el recuerdo directo, corresponde a la experiencia subjetiva o recolección espontánea que aparece cuando un clave interna o procedente del medio produce una inmediata activación para el nivel específico. De acuerdo con Conway y Pleydell-Pearce (2000), el recuerdo directo accede al recuerdo mucho más rápido y no demanda tanta capacidad cognitiva (por ejemplo, a la hora de inhibir otros recuerdos) como el recuerdo generativo. Estos autores también afirman que los recuerdos recogidos como consecuencia del proceso directo o involuntario tienden a ser más específicos y menos ensayados que los recuerdos que son deliberadamente recogidos en respuesta a palabras clave.

En cuanto a la organización del recuerdo, la literatura señala que la memoria autobiográfica es almacenada como recuerdos de eventos y que dichos recuerdos están organizados por jerarquías organizadas de lo más genérico a lo más específico. Este apunte ha sido respaldado por la mayoría de la literatura (Barsalou, 1988; Neisser, 1986; Nelson, 1988); al

fin y al cabo, cualquier persona en su día a día necesita acceder a ambos tipos de información, general y específica, de manera jerárquica para navegar exitosamente a través de las demandas interpersonales e instrumentales de la vida diaria.

Por tanto, la representación jerárquica del conocimiento autobiográfico ha resultado ser un aspecto esencial de los modelos de memoria autobiográfica (Burgess y Shallice, 1996), y cada vez destaca más la idea de que los recuerdos autobiográficos no están organizados de manera individual y aislada, sino que se construyen a partir de un conjunto de componentes, a modo de piscina de recuerdos disponibles, lo que Conway y Pleydell-Pearce (2000) describieron como “construcciones mentales dinámicas y transitorias generadas desde un nivel subyacente de conocimiento base”.

Este modelo incluiría tres niveles de representación dentro del conocimiento autobiográfico base. Numerosos autores (Anderson y Conway, 1993; Conway, 1996; Conway y Rubin, 1993; Lancaster y Barsalou, 1997; Schooler y Hermann, 1992; Treadway, McCloskey, Gordon, y Cohen, 1992) han identificado dichos tres niveles de representación en esta jerarquía: periodos de vida; eventos generales; y eventos de conocimiento específico (ESK).

Con el fin de comprender los diferentes niveles de especificidad, se expone el siguiente ejemplo de recuerdo extraído de Conway (1996):

“Mi recuerdo transcurre durante la declaración de la segunda guerra mundial, en septiembre 1939, ocurrió cuando yo tenía 6 años y 6 meses. Guardo la clara imagen de mi padre de pie frente al jardín en nuestra casa agitando una estaca de bambú del jardín, como si fuera un péndulo, al son de las campanas del reloj, mientras escuchaba la radio que anunciaba la noticia. Extrañamente, en ese momento tuve la impresión de que el resto de vecinos también estaban en sus jardines escuchando la radio, y aunque mi padre sólo estaba haciendo el tonto con la estaca, la sensación que guardo del recuerdo es de aprensión y ansiedad. Nunca he compartido este recuerdo con nadie y rara vez he pensado en él”.

En el ejemplo anterior se especifica el periodo de vida “Cuando tenía 6 años” y se asocia con características de dicho periodo (mi padre, los vecinos, la radio, etc.). El evento general sería “jugando en el jardín”, y además también se nombran detalles del conocimiento específico (el balanceo de la estaca de bambú, las campanadas del reloj y el

sentimiento de ansiedad). Este patrón que interrelaciona diferentes niveles de conocimiento autobiográfico construido en un mismo recuerdo es muy característico de los recuerdos autobiográficos específicos (Conway, 1996, y Barsalou, 1988), y es menos probable observar únicamente un tipo de conocimiento autobiográfico. Todo lo contrario, detalles ESK suelen estar contextualizados en un evento general que a la vez está asociado con uno o más periodos de vida que localizan el conocimiento más específico dentro del conjunto de la memoria autobiográfica de un individuo.

A continuación, se explican los diferentes tipos de conocimiento autobiográfico en función de su nivel de especificidad.

a. Periodos de vida.

Los periodos de vida, como pueden ser “cuando iba a la escuela”, “cuando iba a la universidad”, “cuando trabajaba en”, “cuando vivía con”, representa un conocimiento general sobre lugares, acciones, actividades, planes o metas característicos de un periodo concreto. Los periodos de vida suelen tener un comienzo y un final, aunque a veces no estén claros o sean difusos. El contenido de un periodo de vida representa un conocimiento temático sobre hechos comunes de dicha etapa (Conway, 1992, 1996; Linton, 1986), además de un conocimiento claro de la duración del periodo. Para en cada etapa cronológica puede haber sin embargo diferentes periodos de vida. Por ejemplo, el periodo “cuando vivía con...” puede solaparse con el periodo “cuando trabajaba en...”, pero la información de cada periodo puede referirse a partes diferentes del conocimiento autobiográfico base (Barsalou, 1988; Brown, Shevell y Rips, 1986; Conway y Bekerian, 1987; Lancaster y Barsalou, 1997; Linton, 1986). Los periodos de vida nos resultan muy útiles a la hora de localizar eventos generales y específicos, por lo que se consideran “el esqueleto de los recuerdos autobiográficos” (Latorre et al., 2003).

b. Eventos generales.

Los eventos generales se miden en días, semanas y hasta meses y son más específicos y más heterogéneos que los periodos de vida. Representan conocimientos sobre metas, logros y temas personales referidos a eventos específicos. Robinson (1992) plantea que los eventos generales pueden representar conjuntos de eventos asociados y abarcar una serie de recuerdos vinculados unos a otros por el tema. Además, afirma que existe una

organización concreta dentro del conjunto total de eventos generales de forma que pequeños grupos de recuerdos temáticamente relacionados y que se refieren a un periodo relativamente determinado de tiempo, forman una estructura de conocimiento concreta a este nivel en el conocimiento autobiográfico base. Barsalou (1988) afirma que los eventos generales contribuyen a formar el autoconcepto, ya que está compuesto por hechos, información y situaciones que ayudan a determinar la naturaleza de uno mismo. Los eventos generales, según diversos autores (Barsalou, 1988; Conway y Bekerian, 1987; Williams, 1996) pueden dividirse en dos tipos de recuerdo: los recuerdos extendidos y los categóricos. Los primeros representan periodos determinados de tiempo, por ejemplo, cuando alguien recuerda unas vacaciones que pasó en un sitio concreto. El segundo tipo corresponde a hechos o recuerdos que se agrupan en una misma categoría porque se repiten, como podrían ser personas, lugares y actividades, ya que están temáticamente relacionados y se refieren a un periodo relativamente determinado de tiempo; un ejemplo sería “las noches de los viernes en el bar de siempre”. Este tipo de recuerdos suelen confundirse con recuerdos “puramente” específicos, y protagonizan los errores que se suelen cometer cuando se pide a los sujetos que aporten un recuerdo específico. Cabe destacar que ambas categorías son funcionalmente independientes. Es decir, los sujetos que tienden a responder con una determinada categoría no lo suelen hacer con la otra. Esto ocurre porque las señales que activan un tipo de categoría no activan otras. Además, cada categoría se asocia con diferentes variables, como puede ser el periodo en el que los eventos son recordados, la frecuencia, la emotividad y la valencia de los eventos (Mark, Williams y Dritschel, 1992).

Es importante subrayar que los eventos generales parecen ser los puntos naturales de acceso a nuestros recuerdos autobiográficos y es probable que esto se deba a que son fácilmente accesibles, ya que han sido reforzados por la repetición (Serrano, 2002)

c. Eventos específicos (ESK).

El tercer nivel corresponde a eventos específicos, que hacen referencia a periodos de tiempo medidos en segundos, minutos u horas. De acuerdo con Williams et al. (2007), los eventos específicos difieren de los eventos generales y de los periodos de vida en que éstos están formados por recuerdos concretos y únicos (con detalles sensorio-perceptivos) y generalmente incluyen visualización del recuerdo, en lugar de experiencias abstractas o

poco definidas. Sin embargo, los tres niveles de conocimiento específico están conectados ya que los detalles específicos se contextualizan dentro de un evento general, que a su vez, está asociado a uno o más periodos de vida.

Estos recuerdos pueden considerarse como un sistema mnésico separado, según lo demuestran los estudios basados en personas con lesión cerebral, estos sujetos pueden acceder exclusivamente a este tipo de conocimiento autobiográfico y no a los demás (Conway, 1993). También es importante destacar los resultados de diversos estudios con casos de amnesia retrógrada, seguida de daño cerebral, donde el acceso al conocimiento autobiográfico específico está limitado, mientras que el acceso a los eventos generales y los periodos de vida permanece intacto (revisiones en Conway y Fthenaki, 2000; Nadel y Moscovitch, 1997).

Los eventos de conocimiento específico (ESK) tienden a estar formados por contenido sensorial y frecuentemente aparecen en forma de imágenes. Así pues, esta imaginación (capacidad para traer imágenes a la mente sobre el evento), es un buen predictor de la especificidad del recuerdo (Latorre et al., 2003). Un estudio de Williams, Healy y Ellis (1999) con palabras clave, aporta las siguientes conclusiones acerca de la especificidad del recuerdo en relación a la imaginación. Primeramente, las palabras que dan lugar a altos niveles de imaginación ayudan a la evocación de recuerdos más específicos, en comparación con las que producen menor grado de imágenes visuales. En segundo lugar, pero en línea con la primera conclusión, la imaginación visual y (en menor grado) la auditiva son predictores significativos de la especificidad de memoria en el recuerdo. Según este estudio, las imágenes representan información resumida del recuerdo autobiográfico y esta información puede ser utilizada para dirigir los procesos de búsqueda en la memoria para la recuperación de recuerdos.

Esto es, las imágenes visuales contienen grandes niveles de información sobre un evento determinado, y dicha información facilita el acceso a otros eventos y temas relacionados. Así, este tipo de información puede ser empleada como una fuente de señales eficaces para poner en marcha los procesos de búsqueda en la memoria, al facilitar múltiples rutas de acceso a los diferentes niveles de la jerarquía de la memoria autobiográfica (Marschark, Richman, Yuille y Reed Hunt, 1987; Marschark y Surian, 1989). De este modo,

una palabra clave que sea capaz de producir altos niveles de imaginación, facilitará la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos ya que establece vínculos entre los eventos generales y los eventos específicos, actuando así como un índice para dirigir el ciclo de recuperación.

Figura 11. Proceso jerárquico en la recuperación generativa (adaptado de Williams et al., 2007)



Tal y como se observa en la figura 11, el recuerdo específico es el último en recuperarse siguiendo el orden jerárquico, puesto que primeramente se accede a un nivel más general. Además, se ha demostrado que los recuerdos que más se evocan suelen ser eventos generales (extendidos o categóricos) (Burgues y Shallice 1996; Conway y Haque, 1999), a pesar de que los periodos de vida puedan parecer el nivel más fácil de acceso. Conway (1996) respalda esta idea afirmando que los eventos generales son el nivel predilecto de entrada en el conocimiento autobiográfico base cuando lo que se pretende es recordar un evento específico. De hecho, varios estudios demuestran que se necesita más tiempo en acceder a los recuerdos específicos que a recuerdos más generales como periodos de vida o recuerdos extendidos (Conway, 1996; Burgues y Shallice, 1996). Por estos motivos, el acceso al recuerdo autobiográfico es generalmente más lento que otro tipo de recuerdos, debido a la complejidad de sus procesos, ya que cuando las personas rememoran recuerdos autobiográficos, estos tres elementos suelen aparecer juntos y entremezclados, aunque en la memoria están jerárquicamente ordenados en lo que se refiere al acceso al recuerdo (Latorre et al., 2003). Sin embargo, es importante destacar que cada nivel de la jerarquía tiene acceso a los otros niveles, facilitándose así la recuperación de estos u otros recuerdos

(Conway y Bekerian, 1987; Barsalou, 1988; Williams y Scott, 1988; Mark et al., 1992; Williams, 1996). Es decir, la recuperación de recuerdos específicos está mediada por intentos cíclicos de recuperación hasta que se accede al recuerdo apropiado. Los sujetos consiguen un recuerdo específico primero accediendo a un evento general, y después bajando progresivamente al nivel de eventos específicos (Conway y Rubin, 1993). De este modo, para lograr alcanzar un recuerdo específico, se accede generalmente desde el nivel 2 “eventos generales”, pero también desde el nivel 1 “periodo de vida” e incluso a raíz de un “recuerdo específico” del nivel 3 que nos evoque dicho recuerdo.

Por último, se puede concluir que en la memoria autobiográfica el proceso de recuerdo es multimodal, es decir, además de poseer un carácter narrativo, también transcurre con imágenes y emociones. Además, los recuerdos almacenados están interconectados, y pueden integrarse entre sí bien en el mismo momento de recordar, pero también con la repetición del recuerdo a través del tiempo en diversas narraciones (Squire, 1992; Squire y Zola-Morgan, 1991). Por tanto, tal y como afirma Conway et al. (1994) cada recuerdo puede servir como clave para una búsqueda diferente.

5. Acceso al recuerdo autobiográfico: perspectiva desarrollista.

De un modo similar al planteamiento de acceso a la M.A. a través de la jerarquía por niveles de especificidad, se plantea un enfoque diferente a partir de una perspectiva desarrollista, basado en el estudio de narrativas personales a lo largo del ciclo vital, como técnica de estudio de la M.A (Bluck y Habermas, 2001).

Las historias de vida, de acuerdo con McAdams (1985, 1987, 1990, 1999), no solo contienen eventos importantes aislados, sino que esos eventos están vinculados entre si para crear narrativas extendidas. En esta línea, los recuerdos autobiográficos específicos deben de ser vistos como bloques incluidos dentro de una historia de vida más amplia, pero no son capaces por ellos mismos de describir una vida. Así pues, las historias de vida le dan al sujeto un sentido de identidad propio, a través de una narrativa basada en la coherencia

que integra experiencias del pasado con pensamientos del presente y metas futuras.

Las investigaciones basadas en las historias de vida se centran en cómo los individuos recuerdan y reinterpretan con el objetivo de crear narrativas de su vida. Así pues, pueden distinguirse tres niveles de organización en las narrativas de vida: los eventos específicos, los dominios en periodos de vida y la historia de vida en general. Tal y como plantean Singer y Bluck (2001), el análisis de estas narrativas debe hacerse evaluando primeramente el procesamiento narrativo, que consiste en valorar la tendencia a crear unidades de pensamiento que utilicen imaginación visual, argumentos secuenciales y motivaciones personales, y posteriormente se analiza el carácter del recuerdo autobiográfico, que implica la interpretación y evaluación de las experiencias recordadas y narradas.

Robinson y Taylor (1998) también apoyan la idea de que las narrativas de vida son el mayor nivel de organización posible de la memoria autobiográfica. En esta línea, la M.A. contendría un amplio rango de información y experiencias personales, mientras que las narrativas de vida estarían formadas por unidades temporales y temáticamente organizadas del recuerdo autobiográfico, que forman parte de la propia identidad o auto-concepto y que son mucho más generales y abstractas si las comparamos con recuerdos personales aislados y episódicos. Además, cabe destacar que, aunque los individuos son capaces de recordar cientos o miles de eventos específicos de su pasado personal, no todos los recuerdos son tomados en valor según el criterio de uno mismo y por tanto no todos son incluidos en una historia de vida.

Autores como Fivush y Haden (2003), añaden al respecto que el lenguaje y por ende las narrativas de vida son elementos cruciales que vinculan la memoria con el self, siendo la única vía posible para combinar ambas. Así pues, la narrativa autobiográfica es la forma en la que se organiza y se comprende la experiencia e implica la formación de relaciones temáticas y temporales ligadas por el significado personal y la valoración subjetiva de los recuerdos. Esta visión de la autobiografía es concordante con la que proponen Thompson, Skowronski, Larsen y Betz (1996), quienes defienden además que en el recuerdo autobiográfico existe una diferencia crucial entre el recuerdo de algo concreto y el recordar cuándo tuvo lugar dicho evento, planteando las siguientes ideas:

- a) El recuerdo para el contenido de los eventos varía con el tiempo y pasa de ser

básicamente reproducido (basándose en la evocación) a ser reconstruido (basándose en el conocimiento de la estructura del tipo de evento y en las características de los individuos, objetos y lugares implicados). Así pues, se considera que con el paso del tiempo es necesario reconstruir los detalles que se han olvidado.

- b) El recuerdo para el momento temporal en el que tuvo lugar un evento es siempre reconstructivo ya que no existe un registro automático de memoria para el eje del tiempo. Por ello, los sujetos han de recurrir a estrategias reconstructivas como puede ser el uso de esquemas temporales o el uso de fragmentos de información del recuerdo del evento que puedan ayudar a situarlo en el tiempo (Burt, 1992; Larsen y Thompson, 1995; Thompson et al., 1996).
- c) Los eventos que se codifican en un esquema de significados personales se recuerdan más fácilmente que los eventos que le ocurren a otras personas. Esto ocurre por la facilidad a la hora de asociar este evento al esquema ya existente. Así pues, el esquema del self proporciona un contexto rico en significados para codificar y organizar nuevas informaciones.

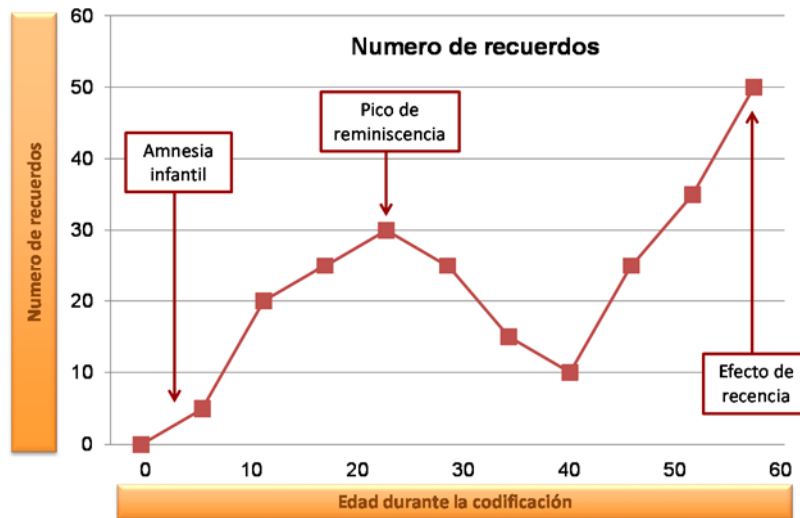
Esta propuesta también supone la existencia de esquemas temporales de organización jerárquica de la memoria autobiográfica, que se suman a los esquemas temáticos (Thompson et al., 1998; Dijkstra y Kaup, 2005).

6. Localización de los recuerdos autobiográficos a lo largo del ciclo vital.

Uno de los aspectos más curiosos del sistema de memoria autobiográfica es que los adultos son incapaces de recordar eventos que tuvieron lugar en torno a los 3 años de edad, un fenómeno conocido como amnesia infantil (Pillemer y White, 1989). Además, la curva del recuerdo autobiográfico también se caracteriza por mostrar un pico de recuerdo en la etapa de juventud (bump de reminiscencia) y por mostrar un efecto de recencia en la etapa de vida

reciente. Estos tres puntos clave se explican a continuación.

Figura 12. Distribución del recuerdo autobiográfico a lo largo del ciclo vital.



a) Amnesia infantil.

Los recuerdos de los primeros años de la vida son prácticamente inexistentes, hecho que se conoce como amnesia infantil. En general se considera que esta ausencia de recuerdos se debe a que hasta los cinco años no acaban de desarrollarse aquellas estructuras cerebrales que permiten codificar y almacenar los recuerdos. Todas las personas presentan una ausencia casi total de recuerdos procedentes de los primeros años de vida (Pillemer y White, 1989). De hecho, la distribución de recuerdos en este periodo se puede ver como una función exponencial en la que el número de recuerdos decae rápidamente con la disminución de la edad del sujeto en el momento de la codificación (Wetzler y Sweeney, 1986). Es por esto que en la figura 6 se observa una cantidad muy limitada de recuerdos para dicho periodo.

Sin embargo, es un misterio saber qué es lo que hace que se desarrolle el sistema de memoria. Diferentes teorías postulan que se debe a causas neuronales (Nelson, 1995), cognitivas (Perner y Ruffman, 1995; Welch-Ross, 1995), y sociales (Nelson, 1996). A continuación, se profundiza en dichos factores que contribuyen a desarrollar la memoria autobiográfica en el marco de un año y medio y a los dos años y medio de edad, durante el periodo de amnesia.

Teóricos del desarrollo del Self (Howe y Courage, 1993, 1997) han propuesto que la

amnesia infantil no se debe a un déficit en la memoria en sí. Estudios recientes han demostrado que los niños pueden retener recuerdos durante largos periodos de tiempo (Bauer, Hertzgaard, y Dow, 1994; Rovee-Collier y Hayne, 1987). Howe y Courage (1993), plantearon que es la ausencia de un marco de referencia personal lo que imposibilita que los recuerdos sean almacenados como autobiográficos, lo que produce dicha amnesia. Estos autores creen que la emergencia del Self cognitivo durante el segundo año de edad, comúnmente medido con el test del auto-reconocimiento del espejo (Lewis y Brooks-Gunn, 1979), es esencial para el desarrollo de dicho sistema organizacional. Una vez el niño logra desarrollar el Self cognitivo, dicho self se convierte en una categoría para organizar aquellos recuerdos relacionados con uno mismo, de la misma manera que otras categorías permiten al niño organizar la información retenida. La habilidad de los niños para hacer uso de las características del self, conjuntamente con el incremento de la habilidad para retener los recuerdos almacenados, da como resultado el desarrollo del sistema de memoria autobiográfica, a partir de los tres años en adelante.

Por el contrario, otro grupo de autores han centrado sus estudios en el papel que juega la interacción social en el desarrollo del sistema de memoria autobiográfica (Fivush y Reese, 1992; Hudson, 1990; Nelson, 1993). Una de las funciones primarias de la M.A. es desarrollar una historia de vida que nos permita contar a otros quienes somos, en relación a nuestras experiencias pasadas (Fivush, Haden, y Reese, 1996).

Teóricos especializados en la interacción social proponen que, cuando los padres hablan sobre el pasado con otros adultos, los niños aprenden dos cosas: una, a contar experiencias pasadas y otra aprenden las funciones sociales que conlleva hablar del pasado. Un gran número de estudios ha señalado que los niños de entre dos años y dos años y medio son capaces de hablar sobre eventos novedosos específicos que les ha ocurrido con sus padres o con otros adultos, y estos niños toman más conciencia de la responsabilidad de esas conversaciones cuando se hacen mayores. (Eisenberg, 1985; Fivush, Gray, y Fromhoff, 1987; Hudson, 1990). No obstante, aunque los niños comienzan a iniciar conversaciones sobre experiencias pasadas a temprana edad (Hudson, 1990; Sachs, 1983), no es hasta los tres años cuando comienzan a adquirir la habilidad de usar la narración de una historia como manera de contar esos eventos (Fivush, Haden, y Adams, 1995).

b) El bump de reminiscencia.

De los 10 a los 30 años disponemos de una gran cantidad de recuerdos y, de hecho, es el período de la vida que mejor se recuerda. La investigación evidencia que los recuerdos que más evocan las personas adultas mayores son los que tuvieron lugar durante su adolescencia y adultez temprana (Rubin, Rahhal y Poon, 1998). Estos autores llegaron a tales conclusiones a través de un trabajo de re-análisis de datos de diversos estudios sobre la localización de recuerdos autobiográficos mediante la utilización de técnicas de palabras clave. Los resultados muestran que cuando se les pide a los sujetos que narren recuerdos de sus vidas sin restricciones con respecto al momento temporal o al contenido, se observa un aumento muy notorio en cuanto a los recuerdos pertenecientes a la etapa de la adolescencia y la adultez temprana, resultado que tiene sentido dado que la mayoría de los acontecimientos relevantes de la vida de una persona tuvieron lugar en esa etapa como, por ejemplo, el primer amor, el primer trabajo, la boda o, en muchos casos, la emigración a otros pueblos. Este pico o bump de reminiscencia, tal y como lo acuñó Rubin, Wetzler y Nebes (1986), ha sido demostrado y ampliamente estudiado en numerosos estudios de memoria autobiográfica, basados en diferentes técnicas: palabras clave, pidiendo a sujetos sus recuerdos más importantes, narrativas de vida, etc.

Un estudio reciente ha mostrado que el bump de reminiscencia se observa únicamente con respecto a recuerdos positivos, pero no con aquellos recuerdos más tristes o traumáticos (Berntsen y Rubin, 2002). Estos autores compararon diferentes modelos teóricos que planean porqué el bump solo se observa en recuerdos positivos. La explicación que daban estos autores se basaba en lo que ellos apodaron “guion vital”. De acuerdo con el modelo del guión vital, los recuerdos más felices están registrados como frecuentes en la adolescencia tardía y en la adultez temprana (años del bump) mientras que los eventos negativos no forman parte del guion vital, y por tanto, no se esperan en una etapa particular del ciclo vital (Rubin y Berntsen, 2003).

Otro planteamiento desde el cual se explica el Bump de reminiscencia es el modelo de desarrollo vital. Según esta teoría, el bump se formaría partiendo de los eventos relativos a la edad. Estos eventos ocurren en una etapa vital concreta ya sea por razones biológicas (pubertad) o culturales (inicio escolar) y son recordados por la mayoría de individuos

independientemente de la edad del presente, y por tanto, produce patrones de recuerdo como puede ser un efecto bump de recuerdo. Por ejemplo, en la etapa acorde al bump de reminiscencia ocurre la transición de la juventud a la adultez en términos de desarrollo evolutivo (Havighurst, 1952; Levinson, 1986). Esta fase implica una serie de toma de decisiones sobre distintos aspectos relevantes como puede ser la educación, la carrera, la elección de la pareja, o los primeros hijos.

Estas decisiones establecen el escenario para el desarrollo vital posterior (Arnett, 2000). Aun cuando ocurren cambios posteriores a las decisiones iniciales (por ejemplo, el divorcio), la decisión original sigue influyendo en la vida de uno, y los resultados reflejan las decisiones tomadas en la adultez joven. Esta fase del desarrollo requiere que los individuos tomen el control de sus vidas. Aunque el control percibido es, en general, una fuente de afecto positivo (Bandura, 1997; Lachman y Firth, 2004), la percepción de control es relativamente baja en la infancia, aumenta en la adolescencia, y se mantiene estable en la mayor parte de la edad adulta (Heckhausen, 1997).

En estudios donde se les ha preguntado a adultos jóvenes cuales son los criterios que consideran claves para el paso a la adultez, estos destacan “aceptar responsabilidades de uno mismo y “tomar decisiones independientes” como los criterios más importantes (Arnett, 2000; Glück y Bluck, 2007). Por lo tanto, las tareas de desarrollo de la adultez emergente junto con la evidencia empírica con respecto a la percepción de control, sugieren que la edad adulta no es simplemente un momento de acontecimientos felices, si no que se trata de una época relacionada con ejercer control sobre la vida de uno con respecto a las opciones de vida, aspecto que en general, genera sensaciones positivas. Por lo tanto, según el modelo de desarrollo vital, solo los eventos positivos que sean percibidos como control se mostrarán en el bump de reminiscencia.

Glück y Bluck (2007) van un paso más allá y plantean un modelo que, además de tener en cuenta el guion de eventos positivos, también contemple la importancia que le da el individuo a determinados eventos en función de su desarrollo. Así pues, los eventos recordados no solo serían relevantes en el momento en que ocurrieron, sino que también son vistos como influyentes en la actualidad. La influencia que ejercen los eventos del pasado en la actualidad se conoce como coherencia causal (Bluck y Habermas, 2000). Los

eventos no se convierten en parte del bump reminiscencia sólo porque se percibieron como importantes en el momento en que ocurrieron, sino porque son ahora percibidos como importantes. Es decir, que se perciben como influyentes para el desarrollo del individuo de manera que, cuando se piensa en el pasado, estos eventos son más propensos a ser recordados.

c. Efecto de recencia.

El último fenómeno que se presenta en la curva del recuerdo autobiográfico es el “efecto de recencia”. Este efecto hace referencia a aquellos recuerdos de eventos que tuvieron lugar en los últimos años vividos, es decir, los recuerdos más recientes de una persona. Conforme pasa el tiempo, los recuerdos “recientes” pasan a ser “remotos”, y con ello pierden calidad (Ebbinghaus, 1964). Este hecho puede observarse en la figura 6, desde el punto de recencia hacia atrás, el número de recuerdos es menor a medida que se intenta recordar tiempos anteriores. Por ejemplo, si la persona tiene 60 años recordará mejor cuando tenía 55, que cuando tenía 50, y a su vez recordará mejor cuando tenía 50 que cuando tenía 45. Este efecto no varía con la edad.

Este planteamiento sería contrario a la conocida Ley de Ribot (1981) según la cual, la memoria remota se preserva en la memoria más tiempo que la reciente (Moscovitch y Winocur, 1992), mostrando así un gradiente de pérdida que iría de más recuerdos remotos a menos recuerdos actuales. Si bien es cierto, este gradiente de pérdida solo se ha observado en sujetos que padecen ciertas patologías neurodegenerativas como puede ser la Enfermedad de Alzheimer (EA) en fases avanzadas, y aun así, los resultados son contradictorios según el tipo de memoria que se esté tomando, ya sea una puntuación total de M.A., o teniendo solo en cuenta el componente autobiográfico episódico o semántico. Algunos autores como Hou, Miller y Kramer (2005), Piolino et al. (2003) o Meléndez, Redondo, Torres, Mayordomo, y Sales (2016), apoyan en sus estudios que sí que existe gradiente temporal de pérdida de memoria en lo que respecta a la memoria semántica en pacientes con EA moderados y severos. No obstante, estos descubrimientos no pueden ser considerados inequívocamente como el Gradiente de Ribot ya que el comienzo del deterioro de la enfermedad puede coincidir con la formación de nuevas memorias de este periodo vital, por lo que dichas memorias nunca llegaron a crearse.

7. Bases neuropsicológicas del recuerdo autobiográfico.

En las últimas décadas se han multiplicado los estudios acerca de las bases neurológicas implicadas en la memoria autobiográfica, tal y como recogen en su artículo Piolino et al. (2004). Éste hecho ha permitido una identificación más fiable de aquellas regiones cerebrales involucradas en la codificación, el almacenamiento y la recuperación del recuerdo autobiográfico.

Estos autores señalan que numerosas investigaciones han descrito el sustrato neural de la memoria autobiográfica, haciendo uso de técnicas de tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética funcional, entre otras, con el fin de revelar qué zonas cerebrales se activan durante la evocación de recuerdos autobiográficos, en función de las características del material o el tiempo de retención. En esta línea, cabe destacar que una gran mayoría de investigaciones neuropsicológicas han demostrado en sus estudios una co-activación de áreas fronto-temporales como la amígdala, el hipocampo y el giro frontal inferior derecho, tal y como se puede observar en la figura 7 (Greenberg, Rice, Cooper, Cabeza, Rubin y LaBar, 2005).

Figura 13. Activación cerebral durante la evocación de recuerdos autobiográficos (Greenberg et al., 2005).

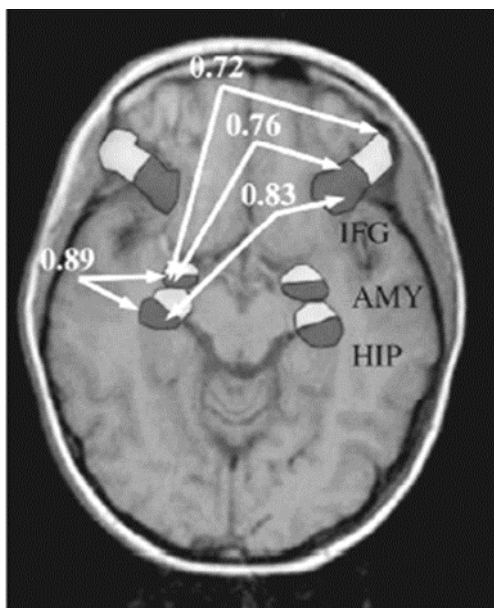


Ilustración de los resultados del análisis correlacional de los patrones de activación cerebral durante la evocación de los recuerdos autobiográficos.

Las subregiones anteriores se indican con sombra gris clara y las subregiones posteriores con gris oscuro para efectos de visualización.

Los valores numéricos entre áreas corresponden a los coeficientes de correlación de Pearson ($p < 0,01$).

AMY = amígdala; HIP = hipocampo; IFG = girofrontal inferior.

Uno de los estudios más relevantes y que abordan más detalladamente las regiones cerebrales asociadas a memoria autobiográfica es el realizado por Gilboa en 2004. Este autor

realizó un meta-análisis sobre los resultados de distintas investigaciones basados en técnicas de neuroimagen con el fin de aclarar si la memoria autobiográfica y la memoria episódica son la misma. Así pues, a través de un análisis exhaustivo de los estudios existentes selecciona aquellos de mayor rigurosidad metodológica. Curiosamente, estos trabajos coinciden en reportar la activación de las estructuras mediales del lóbulo temporal, regiones del hipocampo y zonas prefrontales durante tareas de recuerdo autobiográfico. Este autor, a través de su investigación logra determinar las principales diferencias en los patrones cerebrales que se activan en el recuerdo puramente episódico y el recuerdo autobiográfico. Y es que, a pesar de que existen similitudes en los patrones, la memoria autobiográfica parece basarse en la activación del córtex prefrontal ventromedial primordialmente izquierdo (ausente en tareas de memoria episódica), mientras que los estudios sobre memoria episódica muestran activación del córtex prefrontal dorsolateral derecho (que se reporta escasamente en los estudios de memoria autobiográfica revisados). En este sentido, se propone que la activación del córtex prefrontal ventromedial se asocia al procesamiento de la información referida al sí mismo, a la toma de decisión en condiciones de incertidumbre cuando muchas respuestas podrían darse (recuerdo libre por ejemplo) y a los procesos de monitoreo para brindar un sentimiento de veracidad. Todos estos procesos convergen en la memoria autobiográfica (Gilboa, 2004).

Un meta-análisis similar al realizado por Gilboa (2004) fue el realizado dos años después por Svoboda, McKinnon y Levine (2006), donde analizaban 24 estudios con técnicas de neuroimagen con el fin de identificar las regiones cerebrales implicadas en la M.A. Estos autores defienden que las tareas de recuerdo autobiográfico, además de la propia evocación del recuerdo, implican una serie de operaciones paralelas que incluyen procesos auto-reflexivos, emociones, imaginería visual, atención, función ejecutiva y procesos episódicos y semánticos. Así pues, destacan que la naturaleza de la memoria autobiográfica es heterogénea y que se sustenta en: a) una red nuclear de regiones laterales izquierdas que incluyen las zonas prefrontales mediales y ventrolaterales, las zonas temporales mediales y laterales, el córtex cingulado retrosplenial posterior, la conjunción temporoparietal y el cerebelo; b) la activación de regiones secundarias y terciarias que se reportan con menos frecuencia; c) redes neurales diferenciales para los componentes episódicos y semánticos de la memoria autobiográfica.

Centrándonos ahora en la consolidación de la memoria autobiográfica a largo plazo, Nestor, Graham, Bozeat, Simons y Hodges (2002) han investigado dos modelos en los que pone en evidencia el rol del complejo hipocámpico en función de los dos componentes diferenciados de recuerdo autobiográfico (episódico y semántico): por un lado el Modelo de Consolidación Estándar (SCM) y por otro la teoría de la huella múltiple (Multiple-Trace Model). Según distintos autores (Levine, Turner, Tisserand, Hevenor, Graham y McIntosh, 2004; Maguire, 2001) los dos tipos de recuerdo autobiográfico están sustentados en diferentes regiones cerebrales, sin embargo, ambos coinciden en que el hipocampo es substancial a la hora de codificar las memorias autobiográficas.

De acuerdo con el Modelo de Consolidación Estándar (SCM), el almacenamiento de los dos tipos de memoria (episódica y semántica) tiene lugar en el hipocampo, más concretamente, en el lóbulo temporal medial (MTL) pero solo permanece ahí durante un tiempo limitado. Más adelante, dicho recuerdo pasa a las redes corticales donde quedará consolidado, pasando de recuerdo reciente a remoto (Álvarez y Squire, 1994). Así pues, este modelo plantea que el hipocampo ejerce un papel fundamental en la adquisición y evocación de recuerdos recientes, pero no es necesaria su participación para la evocación de eventos episódicos personales remotos y, por tanto, predice que toda memoria remota (tanto episódica como semántica) se mantendrá en nuestro recuerdo tras una atrofia en el hipocampo, siempre y cuando este recuerdo se haya consolidado en las redes corticales del cerebro. Por otro lado, los recuerdos más recientes y que, por lo tanto, todavía permanecen dependientes del hipocampo, se perderán (Álvarez y Squire, 1994; Shimamura, 2002). Este hecho desencadenará en un gradiente temporal de pérdida de memoria, conocido como Gradiente de Ribot o Ley de Ribot (Ribot, 1881), que será evidente en pacientes con daño hipocámpal.

Por otro lado, la Teoría de la Huella Múltiple (MTT) coincide en que el hipocampo desempeña un rol esencial y permanente en la evocación de la memoria autobiográfica independientemente de la antigüedad del recuerdo (Nestor et al., 2002), siendo más concretamente, la memoria autobiográfica episódica la que permanece de manera permanente en las conexiones cortico-hipocámpales, mientras que la memoria autobiográfica semántica se encuentra temporalmente almacenada en el hipocampo (o

lóbulo temporal medial), para ser transferida finalmente a las redes corticales (Nadel y Moscovitch, 1997; Shimamura, 2002). Según este modelo, las memorias episódicas remotas poseen trazos múltiples distribuidos en el lóbulo temporal medial que se asocian por la actividad hipocámpica y, aquellos recuerdos evocados de manera repetida, poseen un ensamble más estable. Por tanto, supone que la activación del lóbulo medial temporal es necesaria para la memoria episódica durante toda la vida mientras que la memoria semántica se independiza de su actividad (Steinvorth, Levine y Corkin, 2005). Siguiendo este argumento, la memoria autobiográfica episódica no debería mantenerse tras una atrofia severa en el hipocampo porque este tipo de memoria se “aloja” en complejo hipocampal. En contraste, la memoria remota-semántica debe mantenerse tras la atrofia ya que ésta permanece independiente del hipocampo y se aloja en las redes corticales (Barnabe, Whitehead, Pilon, Arsenault-Lapierre y Chertkow, 2012).

Por lo tanto, la teoría de la huella múltiple sugiere que el grado de pérdida de la memoria remota depende del grado de daño en el MTL o hipocampo y del tipo de memoria que se esté investigando (Nadel y Moscovitch, 1997; Nadel, Winocur, Ryan y Moscovitch, 2007), es decir la memoria autobiográfica episódica, sea remota o reciente se perderá, al igual que la semántica reciente, por ser dependiente del hipocampo, mientras que la memoria semántica remota, al estar fijada a las redes corticales se mantendrá. Consistentemente con lo mencionado, Fujii, Moscovitch y Nadel (2000), revisando la literatura de pacientes con lesiones focales, notaron que la parte episódica de la memoria autobiográfica se iba deteriorando, sobre todo cuando la lesión se encuentra en los lóbulos temporales mediales, mientras que la memoria remota semántica no se ve afectada hasta que la lesión se extiende a la corteza lateral.

En este sentido, una buena manera de comprobar cuál de estas teorías es más consistente con la realidad es partiendo del estudio de individuos con enfermedades neurodegenerativas como enfermos de Alzheimer (EA) o pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, donde es evidente la pérdida de volumen en el hipocampo y la corteza entorinal (Devanand et al., 2007; Du et al., 2001). Este hecho puede asociarse con las diferencias encontradas en el recuerdo autobiográfico episódico y semántico en este tipo de muestra. En pacientes con DCL, la pérdida de volumen hipocampal es intermedia entre personas

mayores sanas y personas mayores con DA (Devanand et al., 2007).

Algunos autores han puesto a prueba estas dos teorías con el fin de valorar cuál de las dos se asemeja más a la realidad. Uno de los ejemplos es el estudio llevado a cabo por Ivanoiu, Cooper, Shanks y Venneri (2006), quienes investigaron la memoria autobiográfica en sujetos con demencia tipo Alzheimer, analizando el recuerdo libre y con claves, y encontrando que el déficit es diferencial según los componentes episódicos y semánticos. Por ende, estos autores concluyen a favor del modelo de huella múltiple tras observar que el deterioro es más notorio en los componentes episódicos, mientras que los componentes semánticos se mantienen relativamente.

Aun así, autores como Nestor et al. (2002) afirman que no existe evidencia concluyente para aceptar o descartar ninguno de estos modelos ya que en ambos es evidente que la alteración progresiva del lóbulo temporal (tal y como ocurre en la EA), supone invariablemente en etapas avanzadas de la enfermedad, déficits severos en la evocación de la memoria autobiográfica en sus componentes episódicos y semánticos.

Otros estudios, como el llevado a cabo por Steinvorth et al. (2005), se han centrado en el papel de las estructuras mediales del lóbulo temporal afirmando que su activación es imprescindible para evocar un recuerdo autobiográfico, más concretamente si se trata de recuerdos específicos (M.A. episódica), tanto del pasado reciente como remoto. A través de dos estudios de caso con pacientes con amnesia y con lesiones bilaterales del LTM dieron cuenta que los recuerdos episódicos remotos, en comparación con los semánticos, se mostraban mucho más deteriorados, aspecto que concuerda con la teoría de la huella múltiple. En esta línea, concluyen que lo primero que se deteriora es el recuerdo episódico, manteniéndose en la memoria los eventos más generales y eventos personales relativos a los periodos de vida, eventos que se preservan con una cierta independencia tras su consolidación.

Para concluir este apartado, destacar las conclusiones del estudio realizado por Addis, Moscovitch, Crawley y McAndrews (2004), quienes a través del uso de técnicas de neuroimagen funcional, concluyeron que no existían diferencias significativas en los patrones de activación del hipocampo entre evocaciones de eventos autobiográficos generales/específicos y remotos/recientes, cuando éstos compartían cualidades como el

significado personal y emocional para los sujetos. En este estudio participaron 14 adultos entre 20 y 40 años Sanos a nivel neuropsicológico.

8. Efectos del envejecimiento en la memoria autobiográfica.

El estudio de la conducta en el envejecimiento ha demostrado con el paso del tiempo que existen cambios en la capacidad cognitiva conforme la edad avanza. Investigaciones longitudinales y transversales han señalado que existen declines en ciertas habilidades en el transcurso del envejecimiento, como puede ser la capacidad para codificar nuevos recuerdos, ciertos aspectos de la memoria de trabajo (como la habilidad de mantener la memoria a corto plazo en la mente a la par que manipulamos información) así como la velocidad de procesamiento (Hedden y Gabrieli, 2004). Por el contrario, habilidades como la memoria a corto plazo, la memoria autobiográfica, el conocimiento semántico o el procesamiento emocional se mantienen relativamente estables en la vejez. Este aspecto humano relacionado con el ciclo vital muestra que la edad tiene distintos efectos en los sistemas neurales que sustentan multitud de capacidades.

Comprender los cambios cognitivos asociados a la edad es esencial, además de ser todo un reto para la investigación por diferentes aspectos (Hedden y Gabrieli, 2004). Primero, porque resulta complicado separar los efectos del envejecimiento normativo de aquellos relacionados con procesos psicopatológicos que comprometen la función cognitiva. Además, la mayoría de las personas mayores experimentan cierto tipo de miedo asociado a la edad a sufrir determinadas enfermedades. Esto ocurre debido a que el envejecimiento en sí está fuertemente asociado al riesgo de padecer patologías neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer o de Parkinson, o bien otro tipo de enfermedades como diabetes, hipertensión o arterosclerosis. No obstante, aunque no exista patología la mayoría de estudios basados en personas mayores sanas también muestran cambios en el área cognitiva, aunque no de tal magnitud (Hedden y Gabrieli, 2004). Otro aspecto a destacar es que, debido a que la edad no puede ser experimentalmente manipulada, su estudio se limita

a extraer conclusiones que parten necesariamente de correlaciones. Otro aspecto a tener en cuenta es que los estudios basados en el envejecimiento suelen estar basados en comparaciones transversales entre distintos grupos de edad, con el fin de evitar el tiempo y el coste que suponen los estudios longitudinales. El número de investigaciones que han examinado cambios longitudinales a través del seguimiento de sujetos desde su adultez emergente hasta la vejez es muy limitado, aunque sí que hay un incremento en el número de estudios que han examinado cambios a partir de los 60 años de edad. Así, en un esfuerzo por crear relaciones causales con la edad, los investigadores intentaron mostrar que la edad está relacionada con algunas, pero no todas las funciones cognitivas. Aun y con todo lo que queda por avanzar, los progresos en estudios de neuroimagen han permitido mostrar cómo afecta el envejecimiento sano al cerebro (Hedden y Gabrieli, 2004).

Como el interés principal de este trabajo es el sistema mnésico, y más concretamente la M.A., centraremos el siguiente apartado en los cambios que se dan en estas capacidades cognitivas en relación a la vejez.

Con el paso de los años, la investigación científica ha señalado que el proceso de envejecimiento afecta a la memoria en general. Sin embargo, el grado de afectación es distinto, dependiendo de qué tipo de memoria se esté hablando, así como en función de la demanda de la tarea a realizar (Latorre et al., 2003). Por ejemplo, para tareas de recuerdo no estructuradas, explícitas y que supongan un esfuerzo para recordar, el déficit es mayor en función de la edad (Zacks et al., 2000). De la misma forma, también depende del tipo de recuerdo que se demande en la tarea, como veremos a continuación.

En relación a la memoria autobiográfica, la investigación señala que existe deterioro en la parte episódica de memoria autobiográfica en el envejecimiento normativo. La mayoría de estos estudios han comparado sujetos jóvenes (sobre 35 años) con sujetos mayores (Addis, Wong y Schacter, 2008; Bluck, Levine y Lauhere, 1999; Fromholt, Mortensen, Torpdahl, Bender, Larsen y Rubin, 2003; Levine, Svoboda, Hay, Winocur y Moscovitch, 2002; Piolino et al., 2010; St. Jacques y Levine, 2007), pero también hay autores (Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011a; Piolino et al., 2002) que han comparado sujetos sanos de entre 50 y 100 años y han demostrado un decline gradual en la memoria autobiográfica episódica conforme envejecemos. Concretamente, los sujetos más mayores ofrecieron menos detalles

y resultaron tener menor conciencia auto-noética que los sujetos jóvenes. En concreto, Piolino et al. (2002) señaló que hay un decline en la memoria autobiográfica episódica que se hace evidente después de los 60 años. Sin embargo, cabe destacar que los efectos de la edad pueden verse reducidos e incluso desaparecer cuando hablamos de conocimiento semántico, bien implícito, o bien como información adquirida (Hay y Jacoby, 1999; Jennings y Jacoby, 1993), material emocional (Carstensen y Turk Charles, 1994), además de aquellas situaciones en las que se ofrece apoyo para recordar (claves o reconocimientos) (Craik y Broadbent, 1983; Craik y McDowd, 1987).

En relación con lo anterior, Piolino et al. (2002) señaló que existe un almacén permanente de memoria de los recuerdos personales semánticos, en comparación con la memoria episódica, independientemente de la edad de los participantes o el intervalo de recuerdo. Esta teoría sugiere que a pesar de que en el envejecimiento el componente episódico de la M.A. (especificidad y detalles) se muestra afectado notablemente, este déficit se compensa con un aumento en las memorias semánticas (eventos generales). Esta visión es consistente con los datos recopilados por Levine et al. (2002), quienes mostraron que los adultos mayores recordaban menos detalles episódicos referentes a hechos, localizaciones, percepciones y pensamientos y más detalles semánticos que no estaban conectados con un momento particular o un lugar en concreto, en comparación con adultos jóvenes. Todos estos estudios mostraron que la M.A. episódica se deteriora más con la edad que los recuerdos semánticos, independientemente del periodo que esté siendo evaluado. Otros estudios sin embargo han mostrado resultados contradictorios, mostrando que no hay un efecto en la edad en cuanto a la habilidad de recordar detalles episódicos. (Bluck et al., 1999; Davidson y Glisky, 2002; Howes y Katz, 1992). Este descubrimiento rompe la línea de otros estudios que mostraron que la función cognitiva en general, pero más específicamente la memoria episódica (no autobiográfica) se mantiene relativamente en personas mayores sanas hasta los 55-60 años (Hedden y Gabrieli, 2004; Nilsson, 2003) aunque hay discrepancias en cuando a la edad de comienzo del decline (Howes y Katz, 1992).

El hecho de que la pérdida de detalles episódicos conduzca a una mayor producción de recuerdos semánticos puede interpretarse como un proceso de “semantización” del recuerdo autobiográfico, una forma de compensar la pérdida de detalles. Es decir, no se

pierde el recuerdo episódico si no que se semantiza (Levine, et al., 2002; Piolino, et al., 2002). Butters y Cermak (1988) y Kazui, Hashimoto, Hirono y Mori (2003) sugieren sobre este tema que la información o el evento recientemente experimentado es episódico en su naturaleza pero que, con el tiempo y la repetición, se vuelve independiente del contexto temporal y espacial en el que fue codificado y se integra en el sistema de la memoria semántica. Esto es apoyado por Greene et al. (1995) quienes aseguran que los recuerdos pueden sufrir una transición de la memoria episódica a la memoria semántica según el intervalo de retención, la repetición de eventos similares y la frecuencia de evocación.

Así mismo, este deterioro está relacionado con el déficit de especificidad de M.A. (Memoria Autobiográfica) que se sufre en la 3ª edad. Piolino et al. (2008) mostraron, con una muestra de adultos de mediana edad, una correlación significativa entre medidas del flujo sanguíneo cerebral en regiones frontales con el recuerdo espontáneo de M.A.

Estos mismos autores, dos años después, exploraron más a fondo la relación entre las funciones ejecutivas en la M.A. en personas mayores (Piolino et al., 2010). En su estudio observaron un déficit en las funciones ejecutivas asociado a la edad, concretamente en los procesos de inhibición y en procesos generativos de recuerdo, ambos procesos implicados en la M.A. episódica. Otro aspecto a destacar de este estudio es que los resultados positivos relacionados con mayores niveles de especificidad se asocian a los ítems que eran emocionalmente positivos, así como a la capacidad de reexperimentar un episodio específico asociado con un punto de vista de “campo”.

Esta cara más positiva del recuerdo muestra que, los adultos mayores pueden proporcionar cantidades similares de información esencial en tareas de recuerdo libre en comparación con adultos jóvenes (Holland y Rabbitt, 1990). Y es que los recuerdos autobiográficos de las personas mayores contienen declaraciones más elaboradas, relacionadas con pensamientos o sentimientos personales, que aquellos ofrecidos por adultos jóvenes (Hashtroudi, Johnson y Chrosniak, 1990). Además, las recolecciones autobiográficas de las personas mayores son consideradas como más interesantes y contienen más información que aquellas proporcionadas por adultos jóvenes (James, Burke, Austin y Hulme, 1998).

En esta línea, hay autores que consideran que este interés por las emociones puede

generar interferencia a la hora de focalizar la atención en otros aspectos de la situación, y explicaría la pobre ejecución al recordar detalles (Latorre et al., 2003). Un ejemplo sería el estudio de Hashtroudi, Johnson, Vnek y Ferguson (1994) quienes señalaron que la focalización afectiva disminuía el nivel de recuerdo, tanto para jóvenes como para adultos.

Siguiendo con la focalización en las emociones, hay autores que relacionan esta mayor evocación de recuerdos relevantes para uno mismo con la satisfacción con la vida en las últimas etapas del ciclo vital. Un claro ejemplo sería Erikson (1959) quien plantea en su teoría del desarrollo que en la última etapa de la vida puede aparecer un conflicto entre la integridad del yo y la desesperación. Este autor explica que la única manera de resolver esta crisis es examinando el pasado y las experiencias que han tenido lugar a lo largo de la vida, tratando de evaluar si se han logrado las metas y objetivos vitales, valorando si han obtenido satisfacción de esta vida.

Otro planteamiento similar (Butler, 1963) habla de la revisión de vida como un proceso continuo, universal y necesario que ocurre al final de la vida, donde el sujeto analiza su pasado evocando diversos recuerdos, con el fin de integrarlos o resolverlos, para lograr la integridad del yo. Estos procesos de revisión de vida se pueden dar en todas las etapas vitales, aunque generalmente es más común en la adultez tardía y vejez, debido a que en estas etapas aparecen pérdidas de distintas capacidades tanto físicas como cognitivas, aumentando la dependencia, por lo que es más probable que aparezca la revisión de vida (Butler, 1963; Erikson, 1959). Este proceso no solo ayuda a mejorar el recuerdo de eventos pasados, sino que además se inicia un proceso de búsqueda de significado del recuerdo, proceso que reviva sentimientos en función del estado de ánimo. Así, el recuerdo autobiográfico puede ser de ayuda en distintos procesos de adaptación para resolver conflictos en el presente o en el futuro. Un aspecto a destacar de la teoría de Butler (1963) es que la revisión de vida posibilita el revisar conflictos del pasado que no fueron resueltos con el objetivo de resolverlos en el presente y poder reintegrarlos en la historia vital. Por esta y otras razones, el proceso de recordar el pasado es un proceso normal, saludable y necesario en el proceso de envejecimiento.

CAPÍTULO 3

MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y EMOCIONES

1. Introducción a las emociones.

1.1. La importancia de las emociones.

La importancia del estudio del sistema de las emociones y su regulación ha sido defendida por la investigación durante décadas, señalando que las emociones influyen tanto en procesos cognitivos primarios como en otros procesos como la toma de decisiones (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas y Niedenthal, 2000) en funcionamiento de sistemas orgánicos como el cardiovascular (Ostir, Markides, Peek y Goodwin, 2001) o el inmune (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). De la misma manera, se ha demostrado empíricamente que la regulación emocional, definida como la motivación que poseen las personas por modificar un estado anímico presente, influye de manera fundamental en el bienestar subjetivo, así como en la salud física. Esta regulación se puede ejercer a través de la modificación de factores previos a la emoción (por ejemplo a través de la selección de situaciones), o bien a través de la modificación de la emoción en si misma (por ejemplo, supresión de la respuesta emocional) (Gross y John, 2003). Además, esta influencia es mayor conforme las personas

envejecen. La mayoría de los estudios señalan como posible causa la madurez emocional asociada a la vejez, según la cual, la experiencia recolectada por las personas mayores durante toda su vida les proporcionaría una mayor capacidad para ejercer control sobre sus emociones y mejorar así su experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales (Lawton Kleban, Rajagopal y Dean, 1992).

Sin embargo, coincidiendo con Márquez-González, Izal, Montorio y Pérez (2004), a pesar de que son numerosos los estudios sobre la evidente regulación emocional en el envejecimiento, la mayoría de los estudios proceden de Estados Unidos. Esto supone una limitación a la hora de generalizar los resultados a otras muestras poblacionales ya que existen aspectos esenciales que influyen en la conducta como pueden ser factores culturales, contextuales o históricos. Con lo cual, es necesario investigar estos hallazgos en la población española para poder confirmar que estas características son extrapolables. Aun así, existe un acuerdo general en la literatura psicológica con respecto a que el envejecimiento es una etapa de ganancias en el plano emocional y no de empobrecimiento como se pensaba en el pasado (Cumming, 1963).

1.2. Memoria autobiográfica y emociones en el ciclo vital.

La mayoría de la literatura sobre M.A. ha defendido que cualquier teoría razonable sobre la memoria autobiográfica debe explicar cómo las emociones afectan y se relacionan con los recuerdos personales (Rubin, 1998). Uno de los primeros autores en mostrar relaciones entre M.A y las emociones fue Conway (1990), quien observó en su trabajo que las palabras relacionadas con emociones actuaban como claves espontáneas para generar recuerdos autobiográficos, más que aquellas sin contenido emocional como por ejemplo “coche” o “mobiliario”. Otro estudio pionero en relacionar empíricamente M.A. y emociones fue el llevado a cabo por Pillemer, Goldsmith, Panter y White (1988), quienes señalaron que uno de los mejores predictores para generar recuerdos autobiográficos claros y concisos era la intensidad emocional que se vivencia en el momento en el que tuvo lugar el recuerdo.

En el plano del envejecimiento, durante muchos años se ha relacionado el envejecimiento con soledad, desesperanza y tristeza. Incluso en casos donde sujetos mayores han informado de altos niveles de satisfacción, frecuentemente ellos mismos

expresan creencias acerca de que al resto de mayores no les va tan bien (Gluth, Ebner, y Schmiedek, 2010; Hummert, Garstka, Shaner, y Strahm, 1994; Röcke y Lachman, 2008). En la última década, sin embargo, los estudios han demostrado que estas opiniones negativas sobre el envejecimiento son injustificadas. Aunque durante la etapa de envejecimiento, las personas tengan que hacer frente a dolencias físicas, estrés psicológico, pérdidas sociales, y a un aumento de la dependencia en el final de la vida, la mayoría de personas mayores muestran un buen ajuste emocional en dicha etapa. (Carstensen et al., 2000).

No obstante, es evidente que existen diferencias individuales, es decir, la optimización del bienestar emocional en la vejez es una tendencia general según la literatura, pero no existe la garantía de que siempre sea así. Existen tendencias disposicionales, experiencias vitales e individuales etc., que puede marcar la diferencia y, por tanto, la gestión de este tipo de eventos puede influir en el desarrollo del bienestar o, por el contrario, deteriorarlo con la edad. Aun así, la investigación muestra que niveles altos de bienestar afectivo y de estabilidad emocional son la norma y no la excepción en el envejecimiento, al menos a partir de los 70 años de edad (Carstensen et al., 2000; Charles, Reynolds y Gatz, 2001; Kessler y Staudinger, 2009; Kunzmann, Little y Smith, 2000; Mroczek y Kolarz, 1998; Teachman, 2006).

A lo largo de este capítulo se analizarán aquellos aspectos más relevantes que vinculan la memoria autobiográfica con el sistema emocional, profundizando en cómo influye este vínculo en la etapa del envejecimiento, y demostrando que la emoción es una dimensión básica y fundamental de la memoria autobiográfica, a lo largo del ciclo vital, y teniendo su punto de máximo potencial de desarrollo en la vejez.

2. Cambios en la especificidad de la M.A. en trastornos emocionales.

Como se ha señalado en capítulos anteriores, la memoria autobiográfica es el aspecto de la memoria que se encarga de la recolección de experiencias personales del pasado. Por ello, es central para el funcionamiento humano, ya que contribuye a desarrollar el self, ayuda a

las personas a orientarse en el mundo y a perseguir sus objetivos basándose en experiencias del pasado que fueron superadas, y además, contribuye a las relaciones sociales (Conway y Pleydell-Pearce, 2000; Nelson y Fivush, 2004). Una de las características más estudiadas en la memoria autobiográfica es el efecto de sobregeneralización del recuerdo (OGM), el cual está íntegramente relacionado con psicopatologías derivadas de las emociones.

Algunas investigaciones sobre cómo afectan los trastornos emocionales a la M.A. contemplan la posibilidad de que la memoria podría estar sesgada por el estado de ánimo presente, un sesgo que podría contribuir a la aparición o mantenimiento del trastorno afectivo. Numerosos estudios han hecho uso del paradigma de la palabra clave de Galton (Galton, 1883) para demostrar que existe una congruencia entre el estado de ánimo y el recuerdo, que está presente tanto en estados de normalidad o en estados originales de disforia, como en experimentos de manipulación del estado de ánimo (Clark y Teasdale, 1982; Teasdale y Fogarty, 1979). Bajo ambas circunstancias, los individuos que poseen un estado de ánimo triste tienden a recordar eventos negativos relativamente más rápido que positivos y al contrario.

Sin embargo, cuando intentaron ampliar el concepto del recuerdo congruente con el estado de ánimo a pacientes suicidas, Williams y Broadbent (1986) encontraron que los pacientes tardaban más en responder a claves positivas, en comparación con los controles, y no solo eso, sino que además los pacientes suicidas en numerosas respuestas tanto a claves positivas como negativas no eran capaces de ofrecer recuerdos específicos. En su lugar, contestaron a más de la mitad de los ensayos con un recuerdo categórico, por ejemplo “Yo solía sacar al perro cada mañana”. Esto fue contrastado con respuestas de sujetos controles, quienes fueron específicos en el 80% o más de las ocasiones. El pobre rendimiento de los pacientes suicidas en esta tarea no podía explicarse con deterioro en el procesamiento cognitivo ya que los participantes de ambos grupos puntuaron similar en las tareas de memoria semántica, así como en la tarea de velocidad de procesamiento semántico. Más bien, los resultados sugieren que la M.A. de los pacientes suicidas podría ser diferente en la forma, así como en contenido o velocidad de recuerdo. Aunque fuese fortuito, este primer resultado de sobregeneralización del recuerdo autobiográfico ayudo a cambiar el foco de la investigación sobre la memoria autobiográfica, hacia estudios que se centraran con más

detalle en el grado de especificidad.

Así pues, Conway y Pleydell-Pearce (2000) sugieren que la sobregeneralización de la memoria surge cuando los individuos truncan su búsqueda durante el recuerdo generativo (de arriba abajo) en un nivel demasiado alto, cuando únicamente ha accedido a la información general meramente descriptiva. En este sentido, la sobregeneralización se da como un truncamiento en la búsqueda del recuerdo cuando la activación del nivel específico de la jerarquía se ve amenazado por un aumento de alteración afectiva o supone una alteración en las prioridades presentes del self.

Tras las primeras evidencias que ponían en relación la aparición del recuerdo sobregeneralizado con pacientes suicidas, se iniciaron numerosas investigaciones que relacionaban este tipo de recuerdo con síntomas depresivos. Mostrándose que la mayoría de los estudios con sujetos deprimidos presentaban sobregeneralización de la memoria autobiográfica. Este fenómeno ocurre si la especificidad o la sobregeneralización se usan como una variable dependiente, así como si los estudios examinan pacientes deprimidos o suicidas, o bien muestras no clínicas disfóricas.

Prosiguiendo con la búsqueda de patologías emocionales relacionadas con la OGM, Kuyken y Brewin (1995) condujeron uno de los primeros estudios en examinar el rol de las experiencias traumáticas en la etiología de la sobregeneralización del recuerdo autobiográfico. Comparando mujeres deprimidas con o sin historia de abuso sexual en la infancia, estos autores encontraron que aquellas que reportaron una historia de abuso recordaban significativamente más recuerdos sobregeneralizados que aquellas pacientes depresivas que no reportaron tal historia de abuso. Estos resultados indican que el nivel de sobregeneralización podría estar relacionado con la experiencia de trauma, además del diagnóstico de depresión. A partir de este estudio, ha habido numerosas publicaciones de otros autores que han examinado la relación entre la especificidad de la M.A. y reportes de situaciones traumáticas. Aunque la mayoría de estos estudios han mostrado evidencias, hay algunos que también han fracasado en mostrar dicha relación significativa (Arntz, Meeren y Wessel, 2002; Kremers, Spinhoven y Van der Does, 2004; Peeters, Wessel, Merckelbach, y Boon-Vermeeren, 2002; Wessel, Meeren, Peeters, Arntz y Merckelbach, 2001; Wilhelm, McNally, Baer y Florin, 1997). Sin embargo, estos estudios han partido de niveles de trauma

inferiores, o bien, han puesto el foco en la depresión o en trastornos de personalidad en lugar de las experiencias traumáticas.

Si bien es cierto, aunque numerosos estudios han demostrado que la sobregeneralización está asociada con el diagnóstico de depresión, así como con historia de trauma o abuso, esta sobregeneralización no es un marcador de cualquier psicopatología: No ocurre en trastornos de ansiedad generalizada (Burke y Mathews, 1992), fobia social (Wenzel, Jackson y Holt, 2002), o fobias individuales a las arañas o a la sangre (Wenzel, Jackson, Brendle y Pinna, 2003), y tampoco se encontró en pacientes con trastorno mixto de ansiedad (Wessel et al., 2001), incluso cuando las palabras claves usadas reflejan preocupaciones presentes de los participantes (ej. Wenzel, Jackson, Brendle, y Pinna, 2003). Al contrario que en la disforia, donde la sobregeneralización sí que se muestra, no aparece en individuos con altos niveles de ansiedad (Richards y Whittaker, 1990). En conclusión, la sobregeneralización se muestra específicamente en aquellos trastornos emocionales que incluyen depresión, trastorno de estrés post traumático o ambos.

Dejando de lado las relaciones entre patologías emocionales y OGM, este patrón de recuerdo autobiográfico también ha sido estudiado en distintas etapas de desarrollo del ciclo vital y se ha comprobado que también aparece de forma natural durante el desarrollo cognitivo, en la primera infancia (Fivush et al., 1996). Distintas investigaciones han señalado que antes de los 3 o 4 años, los niños muestran un patrón de recuerdo general (Williams, 1996). Superando dicha edad comienzan a desarrollarse los procesos automáticos que se encargan de inhibir este patrón. Si bien es cierto, existen estudios que han demostrado que en la infancia temprana también pueden evocarse recuerdos específicos, bajo ciertas condiciones (Fivush et al., 1996; Fivush y Hamond, 1989; Tessler, 1986), es decir, los niños poseen representaciones mentales de eventos específicos, pero necesitan señales claves para poder recuperarlos. Aun así, existe un consenso generalizado que concluye que los niños de corta edad tienden a ofrecer respuestas generales ante preguntas sobre su pasado. En relación a los recuerdos sobregeneralizados en la vejez, no se han realizado muchos estudios al respecto.

Son muchos los estudios que han tenido como objetivo averiguar qué factores están relacionados con el recuerdo sobregeneralizado. Williams (1996) planteó basándose en los

resultados de su estudio que la autofocalización promueve el recuerdo bloqueado, haciendo que una descripción categórica inicial active otra información genérica autorrelacionada, haciendo difícil inhibir la búsqueda categórica. Por tanto, es evidente que este fenómeno está claramente asociado, incluso puede haber una relación causal, con otros aspectos importantes del funcionamiento psicológico. Estudios posteriores han señalado estar asociado con (a) déficit en la solución de problemas (Evans, Williams, O'loughlin y Howells, 1992; Goddard, Dritschel, y Burton, 1996; Goddard, Dritschel y Burton, 1997; Raes et al., 2005; Scott et al., 2003), (b) con problemas en imaginar eventos futuros (Williams, Mathews y MacLeod, 1996) y (c) un retraso en la recuperación de recuerdos episódicos cuando existe un trastorno afectivo (Brittlebank, Scott, Williams y Ferrier, 1993; Dalgleish, Spinks, Yiend y Kuyken, 2001; Harvey, Bryant y Dang, 1998; Peeters, Wessel, Merckelbach y Boon-Vermeeren, 2002).

A continuación, se ofrece a modo de síntesis el siguiente resumen recogido por Williams (1996) con las conclusiones más relevantes obtenidas en diferentes investigaciones que ponen en relación la OGM con la depresión.

1. El patrón de recuerdo sobregeneralizado se muestra haciendo uso de una amplia variedad de técnicas de palabra clave (Mark et al., 1988; Moore et al., 1988).
2. Se ha demostrado este patrón de recuerdo en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, aunque no posean tendencias suicidas. (Moore, Watts y Williams, 1988; Kuyken y Brewin, 1995; Puffet, Jehin-Marchot, Timsit-Berthier y Timsit, 1991; Williams y Scott, 1988).
3. No se asocia a todo tipo de trastorno emocional, ya que no está presente en sujetos con problemas de ansiedad (exceptuando casos de trastornos por estrés postraumático) (Burke y Mathews, 1992; Christianson y Safer, 1996; Richards y Whittaker, 1990; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988).
4. El patrón de recuerdo OGM está relacionado con una pobre resolución de problemas y recuperación ante problemas emocionales a largo plazo (Brittlebank et al., 1993; Wahler y Afton, 1980).

En un estudio más a fondo, y partiendo de los datos acumulados desde más de una década, Williams (2006) postuló el modelo CaRFAX, que se elabora a partir de las características del modelo planteado por Conway y Pleydell-Pearce (2000). Se trata de un planteamiento que limita a tres las posibles causas de la sobregeneralización de la memoria autobiográfica. Según este modelo, existen tres procesos diferentes que pueden reducir la especificidad de los recuerdos: Captura y rumiación (Car), evitación funcional (FA), y deterioro de la función ejecutiva (X)- los cuales, por sí mismos o en combinación, son la base de la sobregeneralización de la M.A.

a. Captura y rumiación.

Según este planteamiento, los recuerdos genéricos pueden ser el resultado de una codificación condicionada por un estado de ánimo psicopatológico. Los pacientes depresivos que caracterizan este proceso, centran su atención en los aspectos generales negativos de los incidentes cotidianos que se asemejan más a sus experiencias negativas anteriores. Tienden a codificar y, por consiguiente, a recordar los episodios cotidianos a través de un filtro negativo, que confiere una especie de monotonía repetitiva y extensiva a todas sus experiencias. Son muchos estudios los que evidencian un claro enlace entre OGM y estrategias de rumiación. Uno de los más destacados fue el de Watkins y Teasdale (Watkins y Teasdale, 2001, 2004; Watkins, Teasdale y Williams 2000). Estos autores llevaron a cabo una serie de experimentos, donde lograban manipular el pensamiento rumiativo, bien exagerándolo o por el contra, reduciéndolo. Para ello, llevaron a cabo dos líneas de manipulación: por un lado, se pedía a los sujetos que analizaran los pensamientos sobre las causas, significados e implicaciones que incrementan la atención focalizada en uno mismo. Por otro lado, se realizaba una manipulación de distracción que aumentaba procesos concretos sensorio-perceptuales a través de pedirle a los participantes que se focalicen en imágenes no relacionadas con sí mismos (“piense sobre la cara de mona lisa”, “una gota de agua cayendo de un cristal de la ventana”). Los resultados en pacientes depresivos mostraron que la memoria era significativamente más específica tras la distracción que tras la rumiación.

b. Evitación funcional.

Según la hipótesis de la evitación funcional, los sujetos aprenden a evitar aquellos detalles que le producen afecto negativo. En un contexto negativo, el sujeto asociará los

detalles con una activación emocional aversiva o dolorosa. Como consecuencia, aprender a no acceder a esos recuerdos específicos puede evitar esa activación negativa. (Kuyken y Brewin, 1995; Raes, Hermans, de Decker, Eelen y Williams, 2003). La explicación que estos autores dan a la OGM es que la evocación de recuerdos generales podría producir un afecto emocional menor que la recolección de recuerdos episódicos específicos, promoviendo que la búsqueda se mantenga en un nivel superior de la jerarquía, y por tanto, permaneciendo en un nivel de información más general se reduciría el impacto de las emociones. Así pues, la hipótesis de la evitación funcional, sería consistente con teorías actuales que ponen la OGM en relación con el trastorno de estrés post traumático (Brewin, 2001; Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Kozak, 1986). Estos modelos coinciden en aspectos como que las imágenes intrusivas, los recuerdos y flashbacks aparecen desde una activación automática del material mnemotécnico relacionado con el trauma (Brewin et al., 1996). Esta activación directa del nivel de conocimiento autobiográfico específico (ESK) interrumpe el procesamiento y da como resultado una serie de estrategias para ejercer el control de arriba hacia abajo para tratar de evitar este tipo de recuerdos específicos relacionados con el trauma, que suponen situaciones de riesgo.

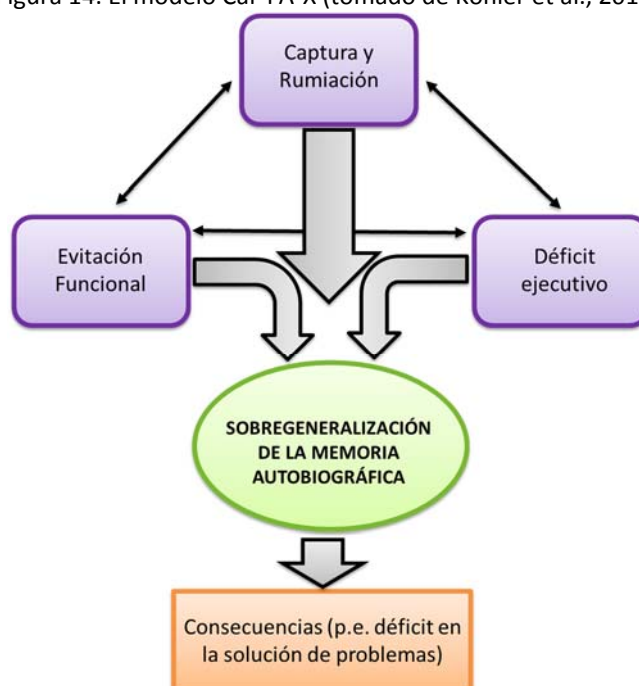
Esta línea sugiere que la asociación entre estado de ánimo negativo y el recuerdo específico puede llevar a un modelo de evitación de los recuerdos ESK aversivos evitando los fragmentos emocionales y perceptuales del evento que, si son activados, pueden producir grandes desviaciones en el estado de ánimo. Una estrategia de truncamiento de la búsqueda justo antes de acceder a dichas representaciones específicas llevaría, si se evita este tipo de consecuencias aversivas, a actuar como refuerzo negativo. El resultado sería, en resumen, la evitación cognitiva: la evitación de un proceso que espera conducir, si no se bloquea la búsqueda, a consecuencias aversivas. Algunas personas pueden utilizarlas únicamente como estrategia flexible y de apoyo que les proteja de las emociones negativas, pero otras, en cambio podría desarrollarse como un patrón de respuesta habitual e inflexible (Raes, Hermans, Williams y Eelen, 2007).

c. Función ejecutiva.

El modelo de Conway y Pleydell-Pearce (2000) asume que el recuerdo generativo, el cual supone esfuerzos cognitivos, requiere el uso de las funciones ejecutivas. Por tanto,

déficits en dicha área podrían afectar al recuerdo, tanto al acceso como mantenerlo en la memoria de trabajo. Un déficit en dicha área también podría afectar a los procesos de control que se encargan de inhibir el material autobiográfico irrelevante durante la búsqueda, así como de mantener el recuerdo en la memoria al final de la búsqueda. Algunos autores como Ellis (Ellis y Ashbrook, 1988) afirman que el perfil de rendimiento cognitivo en personas deprimidas podría explicarse en términos generales por un déficit en los recursos ejecutivos. Hertel y Hardin (1990) dieron un paso más y propusieron que la falta de iniciativa a la hora de realizar tareas cognitivas que presentaban las personas deprimidas podría corregirse proporcionando a estas personas las herramientas necesarias sobre la mejor manera de completar una determinada tarea. Esto supondría que la recuperación de los recuerdos autobiográficos generativos sería posible.

Figura 14. El modelo Car-FA-X (tomado de Köhler et al., 2015).



Por estas y otras razones, este fenómeno se considera muy relevante para la literatura ya que la memoria puede mantenerse sobregeneralizada en el tiempo, incluso si el individuo no presenta el trastorno en el presente (Mackinger, Pachinger, Leibetseder y Fartacek, 2000; Williams y Dritschel, 1988). Esto significa que dicho fenómeno puede ser observado sin la necesidad de que exista el trastorno, y únicamente estar activado por un bajo estado de ánimo. Por tanto, este patrón de recuerdo podría actuar como un marcador que predijera cierta vulnerabilidad a una futura depresión. Estudios más recientes son

consistentes con esta noción: la presencia de una sobregeneralización del recuerdo autobiográfico cuando una persona no está deprimida puede predecir una perturbación del estado de ánimo más adelante. Es decir, más allá de lo visto hasta el momento, que se basa en sujetos con diagnóstico depresivo o TEPT, hay evidencias empíricas que demuestran que el estado de ánimo, así como el bienestar psicológico tienen un fuerte efecto en la memoria en general (Eich y Forgas, 2003; Ellis y Moore, 1999) y en la memoria autobiográfica en particular (Christianson, 1992; Christianson y Safer, 1996).

3. Regulación emocional y memoria autobiográfica.

Una clara evidencia que muestra la relación existente entre bienestar emocional y la M.A. es la influencia que ejerce en el recuerdo el estado de ánimo que posee la persona a la hora de recordar. Por ejemplo, personas que no presentan un cuadro clínico de depresión pero que poseen un estado de ánimo triste o decaído tienden a alimentarse de recuerdos y pensamientos negativos y dolorosos. Bower (1981) llamó a este fenómeno "*Mood-congruent memory*", traducido al español como la memoria congruente con el estado de ánimo, que hace referencia a la tendencia de los sujetos a evocar recuerdos de igual valencia a su estado de ánimo presente. Otros autores lo han llamado reminiscencia condicionada por el humor (Serrano, 2002). Numerosas investigaciones han comprobado que los estados anímicos negativos como la tristeza, tienden a facilitar la evocación de recuerdos negativos, como el fracaso y el rechazo, mientras que las emociones como la alegría favorecen la evocación de recuerdos felices, como el éxito y la aceptación (Derouesne, 2000; De-Jong-Meyer y Barnhofer, 2002; Watkins y Teasdale, 2001). Por lo tanto, según esta teoría, las emociones que sentimos en el presente pueden sesgar nuestro patrón de recuerdo autobiográfico.

La regulación emocional siempre ha estado presente en la literatura, aunque de una manera secundaria. Recordando experiencias positivas del pasado se refuerza la autoestima y se fomentan afectos positivos; recordar por ejemplo "como nos conocimos" fortalece e intensifica una relación, además de inducir emociones positivas, al igual que recordar

experiencias exitosas del pasado, puede igualmente conducir a emociones positivas. Además, los recuerdos autobiográficos también se usan para navegar por los conflictos emocionales, y ayudan a hacer frente a determinados problemas de manera más efectiva, lo cual se relaciona a su vez con la percepción positiva de uno mismo, aspecto esencial en el bienestar emocional (Keyes y Magyar Moe, 2003).

Uno de los autores que han puesto en relevancia la regulación emocional que ejerce la M.A., fue Pasupathi (2003) quien señala en su estudio la coherencia existente entre las emociones positivas que se vivieron en el recuerdo inicial y las emociones que se reviven cuando el recuerdo es narrado (es decir, se mantiene el aspecto positivo del recuerdo). Por contra, se observa la disminución de la emoción negativa entre el evento inicial y cuando este es recordado. Es decir, las personas pueden “acentuar lo positivo y reducir el impacto negativo”, o más bien, disminuirlo en las historias que nosotros contamos a otros. Otros estudios también han apoyado la idea de que las personas pueden y hacen uso de sus recuerdos para regular las emociones. Un ejemplo sería el experimento en el que se induce a los participantes a sentir emociones positivas o negativas, y a continuación se les pide que recuerden experiencias del pasado (Josephson, Singer y Salovey, 1996; Parrott y Sabini, 1990). Este experimento es equivalente al fenómeno de “reminiscencia condicionada por el humor”. Como hemos visto, los participantes que sienten emociones negativas tienden a recordar sucesos negativos. Sin embargo, en algunos casos se ha observado recuerdos incongruentes con el estado de ánimo. Por ejemplo, si los participantes tienen estados de ánimo negativos y se les pide dos recuerdos, el segundo recuerdo en ocasiones es positivo. Si a los participantes se les pregunta por la elección del segundo recuerdo, éstos reconocen que lo hacen como intento de sentirse mejor (Josephson et al., 1996), lo que podría considerarse una estrategia de regulación emocional.

Sin embargo, considerar la regulación emocional como una función clave de la M.A. complica la distinción generalizada entre las funciones self, social y directiva (Cohen, 1998; Pasupathi, Lucas y Coombs, 2002). En la práctica esas funciones co-existen y se superponen, y estas clasificaciones generales probablemente se forman por sub-funciones, más específicas que se deben tener en cuenta (Webster, 1993, 1997; Webster y McCall, 1999; Wong y Watt, 1991). Así pues, una alternativa para asumir la regulación emocional como una función principal de la M.A. sería considerar ésta como un proceso subyacente a las tres

principales funciones ya nombradas en el capítulo anterior: self, social y directiva, y por tanto, el resultado dependerá de la función que esté en juego (Bluck, 2003). A continuación, se exponen una selección de trabajos que han profundizado en la relación entre las funciones clave de la M.A. con la salud mental y el bienestar psicológico.

En primer lugar y en relación a la función del Self, las personas hacen uso de la M.A. con el fin de construir y desarrollar sus propias identidades, una complicada tarea de desarrollo, pero importante tarea de regulación emocional psicológica (McAdams, 1985, 1993, 1996). Esta estrecha relación ha intrigado a los psicólogos durante mucho tiempo y apuntan que la M.A. precisa ser estudiada en términos de su relación con el sentido individual del self, y a partir de su importancia en la guía y consecución de objetivos personales (Conway y Pleydell-Pearce, 2000).

En cuanto a la función social, Nelson (1993) sugirió que compartir recuerdos autobiográficos, o hacer uso de la reminiscencia en un entorno social es clave para la adaptación ya que facilita una red social de apoyo que es un aspecto esencial del bienestar emocional y psicológico. Por ejemplo, contando una situación del pasado difícil, pero no contando la emoción negativa que la persona experimentó en ese momento puede mostrar al resto un Self fuerte y con coraje. Otro ejemplo en una situación social, sería incluir más emociones afectivas con el fin de elicitar en un entorno social aspectos empáticos.

Por último, en cuanto a la función directiva Brown y Kulik (1977) propusieron que los recuerdos relevantes a nivel personal y emocional son valiosos ya que ofrecen información acerca del comportamiento futuro, y por tanto puede asegurar un correcto desarrollo del comportamiento y solución de problemas que se presenten más adelante (Pillemer, 2003).

Así pues, estos resultados ofrecen evidencias que explican cómo hacemos uso de nuestros recuerdos en nuestro día a día, y cómo éstos influyen en nuestro bienestar, implicando importantes consecuencias y fomenta nuestra comprensión de la memoria autobiográfica partiendo de una perspectiva ecológica.

3.1. Regulación emocional desde la perspectiva del Self.

Como se ha visto en el apartado anterior, la memoria autobiográfica o lo que es lo mismo, recordar nuestro pasado, puede contribuir al desarrollo del bienestar emocional. En

este apartado se describirá más detalladamente las relaciones entre la memoria autobiográfica y el funcionamiento psicológico, haciendo foco en variables relacionadas con el Self, así como en el desarrollo del significado de “uno mismo” (McLean y Pratt, 2006).

Una muestra clara del interés que suscita entre los psicólogos la relación entre M.A. y Self se ve reflejada en la cita de William James (1890/1950), la cual señala que, si una persona se levanta una mañana con todos sus recuerdos borrados, él o ella se convertiría en una persona diferente. Bluck (2003), como muchos autores, está de acuerdo con dicha afirmación. Sin embargo, esta autora va un paso más allá y se pregunta ¿qué cambiaría y qué aspectos se mantendrían en una persona libre de recuerdos? Es decir, cuando James dice que sería una persona esencialmente diferente, surge la duda de hasta qué punto la M.A. es sólo un factor interrelacionado con el Self o bien es un aspecto esencial del uno mismo. Pero es evidente que el Self y la memoria autobiográfica no son la misma cosa.

A pesar de que esta relación entre el self y la memoria ha sido el objeto de estudio de muchas investigaciones, ha recibido menos atención empírica. En el estudio realizado por Wilson y Ross (2003) se ofrece la operacionalización de dos funciones con las cuales la memoria influye en el self: mantener de manera adaptativa la correspondencia entre el self del pasado y del presente (ofreciendo una visión favorable a lo largo del tiempo, a partir de la creación de un cuidadoso registro de experiencias personales que será usado para guiar la búsqueda y consecución de los objetivos así como en la solución de problemas) y para asegurar la coherencia del self, para desarrollar e integrar una representación del significado de uno mismo así como la historia de vida que es consistente con nuestras metas y valores, del pasado y del presente. Ese trabajo ofrece luz en cómo la memoria nos permite decir “Soy la misma persona que fui, pero mejor”.

Wilson y Ross (2003) detallan en su estudio como las personas utilizamos nuestra memoria para mejorar nuestra salud mental en el presente. Por ejemplo, las personas somos capaces de dejar el pasado en la distancia, o bien traerlo hacia delante, en función de lo que se necesita para desarrollar a mejor el self en el presente. Es decir, las personas pueden deshacerse por ellos mismos de las experiencias negativas del pasado, empujándolas hacia el pasado remoto, con el fin de hacerlas menos relevantes para mejorar el bienestar del self en el presente. Por contra, los eventos favorables del pasado pueden ser

traídos al presente con el fin de seguir tomándolos en consideración para el desarrollo de la identidad en el presente. El segundo proceso que los autores explican sobre cómo la memoria sirve para el desarrollo del self, se basa en cómo el hecho de mantener una perspectiva en tercera persona (perspectiva de observador) en aquellos eventos negativos de nuestra vida puede ayudarnos a distanciarlos de aquellos eventos que realmente promueven el bienestar personal. Según estos planteamientos, los eventos recordados tienen fuertes implicaciones en el self del presente, influyendo por ejemplo en el estado de ánimo o en sensaciones de satisfacción y bienestar personal. Recordar eventos positivos de nuestro pasado suele dar como resultado en la mayoría de los casos un estado de ánimo positivo, aunque no siempre. Es decir, no se puede afirmar que recordar el pasado siempre nos hace sentir bien en el presente. A veces, se adquieren efectos contrarios donde recordar un pasado feliz nos hace sentir peor en el presente. Lo que influye en este aspecto es el tiempo (Clark, Collins y Henry, 1994). Es decir, la mejora del ánimo es probable que ocurra cuando recordamos eventos positivos recientes del self, mientras que efectos contrarios son más propensos a ocurrir cuando recordamos el pasado remoto.

En resumen, la memoria autobiográfica y el self están infinitamente relacionados, ya que la M.A. es parte integral del Self, el cual hace de guía y a la par sesga la reconstrucción cognitiva del recuerdo (Serrano, 2002). Este constructo es esencial para desarrollar el sentido de continuidad, orientado en la resolución de metas, y en motivar el enlace de esas metas con el comportamiento (Greenwald, 1980). En esta línea, la M.A. contribuye al mantenimiento y al desarrollo del Self, y ayuda a dar significado al presente a través de la aceptación del pasado, aspecto esencial para obtener satisfacción vital en las últimas etapas de la vida.

3.2. Memoria autobiográfica y regulación emocional en la vejez.

Las emociones son centrales para el funcionamiento humano, ya que guían los pensamientos y las acciones desde los primeros días de vida (Frijda, 1988). Sentirse emocionalmente bien y satisfecho con la vida es un factor esencial de cualquier etapa del ciclo vital, ya que un estado de ánimo positivo es clave para afrontar cualquier tipo de problema o adversidad. Esta importancia crece en la etapa de vejez, donde las emociones

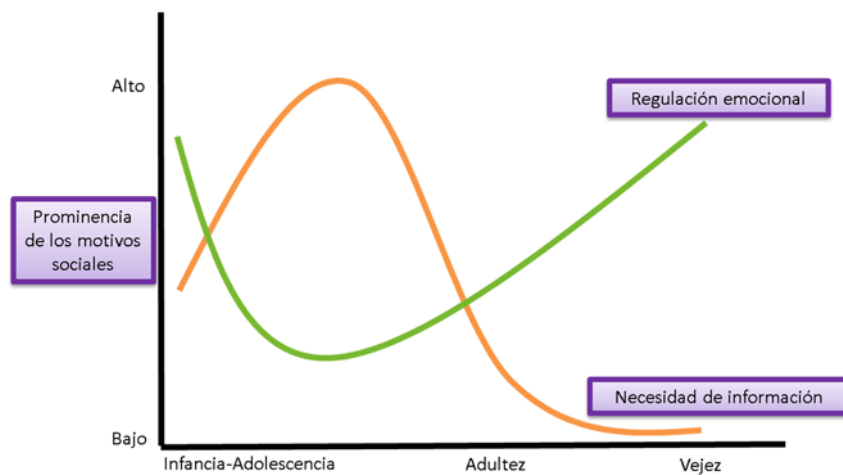
constituyen un aspecto es fundamental, ya que forma parte del desarrollo de la integridad y ayuda a las personas a enfrentarse a la última etapa de la vida de una manera positiva.

En un estudio de Márquez-González et al. (2004) sobre las emociones en el envejecimiento, estos autores señalan cuatro aspectos diferenciales que caracterizan a las personas mayores en las experiencias emocionales. El primer aspecto hace referencia a que la activación cardiaca ante situaciones emocionantes en personas mayores es menor, comparada con grupos de edad más jóvenes. El segundo aspecto es que las personas mayores experimentan menos emociones negativas que otros grupos de edad, o bien, de menor intensidad. En tercer lugar, se centran más en las emociones que en otros estímulos, especialmente si la información emocional es positiva. Por último, en comparación con personas más jóvenes, controlan mejor sus emociones, son más estables a nivel emocional y seleccionan los ambientes en los que se implican con el objetivo de mejorar su bienestar emocional. Por lo tanto, los recuerdos autobiográficos de las personas mayores están más focalizados en las emociones personales.

Numerosos autores han coincidido con estas conclusiones señalando en sus estudios que las personas mayores, comparadas con los adultos jóvenes, por ejemplo, muestran un aumento en la complejidad de las representaciones mentales, infundidas por el afecto y la propia subjetividad (Labouvie-Vief, DeVoe, y Bulka, 1989;); reportan una mayor regulación emocional (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Göttestam, Skorpen. y Hsu, 1997; Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Schoeberlein, 1989; Lawton, Kleban y Dean, 1993); muestran un buen sistema de expresión emocional bien presevado (Levenson, Carstensen, Friesen y Ekman, 1991; Malatesta y Kalnok, 1984; Tsai, Levenson y Carstensen, 2000); y se sienten relativamente felices (Diener y Diener, 1996) y satisfechos con la vida (Herzog y Rodgers, 1981).

Estos aspectos están relacionados con la habilidad que poseen las personas mayores para “controlar” los estados emocionales (Carstensen et al., 2000; Gross et al., 1997; Mroczek, 2001) y está relacionada con la percepción subjetiva que poseen éstos de una buena calidad de vida comparable a, incluso mejor que, la que experimentan los adultos jóvenes. No solo eso, sino que además los adultos mayores están más motivados que los adultos jóvenes en recordar su pasado y en hacerlo de manera satisfactoria emocionalmente.

Figura 15. Teoría socioemocional selectiva de Carstensen (Carstensen, Isaacson y Charles, 1999).



En la misma línea, un estudio llevado a cabo por Mroczek y Kolarz (1998), concluyó que la edad estaba asociada con un aumento en la percepción del estado de ánimo positivo, paralelo a un decremento en el ánimo negativo. Además, y coincidiendo con otras muchas investigaciones, señalaron que las emociones “aumentan” con la edad, ya que el material emocional se recuerda mejor, es más importante en las representaciones cognitivas (Carstensen y Turk-Charles, 1994; Carstensen y Fredrickson, 1998; Fredrickson y Carstensen, 1990), y está estrechamente relacionado con la solución de problemas sobre cuestiones interpersonales (Blanchard-Fields, 1997).

La mayoría de estos aspectos se ven en parte reflejados en la teoría socioemocional selectiva de Carstensen (Carstensen, 1993; Carstensen, Gross, y Fung, 1997; Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999). Esta teoría se focaliza en la percepción del paso del tiempo, y no en el pasado en sí. Sostiene que la distintiva habilidad humana que posibilita controlar el tiempo, consciente e inconscientemente, juega un papel fundamental en la motivación y las emociones, proporcionando una estructura que permite evaluar las metas conseguidas y perseguidas en el presente. Dado que la mortalidad ocupa el último paso en el tiempo, la edad cronológica está asociada a evidentes cambios en las metas personales.

Así pues, esta teoría postula que las personas mayores tienden a adoptar metas relacionadas con la emoción mientras que los adultos jóvenes tienden a adoptar metas relacionadas con el conocimiento o razonamiento. O lo que es lo mismo, la motivación central de los mayores es conseguir satisfacción y significado a nivel emocional, y los jóvenes están más motivados por conseguir logros en áreas que son relevantes para el éxito y la

adaptación al futuro (por ejemplo, áreas educacionales o laborales). Esta diferencia se atribuye a la manera en la que los jóvenes y los mayores piensan acerca del futuro. En la adultez joven, tener por delante un futuro relativamente largo está asociado a tener mucho que aprender y por tanto las metas estarán relacionadas con el la experiencia y conocimiento, aunque esto suponga dejar de lado el bienestar emocional. En la vejez pasa exactamente lo contrario, al tener por delante un futuro relativamente corto, y habiendo acumulado conocimiento sobre su entorno y sus experiencias durante toda su vida, éstos en el presente darán prioridad a proteger su bienestar emocional presente a través de metas asociadas a las emociones, ya que se espera obtener “recompensa” en el momento actual y sentirse realizados en el presente, en lugar de depositar las experiencias para beneficiarse en un futuro menos evidente.

No obstante, esta teoría no enfatiza que la edad por sí misma esté relacionada con un objetivo implacable de felicidad, pero si con la consecución de metas emocionalmente satisfactorias. Al fin y al cabo, la experiencia emocional en esta edad es compleja. El contemplar el tiempo como algo limitado o finito conlleva a percibir las emociones como vivencias cortas, ya sean positivas, como el placer o la diversión, o negativas como la tristeza o el dolor, e influye en pensar que la experiencia acabará pronto cambia la propia experiencia emocional. Este hecho hace que se les dé más importancia y prioridad a los sentimientos positivos, saboreando el momento, y apreciando las experiencias emocionales tanto por lo que son como por su fugacidad temporal.

En efecto, algunos estudios revelan que las personas mayores, en comparación con un grupo control de jóvenes, recuerdan mejor los eventos autobiográficos con valencia positiva (siendo más específicos en tiempo y espacio, y con más detalles) que los eventos negativos (siendo estos más generales y poco contextualizados) mientras que la gente joven recuerda por igual eventos positivos y eventos negativos (Kennedy, Mather y Carstensen, 2004). En esta línea, la investigación ha señalado que, el hecho de que las personas mayores utilicen estrategias de solución de problemas focalizadas en la emoción, conlleva a evitar atender a información negativa (Mather y Carstensen, 2003). Es decir, si se les compara con adultos jóvenes, éstos tienden a recordar desproporcionalmente menos imágenes negativas que positivas (Charles et al., 2003), recuerdan emociones negativas con menor intensidad

(Levine y Bluck, 1997), y recuerdan mayor número de experiencias positivas relativas a su pasado (Mather y Johnson, 2000).

Además, Berntsen y Rubin (2002) comprobaron que los eventos con valencia emocional positiva y negativa están distribuidos de manera diferente a lo largo del ciclo vital. Estos autores hallaron en su investigación que los eventos felices tienden a ser más antiguos que los no felices y que éstos tienden a agruparse en la adultez temprana, aspectos que se han comprobado en otros estudios similares (Walker, Skowronski y Thompson, 2003). Berntsen y Rubin (2002) argumentan que esto ocurre porque se esperan más experiencias positivas en esta época (por ejemplo, graduaciones, primeros trabajos, bodas, nacimiento de los hijos, etc.). Como se ha comentado anteriormente, este periodo se caracteriza por albergar acontecimientos autobiográficos con contenido emocional y con altos niveles de relevancia y por tanto, recordar dichos eventos proporciona al individuo sensaciones de bienestar y de satisfacción personal. Estos resultados, en línea con otros autores (Berntsen y Rubin, 2002) podrían significar que la mayoría de los eventos importantes que forman el bump de reminiscencia sean únicamente eventos positivos y felices, y no experiencias negativas o tristes ya que éstos eventos no son culturalmente esperados, en el sentido de que no se asignan a un intervalo de tiempo específico.

Por lo que respecta a la etapa de la vejez las personas mayores muestran un buen ajuste emocional en dicha etapa (Carstensen et al., 2000) y lejos de ser una etapa de soledad, desesperanza y tristeza, ésta se caracteriza por altos niveles de bienestar, de satisfacción y de estabilidad emocional entorno a los 70 años (Scheibe y Carstensen, 2010), por lo que es probable que muchas de las experiencias que ocurren en esa época, se vivan con mayor positividad. No obstante, es probable que también se evidencien recuerdos negativos en esta misma etapa de final de la vida, ya que, a pesar de su buen ajuste emocional es una época caracterizada por una mayor probabilidad de padecer acontecimientos vitales estresantes, dado que las personas se enfrentan a la jubilación, “nido vacío”, viudedad o pérdida de seres queridos, reducción de poder adquisitivo o nivel social, dolencias físicas, disminución de la capacidad funcional, aumento de la dependencia..., situaciones que se recuerdan cómo daño o pérdida (Martin et al., 2008).

Otro de los aspectos que esta teoría considera importante en la vejez es el intento

por encontrar significado en las relaciones personales existentes, incluso en aquellas más conflictivas. Este aspecto emerge como una tarea central en las últimas etapas. Al ser más conscientes de que el tiempo, de cierta forma, es más limitado, aquellas relaciones más superficiales o triviales pierden prioridad y los esfuerzos se focalizan en aquellas más cercanas que se vivencian con mayor intensidad, y que se relacionan con el bienestar emocional de la persona. Se convierte en importante hacer la elección “correcta”, y no malgastar el tiempo. Las actividades que son implacenteras o simplemente vacías de significado se convierten en secundarias bajo la condición en la que el tiempo es percibido como limitado. El interés en la información novedosa, (estrechamente relacionada con las necesidades futuras) se reduce. En su lugar, las personas se centran en el presente y no en el futuro o en el pasado, y este cambio de enfoque temporal conduce a un énfasis en lo intuitivo y subjetivo en lugar de centrarse en el análisis y la planificación.

4. La memoria autobiográfica como herramienta psicoterapéutica.

Con todo lo visto hasta ahora, es indiscutible pensar que navegar por nuestros recuerdos autobiográficos tiene incontables beneficios en todas las etapas vitales, y en especial en el envejecimiento, ya que la M.A. posibilita crear una línea continua en la propia historia, gracias a la cual las personas pueden ahondar en su pasado para entender mejor su presente y poder afrontar las metas del futuro de manera óptima y precisa. Así pues, la M.A. puede ser utilizada como herramienta terapéutica eficaz, y así se ha hecho desde hace años, a través de una terapia conocida con Reminiscencia.

Si nos remontamos a sus inicios, Robert Butler fue uno de los pioneros en utilizar los recuerdos autobiográficos a través de la revisión de vida, la cual definió inicialmente como “un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver” (Butler, 1963). Es otras palabras, esta terapia consiste en la evocación de recuerdos autobiográficos de una manera voluntaria e intencionada. Una década después, este mismo auto-revisión la primera definición, y

nuevamente la conceptualizó como un proceso de intervención terapéutica donde a partir del recuerdo autobiográfico y, haciendo una revisión de la propia vida, se puede ayudar a clarificar, profundizar y encontrarle un sentido a los logros a lo largo del ciclo vital (Butler, 1974).

No obstante, no es lo mismo la terapia de reminiscencia que la terapia de revisión de vida (Serrano y Latorre, 2005). El segundo proceso se diferencia de la reminiscencia por ser un proceso individual y privado entre el paciente y terapeuta, siendo un proceso estructurado donde el terapeuta hace de guía a través de una serie de preguntas preestablecidas que tienen como objetivo cubrir todas las etapas del ciclo vital y, por último, la evaluación es el componente más importante y resulta clave en el proceso terapéutico que persigue. Por su parte, la reminiscencia tiene como objetivo generar experiencias placenteras que mejoren la satisfacción vital y la percepción subjetiva de calidad de vida. Es un proceso social y grupal espontáneo, que pone el foco en recuerdos agradables y placenteros, sin ser precisa una posterior evaluación. Se trata de una intervención social que busca, entre otros objetivos, aumentar la socialización y mejorar las habilidades de comunicación (Etchemendy, Baños, Botella y Castilla, 2010), así como el bienestar emocional.

Si bien es cierto, la terapia de reminiscencia ha sido muy popular en la investigación psicológica. Ya en la década de los noventa numerosos estudios apuntaban sus beneficios, tal y como podemos ver en trabajos como el llevado a cabo por Nelson (1993), que partiendo de un estudio de narrativas autobiográficas en un contexto social, señaló que la intervención con reminiscencias favorece el recuerdo y el mantenimiento de la memoria autobiográfica. Del mismo modo, ha seguido utilizándose hasta la actualidad obteniendo resultados tanto en personas mayores sanas como en pacientes con demencia, donde se ha demostrado que la intervención en reminiscencias mejora también significativamente la memoria autobiográfica (Cotelli, Manenti y Zanetti, 2012).

Uno de los autores más importantes en relación a la terapia de reminiscencia es Webster (1997) quien define la reminiscencia como “el recuerdo e interpretación presente de acontecimientos vitales que experimentamos en algún momento de nuestro pasado, generalmente de nuestro pasado lejano”. Otra buena definición de dicha terapia, a la cual se

hace referencia en numerosos trabajos fue la descrita por Woods, Spector, Jones, Orrell y Davies (2005) quienes ofrecieron una definición más detallada de los diferentes procesos que intervienen en el proceso de reminiscencia. “La terapia de reminiscencia consiste en la discusión de las actividades pasadas, eventos y experiencias con otras personas, por lo general con la ayuda claves como fotografías, objetos del hogar y otros elementos familiares del pasado, música y grabaciones de sonidos”. Es curioso que, según Gluck y Bluck (2007) la gente recuerda un mayor número de eventos de la segunda y tercera décadas de la vida que de otras épocas y, además, se recuerdan por lo general acontecimientos felices o positivos de la última edad adulta adolescente/joven. Sin embargo, aunque la terapia de reminiscencia se desarrolló para ser utilizada con personas mayores sanas, para crear situaciones que ayuden a recordar y organizar los hechos más significativos de su vida (Butler, 1963), posteriormente, Kiernat (1979) introdujo la idea de utilizar la terapia de reminiscencia en personas con demencia. Al fin y al cabo, las intervenciones psicosociales tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y de aquellos que cuidan de ellos y, la terapia de reminiscencia es una intervención psicosocial.

Así pues, la reminiscencia es efectiva tanto en poblaciones mayores sanas como en personas con deterioro cognitivo o demencia (Wang, 2007), con resultados y efectos positivos tanto cognitivos como psicosociales y, además, se observa una mejor accesibilidad a los recuerdos personales que a eventos relativamente neutros del pasado remoto (Gibson, 2004; Haight, Webster y Ingebretsen, 1995).

Concretamente en sujetos con deterioro cognitivo, la literatura señala que la reminiscencia es una herramienta muy útil para personas que sufren demencia, ya que mantienen un mayor nivel de bienestar durante esta actividad. La interacción se fomenta activamente entre los miembros del grupo de reminiscencia, haciendo de ello una actividad inclusiva, estimulante y alegre, tanto para los participantes como para el personal (Brooker y Duce, 2000). Además, la interacción entre los miembros del grupo proporciona un medio de impedir el aislamiento social, así como mejorar el bienestar psicológico y habilidades de comunicación de esas personas y para fomentar y/o potenciar sus relaciones presentes y mantenerlas en el tiempo. Del mismo modo, Woods et al. (2005) indican la mejora cognitiva, el estado de ánimo y el comportamiento en general, así como una reducción de la tensión

del cuidador. También se han observado mejoras en el bienestar psicológico, la satisfacción vital y en el bienestar emocional, así como su mantenimiento en el tiempo (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, y Smit, 2007), confirmando un sentido de identidad y reforzando sentimientos de autoestima, valía personal, coherencia y continuidad (Gibson 1998, 2004).

A pesar del gran interés que suscita en la literatura psicológica la terapia de reminiscencia, por un lado, y la M.A. por otro, pocos son los estudios que se han realizado tratando de unir estos dos conceptos tan similares, pero tradicionalmente trabajados en diferentes vertientes (Bluck y Levine, 1998; Fitzgerald, 1996; Webster y Cappeliez, 1993). Webster contribuyó a solucionar este aspecto desarrollando un modelo circunplejo para localizar las funciones de la reminiscencia y relacionar estas con las funciones de la MA, ofreciendo un vínculo crucial en los estudios que atajan el problema del entendimiento de las funciones de los recuerdos personales en las vidas humanas.

El modelo circunplejo de Webster proporciona una buena red conceptual, no solo para unir la literatura sino también para utilizar las fortalezas de cada uno de los estudios. Uno de sus logros más conocidos y que contribuyó a atajar este problema fue el desarrollo y la validación de la única escala de la literatura en medir las funciones del recuerdo- esta es la Reminiscence Functions Scale, de ocho factores (RFS; Webster 1993). En este aporte, este autor hace uso de los trabajos teóricos sobre las tres funciones generales de la M.A. con el fin de analizar la organización de los 8 factores de la RFS dentro de un modelo circunplejo conceptualmente significativo. El modelo se compone de una dimensión self-social y otra dimensión que contempla dos subdimensiones: proactiva/crecimiento- reactiva/perdida. Este modelo ofrece un punto de vista heurístico a la par que empírico basado en funciones de la reminiscencia como la solución de problemas, enseñar e informar a otros, dentro de la más amplia red teórica de funciones adaptativas del recuerdo autobiográfico (self, social y directivas).

CAPÍTULO 4

MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA

1. Envejecimiento, memoria y enfermedades neurodegenerativas.

Es común que en el proceso de envejecimiento aparezcan déficits específicos en determinadas áreas cognitivas, tales como la memoria, siendo estos déficits no incapacitantes para el funcionamiento del día a día. Estos déficits provienen de los cambios neurológicos y cognitivos propios del deterioro fisiológico asociado al envejecimiento cerebral (Alberca y López-Pousa, 2011). Generalmente, se trata de alteraciones en el sistema mnésico denominadas como AMAE (alteraciones mnésicas asociadas a la edad), y suelen aparecer en personas mayores de 50 años, detectables a partir de quejas subjetivas y de fallos de memoria esporádicos junto con una evidencia objetiva de esta pérdida leve en exámenes estandarizados, sin manifestaciones de demencia o condiciones médicas que puedan causar estos deterioros cognitivos (D'Esposito y Weksler, 2000).

Estos déficits son fáciles de remediar ya que se preservan las capacidades para utilizar estrategias compensatorias como por ejemplo utilizar conocimientos semánticos para mejorar la memoria episódica, o apoyándose en aspectos contextuales o conocimientos previos (Bäckman, 1991; Schacter, 1999).

Caso distinto es la existencia de pérdidas de memoria a causa de una enfermedad neurodegenerativa como es la demencia. En la actualidad, la demencia es uno de los mayores problemas de salud pública (Gibson, 2004). Se trata de una enfermedad muy compleja, debido a que el deterioro puede cursar de múltiples maneras, que no se explican únicamente por el daño neurológico sino también por la influencia de otros factores ambientales y personales (Gibson, 2004).

Una demencia afecta entre otras cosas a las funciones mentales superiores y reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos, o lo que es lo mismo, síntomas conductuales y emocionales (Viñuelas y Olazarán, 2009). Dentro de las demencias, la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (EA), seguida de la demencia vascular, aunque en los análisis necrópsicos se observa frecuentemente su coexistencia. La EA es una de las enfermedades de la tercera edad que origina a nivel social las mayores pérdidas en años de vida productiva y deterioros en calidad de vida de las personas que la sufren (Islas et al., 2002), ocasionando un deterioro progresivo para el que no existe acuerdo en cuanto al tratamiento efectivo (Fish, 1990; Pascual y Barlés, 1999; Woods, 1994).

Sin embargo, no todas las personas mayores que acuden a consulta a causa de pérdidas de memoria padecen, o padecerán a medio incluso a largo plazo una demencia. Existe una patología de carácter más moderado que la demencia conocida como “deterioro cognitivo leve” (DCL). Se trata de uno de los trastornos más comunes y se caracteriza por alteraciones de la memoria declarativa y episódica (sobre todo en el proceso de nuevos aprendizajes), generando leves problemas de abstracción e incluso de lenguaje, debido a la dificultad en el acceso al léxico y la disminución de la fluidez verbal. Estas alteraciones, que no llegan a interferir en las actividades de la vida diaria del sujeto como ocurre en la demencia, pueden ser frenadas en su desarrollo consiguiéndose mantener el rendimiento de las capacidades a partir de la intervención, máxime cuando se ofrecen claves y estrategias para la búsqueda de la información (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo, 2004b).

Así pues, el DCL es una de las patologías que más interés ha suscitado en la investigación neurocientífica, aspecto que se ve plasmado en la gran cantidad de estudios

que se centran en ellas, en su prevención, su detección/diagnóstico, origen y tratamientos debido a la evidencia sobre su posible evolución a demencia, así como al desarrollo que está teniendo en la sociedad y que, según Baquero, Blasco, Campos-García, Garcés, Fages y Andreu-Català (2004), en el contexto español se estima en una tasa superior al 10%. Y es que, si bien no todos los sujetos con DCL desarrollan posteriormente un cuadro demencial (Alexopoulos, Grimmer, Perneczky, Domes y Kurz, 2006; Ganguli et al., 2011; Loewenstein et al., 2009; Nelson y O'Connor, 2008; Tabert et al., 2006), los estudios prospectivos recientes reportan altos índices de conversión a la demencia (Busse, Angermeyer y Riedel-Heller, 2006; Luck, Lippa, Briel y Riedel-Heller, 2010). De hecho, la gran mayoría de la literatura desarrollada en los últimos años, situaría al concepto de DCL como una posible etapa de transición entre el envejecimiento normal y las fases más tempranas de la Demencia (Brooks y Loewenstein, 2010; Petersen y Negash, 2008; Small, Gagnon y Robinson, 2007).

No obstante, a pesar de los esfuerzos que se han hecho al respecto, hoy en día todavía se considera un concepto difícil de delimitar. Por ello, es de especial importancia lograr describir sus características lo más fielmente posible con el fin de poder realizar un diagnóstico precoz, así como para facilitar una terapia adecuada que frene la posible evolución hacia procesos neurodegenerativos (Sánchez-Rodríguez y Torrellas-Morales, 2011).

2. Deterioro Cognitivo Leve.

2.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico.

Las quejas derivadas de un declive cognitivo son uno de los motivos más frecuentes en las consultas ambulatorias de neurología. Si bien es cierto, una parte importante de estas quejas son meramente subjetivas, y no son destacables en las pruebas neuropsicológicas, hay muchos casos en los que sí existe alteración apreciable en los test psicométricos, e incluso hay casos de pacientes que llegan a presentar además evidencia de demencia.

Cuando existe evidencia de deterioro más allá de lo esperado para su edad y

educación, pero no interfieren significativamente con sus actividades diarias, hablamos de DCL (Mild Cognitive Impairment; MCI). El DCL es una entidad nosológica que pretende describir la sintomatología previa a la demencia, considerándose como una fase preclínica o como el límite entre el envejecimiento normal y la demencia. El DCL es por tanto concebido por la mayoría de los investigadores como una entidad clínica que representa un estado transitorio entre el envejecimiento normal y las primeras fases de una EA probable (Artero, Petersen, Touchon y Ritchie, 2006; Grundman et al., 2004; Petersen y Negash, 2008; Petersen et al., 2010).

Previamente al concepto de DCL, se han utilizado múltiples denominaciones que hacían referencia a los déficits cognitivos iniciales que aparecían en la etapa de vejez (Luck et al., 2010; Michon, 2009), como por ejemplo “deterioro de memoria asociado a la edad” o “deterioro cognitivo sin demencia”, ambos haciendo referencia a envejecimiento normativo (Portet et al., 2006). Si bien el término de “Deterioro Cognitivo Leve” fue inicialmente introducido en la literatura en el año 1988, por Reisberg, fueron Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos y Kokmen (1999), quienes realizaron la caracterización actualmente más utilizada. A partir de este nuevo concepto, el DCL se diferencia del envejecimiento normal, recibiendo gran atención como entidad clínica.

Clásicamente, se ha considerado el DCL como un síndrome caracterizado por la presencia de un déficit en el rendimiento de la memoria más acentuado al que cabría esperar como consecuencia de la edad, no repercutiendo en las actividades de la vida diaria (Petersen et al., 1999). Sin embargo, en los últimos veinte años se han propuesto otras muchas definiciones del DCL planteándose éste como un “estado” de afectación cognitiva que no cumple con los criterios de demencia, actualmente. A partir de los trabajos de Petersen et al. (1999), Petersen et al (2001) y Petersen, Caracciolo, Brayne, Gauthier, Jelic y Fratiglioni, (2014), se establecen una serie de criterios para el DCL.

De este modo, según los criterios de Petersen et al (1999), se puede sospechar de un posible DCL cuando existan durante seis meses los siguientes síntomas: a) quejas subjetivas de memoria referidas por parte del paciente o sus familiares; b) un declive en una función cognitiva relativa a las habilidades previas durante el pasado año relatado por el paciente o el familiar; c) declive cognitivo como evidencia clínica de una evaluación (deterioro en

memoria o en otro dominio cognitivo) de al menos 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media; d) ausencia de repercusiones mayores en actividades de la vida diaria (el paciente puede, no obstante, tener dificultades concernientes a actividades complejas del día a día); y e) ausencia de demencia. Hasta ahora, en la mayoría de los estudios se han utilizado los criterios de Petersen para definir el DCL (Frutos-Alegría, Moltó-Jordà, Morera-Guitart, Sánchez-Pérez, y Ferrer-Navajas, 2007). Sin embargo, recientemente se ha publicado el nuevo manual diagnóstico DSM-5, en el que se ha incluido un nuevo apartado donde queda reflejado y se incluye el deterioro cognitivo leve.

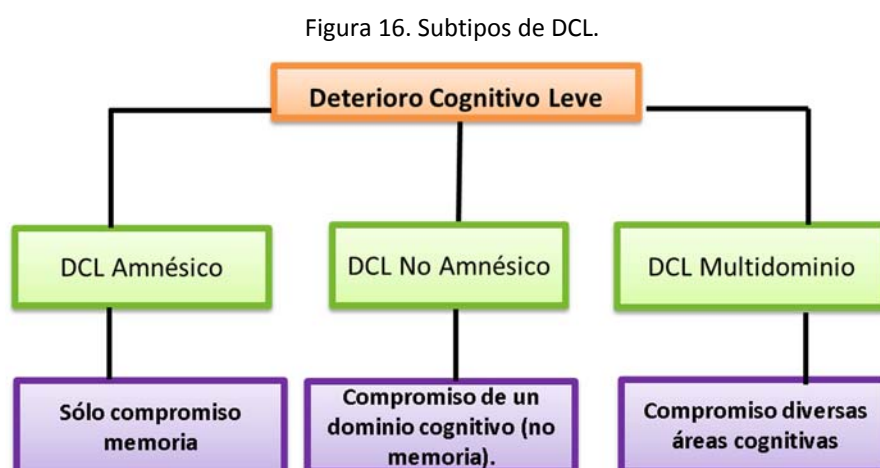
Con respecto a los criterios establecidos en el DSM-5 para el DCL, o trastorno neurocognitivo leve son los siguientes que se mencionan a continuación:

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
 - 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 - 2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Por tanto, las personas con DCL se caracterizan por presentar algún tipo de deterioro cognitivo, pero de gravedad insuficiente como para constituir una demencia, es decir, las dificultades cognitivas no interfieren con la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente y no conlleva pérdida de autonomía. Estos individuos muestran quejas subjetivas de carácter cognitivo con afectación en la mayoría de los casos de la memoria episódica. El diagnóstico del DCL se basa en la objetivación de deterioro cognitivo en el individuo con un nivel de conciencia normal, a través de pruebas neuropsicológicas estandarizadas, con valores normativos para la edad y nivel de escolaridad del sujeto.

2.2. Clasificación y subtipos de DCL.

Petersen (2004), amplió la descripción inicial identificando tres subtipos de Deterioro Cognitivo Leve: La mayoría de los autores apoyan esta propuesta (ver figura 1) donde se diferencian: el DCL amnésico en el que se produce una afectación únicamente del sistema de memoria; el DCL multidominio caracterizado por un déficit de la memoria y de algún otro proceso cognitivo, y el DCL no amnésico (DCLna), en el que hay afectación de dominios cognitivos diferentes a la memoria (Díaz-Mardomingo y Peraita-Adrados, 2008; Díaz-Mardomingo, García-Herranz y Peraita-Adrados, 2010).



El primer tipo propuesto, el DCL amnésico (DCL-a), implicaría confirmar la presencia de quejas subjetivas de memoria, y comprobar mediante pruebas estandarizadas las pérdidas de memoria teniendo en cuenta la edad y nivel educativo del sujeto. Se debería tener en cuenta que pueden existir buenos resultados en pruebas de funcionamiento

cognitivo general, y no se deben observar otras alteraciones cognitivas. Según Petersen (2003) y Petersen et al (2010), el DCL-a sería el tipo más frecuente y tendría una etiología degenerativa, siendo una etapa prodrómica de la EA. En general, este subtipo se ha equiparado con el concepto general de DCL y ha sido descrito como el subtipo con un mayor riesgo para la conversión de EA.

El segundo tipo sería el DCL multidominio (DCLm), el cual requiere la presencia de diversas disfunciones cognitivas, como el lenguaje, funciones ejecutivas, alteraciones visoespaciales o visoconstructivas, con un grado de alteración leve que no permite el diagnóstico de demencia. Este tipo de pacientes también obtienen resultados normales en pruebas de cribado y mantienen su independencia en las actividades de la vida diaria. Según Petersen et al. (2001), este tipo de DCL puede progresar hacia la EA, pero también se relaciona con la demencia vascular, incluso pueden llegar a no desarrollar ninguna demencia.

El tercer y último tipo sería DCL no amnésico (DCLna), el cual implica una alteración leve en alguna función cognitiva que no sea la memoria, como una alteración específica del lenguaje que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría dirigirse hacia una demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy o vascular (Petersen et al., 2001). En este caso, Petersen (2003) tampoco excluye la posible evolución hacia la EA, dada la importante heterogeneidad clínica y etiológica que se observa entre los pacientes con DCL.

A pesar de la diversidad hallada en cuanto a los subtipos, Petersen (2004), propuso una relación más estrecha entre cada subtipo de DCL con una determinada evolución posterior. La siguiente tabla resume esta tipología y evolución posible o probable.

Tabla 2. Tipología del DCL y su trastorno relacionado. Modificada de Petersen et al. (2001)

Tipología DCL	Alteraciones cognitivas	Trastornos relacionadas
DCLa	Alteración leve de la memoria	Enfermedad de Alzheimer
DCLm	Alteración leve de diferentes dominios cognitivos	Enfermedad de Alzheimer Demencia vascular Envejecimiento normal
DCLna	Alteración leve de alguna función cognitiva diferente de la memoria	Demencia frontotemporal de cuerpos de Lewy Demencia vascular Afasia progresiva primaria Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Alzheimer

2.3. Evaluación neuropsicológica.

Una de las controversias halladas en la literatura a cerca del DCL, tal y como se ha indicado, hace referencia a los esfuerzos empleados por consensuar los criterios diagnósticos. En general, se considera que el diagnóstico del DCL se basa fundamentalmente en criterios basados en la historia clínica y el estado. En este sentido, se enfatiza la necesidad de consensuar qué instrumentos y qué puntos de corte debemos aplicar para el diagnóstico del DCL en diferentes ámbitos: a) estudios epidemiológicos, con la obtención de instrumentos validados y estandarizados y b) la evaluación neuropsicológica integrada y longitudinal de cada caso, que podría aumentar la especificidad del diagnóstico del DCL de tipo amnésico.

Sin embargo, es importante señalar, que tanto las pruebas informales como los test de *screening* presentan importantes limitaciones para detectar la disfunción cognitiva sutil, sobre todo, durante las primeras etapas del DCL, sin embargo, son muy útiles ya que consisten en test breves y sencillos. Mediante su aplicación, el especialista no llega a obtener un diagnóstico preciso, pero puede determinar si el paciente precisa de una exploración más completa a nivel clínico y neuropsicológico. Por ello, es necesaria una buena entrevista tanto con el paciente como con sus cuidadores/familiares, así como una buena exploración clínica/emocional y la aplicación de diversas pruebas de evaluación neuropsicológica.

La evaluación neuropsicológica está constituida por el conjunto de métodos y técnicas que permiten definir de forma clínica, y en parte estandarizada, el estado de las funciones cognitivas de los pacientes, pudiendo destacar entre sus principales objetivos (Alberca y López-Pousa, 2011):

1. La detección precoz (indicada para revelar deterioro incipiente y especialmente cuando se trata de pacientes con un alto nivel intelectual premórbido).
2. Su contribución al diagnóstico diferencial.
3. Su caracterización del perfil neuropsicológico del paciente: establecimiento del patrón de las capacidades alteradas y preservadas.
4. La clasificación del grado de severidad del cuadro: determinación de fase

evolutiva.

5. Su contribución al establecimiento de un pronóstico.
6. El establecimiento de orientaciones de intervención cognitiva (rehabilitación cognitiva).
7. Proveer una medición de base para ponderar cambios por efectos terapéuticos (farmacológicos o cognitivos) y/o evolutivos.

Los instrumentos utilizados para valorar estas capacidades podemos clasificarlos en tres grupos: las escalas breves o pruebas de rastreo cognitivo, que son fáciles de aplicar, requieren poco tiempo y nos proporcionan una visión rápida del paciente; las baterías neuropsicológicas generales, formadas por un conjunto de pruebas; y los elementos que exploran las principales funciones cognitivas de forma sistematizada y los test específicos.

En cuanto a las baterías completas, las principales ventajas de su uso radican en la posibilidad de estudiar los posibles síndromes y alteraciones neuropsicológicas de una forma completa, obteniendo una valoración global del funcionamiento cognitivo, lo que permite, por tanto, no sólo identificar los principales déficits sino también las habilidades preservadas en el paciente, aunque cabe destacar como inconveniente el tiempo de administración que ello supone.

En cuanto a las pruebas específicas, es complicado establecer un protocolo estandarizado para la exploración neuropsicológica, ya que la selección de pruebas viene condicionada por su sensibilidad a la detección del daño, así como por el motivo que determina la valoración-diagnóstico y por el estado cognitivo de cada paciente. Sin embargo, una buena selección de pruebas concretas supone mucho menor tiempo de administración que la batería completa.

De esta forma, no cabe duda de la importancia que supone valorar de forma completa y correcta al paciente de deterioro cognitivo leve, no solo por la relevancia del diagnóstico precoz anteriormente comentada, sino poder ofrecerle un posterior tratamiento, que se oriente a mantener al máximo la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida del paciente.

A modo de resumen, y teniendo en cuenta que las personas que sufren DCL-a pueden

llevar una vida relativamente normal, supone un reto para la investigación intentar prolongar lo máximo posible el nivel de independencia en estos sujetos, por ejemplo, llevando a cabo intervenciones de estimulación cognitiva destinado a abordar y compensar las pérdidas en memoria reciente (Troyer, Murphy, Anderson, Moscovitch y Craik, 2008), que tiene ramificaciones funcionales evidentes (por ejemplo, la falta de llevar a cabo una actividad prevista, como puede ser la toma de la medicación).

Por tanto, es de vital importancia detectar los cambios que existen entre el envejecimiento sano y el deterioro cognitivo, y entre éste y una demencia, ya que aclarando las diferencias entre las fronteras se facilita el diagnóstico precoz de la patología y se podrá mejorar su prevención, su detección/diagnóstico, su origen y tratamientos.

2.4. DCL y depresión.

En la mayoría de la literatura encontramos datos que indican que es “normal” que aquellas personas mayores afectados por enfermedades cerebrales que disminuyen el rendimiento cognitivo sufran alteraciones emocionales y presenten un estado de ánimo deprimido (Li et al., 2011), considerándolo normal, puesto que estas enfermedades implican un riesgo vital, un alto grado de incapacidad y son progresivas. Sin embargo, existen estudios que ponen en evidencia que muchos trastornos emocionales asociados al deterioro cognitivo son síntomas fundamentales de la enfermedad en sí, y no sólo una respuesta emocional a una situación desesperada. De hecho, estudios recientes indican que el diagnóstico conjunto de la depresión geriátrica remitido junto con el deterioro cognitivo leve amnésico (DCL-a) están asociados con un alto riesgo de desarrollar Alzheimer (Bai et al., 2012). Por lo tanto, estos síntomas de la enfermedad deben ser identificados ya que muchos de los trastornos afectivos que se manifiestan por primera vez en edades avanzadas, son considerados secundarios a enfermedades somáticas. Panza et al (2010) plantean que la depresión en la tercera edad, el DCL, y la demencia podría representar un posible continuum clínico, ya que suponiendo que el DCL puede ser la etapa clínica de identificación más temprana de la demencia, los síntomas depresivos pueden ser una manifestación precoz en lugar de un factor de riesgo para la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y a su vez la neuropatológica subyacente que causa el DCL y la demencia también causa síntomas

depresivos.

No obstante, se debe tener en cuenta que la depresión puede exacerbar o imitar los síntomas de una demencia y en algunos casos es difícil hacer un diagnóstico diferencial entre la depresión y una demencia o comorbilidad de las dos, ya que existen cuadros depresivos que se caracterizan por evidencias clínicas semejantes a la demencia. De ahí, que algunos autores utilicen el término de “pseudodemencia depresiva” (Junqué y Jurado, 1994) para clasificar los cuadros depresivos que suscitan dudas de diagnóstico debido a su similitud con las primeras fases de un proceso de demencia.

3. Enfermedad de Alzheimer.

3.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico.

La enfermedad de Alzheimer es una demencia gradual y degenerativa, caracterizada por dos lesiones microscópicas fundamentales y características como son las placas seniles (PS) y los ovillos neurofibrilares (ONF). Esta enfermedad representa el 70% de los casos de demencia actualmente. El inicio del patrón de evolución típico de esta enfermedad comienza con la presencia de amnesia anterógrada, capacidad íntegramente relacionada con la creación de nuevos recuerdos, dificultades para efectuar actividades complejas de la vida diaria y el déficit en la memoria episódica explícita principalmente, siendo su curso de inicio gradual, con un deterioro cognitivo continuo (DSM-IV, 1994; Ríos et al. 2001). Además, se caracteriza por un deterioro global en otras funciones cognitivas, que tienen como consecuencia un déficit en las capacidades funcionales que evita que la persona pueda llevar a cabo sus tareas habituales tanto en el hábito personal, como social, laboral, etc. (Molinuelo y Peña-Casanova, 2009)

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en una publicación de 1907 por el psiquiatra y neuropatólogo Alois Alzheimer, en la que se hablaba de una inusual enfermedad de la corteza cerebral. En el trabajo recogía la descripción del curso clínico que afectó a una mujer llamada Aguste D. de 51 años de edad, la cual presentaba pérdida de memoria,

desorientación, alucinaciones, ... Finalmente, murió con 55 años de edad. Su estudio histológico y anatomopatológico mostraba que la corteza cerebral era atrófica y presentaba dos tipos de anomalías: a) placas neuríticas, que consistían en una especie de esferas o acúmulos extraneuronales constituidos por un material anómalo, que podían contener terminaciones de neuronas degeneradas y se situaban preferentemente en las regiones cerebrales del hipocampo y corteza cerebral y b) ovillos neurofibrilares, que eran acumulaciones de material aparentemente fibroso en el interior de las propias neuronas (Alberca y López-Pousa, 2011; Morris, 1996;).

Así, conocida hoy como enfermedad de Alzheimer (EA), esta patología generalmente conduce a la muerte en un plazo de siete a diez años y su evolución puede ser variable, con ciertos períodos de estabilidad relativa a los que se les conoce como mesetas (Fish, 1990; Mace y Rabins, 1997; Pascual y Barlés, 1999; Pérez-Tur, 2001; Woods, 1994). Brookmeyer, Corrada, Curriero y Kawas (2002) apuntan al respecto que el pronóstico depende fundamentalmente de la edad de la persona en el momento en el que la enfermedad es diagnosticada, al punto de que la supervivencia puede oscilar entre 3 y 10 años.

Estudios epidemiológicos señalan a la edad como principal factor de riesgo en el desarrollo de una demencia, con lo cual, la prevalencia y la incidencia llegan casi a duplicarse cada 5 años a partir de los 65 años de edad (Jorm y Jolley 1998). En España, los estudios epidemiológicos en la población de más de 65 años han mostrado cifras de prevalencia que oscilan entre el 5-14,9% y en el grupo de más de 70 años entre el 9-17,2% (Pedro-Cuesta et al., 2009). Una revisión sistemática coordinada por el Centro Nacional de Epidemiología afirma que la prevalencia en la población española de más de 70 años es del 10%, cifra similar a la de otros países de nuestro entorno (Kalaria et al., 2008). Uno de los estudios epidemiológicos más recientes hecho en Cataluña se llevó a cabo en el municipio del Prat de Llobregat donde se ha encontrado, en mayores de 70 años, una prevalencia de demencia del 9,6% y del 6,6% de enfermedad de Alzheimer (Gascón-Bayarri et al., 2007). Además, si la esperanza de vida sigue aumentando, el número de personas con Alzheimer va a ir en aumento en los próximos años (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). Concretamente, el informe sobre la Enfermedad de Alzheimer presentado al Parlamento Europeo y aprobado en 1996 concluía que, para el año 2000, más de ocho millones de

Europeos padecerían esta enfermedad. Además, se conoce que cerca del 90% de las personas afectadas viven en sus casas y sus cuidadores principales dedican en promedio 280 horas por mes al cuidado exclusivo de su familiar.

La etiología de la EA es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja. Según Bermejo (1998) las investigaciones de factores de riesgo en la EA han sido poco esclarecedoras. Resulta difícil realizar un diagnóstico etiológico preciso sin comprobación histológica. Una causa evidente es que el riesgo se incrementa con la edad, pero existe menos acuerdo entre los investigadores acerca de si el sexo femenino, el analfabetismo y la incultura son o no verdaderos factores de riesgo.

Con respecto a los criterios clínicos, recientemente se ha publicado el nuevo manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013). En el DSM-IV-TR (APA, 2000), ya se contemplaba el déficit neurocognitivo y las demencias, pero existen una serie de mejoras en estos apartados respecto al deterioro cognitivo y la demencia que se nombran a continuación. 1) Se sustituye el término de demencia (“sin mente”) por trastorno neurocognitivo; 2) La categoría de trastorno amnésico y demencia son reemplazados por el capítulo de Trastornos Cognoscitivos; 3) Se establece una distinción entre Trastornos Cognoscitivos Mayor y Leve (añadiendo así el Deterioro Cognitivo Leve de forma independiente), cuya principal distinción es que en el Mayor se ve afectada la capacidad de funcionamiento independiente en las actividades de la vida diaria mientras que en el leve no; 4) Las pérdidas de memoria ya no son el síntoma principal de los Trastornos neurocognitivos; 5) Se incluye la utilización de medidas neuropsicológicas objetivas; 6) Se hace una mayor especificación de los síntomas comportamentales; 7) Se añade una especificación de los dominios cognitivos; 8) Añade degeneración fronto-temporal lobar, traumatismo cerebral (se sustituye por traumatismo craneal), enfermedad por cuerpos de Lewy; y 9) Se reemplaza la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob por Enfermedad de Priones.

De este modo, dentro del capítulo de trastornos neurocognitivos, los criterios establecidos para el trastorno neurocognitivo mayor son los siguientes:

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o

cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

El diagnóstico de EA se extrae de los datos clínicos de la historia del paciente y de la exploración neurológica y neuropsicológica, ya que no existe un análisis biológico o de neuroimagen que permita un diagnóstico más certero en vida. Por este motivo, es recomendable contar con los criterios operativos para el diagnóstico de demencia, como el ya nombrado DSM-5 que facilitan el diagnóstico y aumentan su fiabilidad. Es de vital importancia realizar un buen diagnóstico en la EA ya que de ello depende su tratamiento. Además, en función de las distintas etapas de la enfermedad se precisan acciones terapéuticas específicas. Cabe destacar que un diagnóstico precoz podría ralentizar el avance de la enfermedad, aportando mayor calidad de vida a la persona y su entorno familiar.

Para completar un buen diagnóstico son esenciales las evaluaciones neuropsicológicas. Ya no únicamente por saber en qué fase se encuentra el paciente, sino también para hacer una estimación de la evolución del deterioro cognitivo e ir ajustando su tratamiento. Un estudio neuropsicológico sistematizado debe incluir las siguientes áreas cognitivas: nivel de conciencia y atención, orientación, estado de ánimo y motivación,

lenguaje, memoria, función práxica, gnosias, función visuoespacial y visuoconstructiva, cálculo, razonamiento abstracto y juicio (Mohr y Chase, 1991).

Esta evaluación se puede llevar a cabo aplicando los test más específicos de cada área cognitiva que pretendemos evaluar. Otra posibilidad sería utilizar escalas estructuradas: como la *Dementia Rating Scale-2* (Mattis, 1988), el *Cambridge Cognitive Examination* (CAMDEX-R) (Roth, Huppert, Mountjoy y Tym, 1999) En España, contamos con una batería neuropsicológica estructurada que es el Test Barcelona (Peña-Casanova, 2005). Estas escalas pueden aportar una visión más objetiva del deterioro cognitivo general del paciente; sin embargo, se debe tener en cuenta que la evaluación de una habilidad cognitiva concreta será más fiable obtenerla a través de una escala específica para dicha área. Cabe añadir que una buena exploración cognitiva sumada a una historia completa del paciente, puede aportar al clínico la información necesaria para diagnosticar la EA probable, de acuerdo con los criterios aceptados. No obstante, no se debe olvidar que la evaluación global de la enfermedad es una tarea interdisciplinaria.

Dejando aparte los criterios procedentes de las distintas versiones de DSM, es interesante destacar un nuevo marco de trabajo que establece nuevos criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. El inminente crecimiento de la investigación acerca de los aspectos patogénicos y el curso de la EA ha dado como resultado un significativo avance en la visión de la enfermedad en y sus fronteras definitorias. En 2007, el Equipo de Trabajo Internacional para los nuevos criterios de diagnóstico de la EA (IWG) propuso un nuevo criterio de diagnóstico, que va más allá de los criterios establecidos por el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Comunicativas-Asociación de Criterios de la Enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados (sus siglas internacionales son NINCDS-ADRDA) (Dubois et al., 2010).

De acuerdo con estos nuevos criterios, todavía en curso de investigación, el diagnóstico para la EA se llevaría a cabo cuando hubiese evidencias clínicas, por un lado, del fenotipo de la enfermedad y por otro, de evidencia biológica en vivo. Al depender de estos nuevos hechos clínicos y biológicos, el nuevo algoritmo propuesto permite el diagnóstico de la EA con un alto nivel de exactitud, incluso en etapas muy anteriores a las manifestaciones clínicas.

Desde hace dos décadas, se ha hecho posible identificar en vivo las evidencias de la neuropatología correspondiente a la EA a través de la identificación de biomarcadores específicos de la enfermedad (Fagan et al., 2006; Mintun et al., 2006). Estos biomarcadores podrían dividirse en marcadores fisiopatológicos y topográficos. Los marcadores fisiopatológicos corresponden a los procesos degenerativos etiológicos que caracterizan a la EA: amiloidosis de las placas neuríticas y la taupatía de los ovillos neurofibrilares. Ello incluye obtener de medidas del líquido cefalorraquídeo (CSF) donde se observa la disminución de concentraciones de la amiloide β , aumento de la TAU total, y aumento de la Fosfo-TAU, observable en un PET amiloideo (Dubois et al., 2010).

Por otro lado, los marcadores topográficos se usan para valorar la pérdida de líquido o cambios cerebrales concretos que correlacionan con la distribución regional de la EA, e incluye la atrofia de los lóbulos temporales mediales y una reducción del metabolismo de la glucosa en las regiones temporo-parietales, observables en una PET-fluorodesoxyglucosa (Patwardhan, McCrory, Matchar, Samsa y Rutschmann, 2004; Teipel et al., 2010; Vemuri et al., 2008).

Tabla 3. Categorización de los biomarcadores de la EA

	Marcadores fisiopatológicos	Marcadores topográficos
Líquido cefalorraquídeo		
Amiloide β 42	X	
T-TAU P-TAU	X	
PET		
Concentración Amiloide	X	
Florodesoxyglucosa		X
Resonancia Magnética		
Atrofia temporal medial		X

Los cambios fisiopatológicos predicen los cambios topográficos asociados a la neurodegeneración. Estos últimos están más relacionados con la aparición de síntomas cognitivos. De acuerdo con esto, los marcadores fisiopatológicos pueden ser diagnosticados en cualquier fase de la enfermedad, incluyendo fases preclínicas, mientras que los topográficos son más útiles cercanos al momento cuando aparecen los primeros síntomas cognitivos.

Con lo cual, la enfermedad se diagnosticaría cuando existe un patrón característico de deterioro de memoria episódica, y a su vez, la presencia de los biomarcadores en vivo. No es precisa la presencia de demencia en sí.

Todos estos cambios conducen a que se replanteen el significado de los términos para denominar los diferentes conceptos relacionados con la enfermedad. A continuación se describen aquellos términos más relevantes y sus significados (Dubois et al., 2010):

- Enfermedad de Alzheimer: este concepto hace referencia ahora al trastorno clínico que comenzaría con los primeros síntomas de la enfermedad e incluiría tanto la fase pre-demente como la fase demente (ya no se restringiría exclusivamente al síndrome demente). Ahora se haría en vivo y únicamente requeriría la evidencia de cambios en la memoria específica y la presencia de biomarcadores en vivo.
- EA Prodrómico (también llamado EA en estado pre-demencia): Este término se refiere a los síntomas tempranos que incluyen (1) pérdida de memoria episódica de tipo hipocampal (caracterizado por un déficit en el recuerdo libre) en el presente, pero no suficientemente severo para afectar a las AIVD y no es garantía de un futuro diagnóstico de demencia y (2) evidencia de biomarcadores en CSF que apoya a presencia de cambios patológicos de la EA.
- Demencia por EA: Este término se refiere a la fase de la EA donde los síntomas cognitivos son suficientemente severos como para interferir en el funcionamiento social e instrumental ara las ABVD. Incluye cambios en la memoria episódica y como mínimo en otro dominio cognitivo.

Fases preclínicas a la EA: existe una larga etapa asintomática entre las primeras lesiones cerebrales de la EA y la primera aparición de cambios cognitivos específicos. Hoy en día se conocen dos casos preclínicos que pueden ser detectados en vivo (Dubois et al., 2010):

- EA asintomático: este estado puede identificarse en vivo, hasta dos décadas antes de la presencia de síntomas, con la evidencia de amilosis en el cerebro. Debido a que no hay información sobre cómo transcurren estos cambios biológicos para predecir el desarrollo de la enfermedad a posterior, la fase asintomática todavía debe ser llamada “fase en riesgo de desarrollar EA”.
- EA presintomático: este estado afecta a los individuos que desarrollarán EA en el futuro debido a que poseen la mutación del gen autosómico dominante de

la EA (EA monogénico)

- Deterioro cognitivo leve: Este término se utilizaría para definir a aquellos individuos con un deterioro observable objetivamente, en ausencia de una afección significativa de las AIVD. Este concepto se aplicaría cuando no se pudiera atribuir el diagnóstico de EA. Puede considerarse como un término de exclusión para aquellos individuos sospechosos de sufrir EA, pero no cumplir los criterios en investigación ya que éstos cumplen el fenotipo clínico de un EA prodrómico pero hay ausencia de marcadores biológicos.

Por tanto, y a modo de conclusión, los criterios diagnósticos para la EA según IWG-2 serían (A+B en cualquier etapa):

A. Fenotipo clínico específico

- Presencia de un deterioro temprano y significativo de memoria episódica (aislado o asociado con otros cambios cognitivos o conductuales que sugieren un deterioro cognitivo o de un síndrome demencial) que incluye los siguientes aspectos:
- Cambios en la función mnésica graduales y progresivos reportados por el paciente o por un informador durante más de 6 meses.
- Evidencia objetiva de un síndrome amnésico de tipo hipocampal, asado en un deterioro significativo en el rendimiento de pruebas de memoria episódica.

B. Evidencias en vivo de patología de Alzheimer (uno de los siguientes).

- Decremento de AB1-42 junto con aumento de T-TAU o P-TAU en CSF.
- Aumento de la retención de concentraciones en PET amiloideo.
- EA mutación autosómica dominante presente (en PSEN1, PSEN2 o APP).

C. Criterios de exclusión de EA típico.

Historia

- Aparición repentina
- Aparición temprana de los siguientes síntomas: trastornos de la marcha,

convulsiones, grandes cambios de comportamiento.

Aspectos clínicos

- Aspectos neurológicos focales
- Signos extrapiramidales tempranos
- Alucinaciones tempranas
- Fluctuaciones cognitivas

Otras condiciones médicas severas

- Ausencia de EA
- Depresión mayor
- Enfermedad cerebrovascular
- Trastornos tóxicos, inflamatorios y metabólicos
- Cambios en el LTM que sean consistentes con infecciones o injurias vasculares.

3.2. Sintomatología y aspectos neuropsicológicos.

Las demencias se consideran una enfermedad física de tipo neurológico, pero su principal consecuencia es una amplia variedad de problemas psíquicos, cognitivos y conductuales. En la EA plenamente desarrollada existen tres grupos de síntomas.

a. Síntomas cognitivos. El déficit cognitivo sigue una secuencia característica, acorde con la progresión de la lesión cerebral. Por tanto, además de la temprana pérdida de memoria episódica, van apareciendo sucesivamente, déficit semántico, pérdida de atención, alteraciones ejecutivas, trastornos del lenguaje y dificultades visoespaciales y prácticas, hasta alcanzar un deterioro global. La memoria, el lenguaje y la orientación son los tres procesos psicológicos que se alteran primeramente. Entre el 40 y 60% de los casos siguen este patrón de evolución típico.

No obstante, la EA es una enfermedad clínica relativamente heterogénea. Por ejemplo, un 30% tienen, además del deterioro cognitivo, diversos síntomas extrapiramidales

(síndrome rígido acinético) y frecuentes síntomas psicóticos; otro 10% cursa con intenso y rápido deterioro asociado a mioclonías, y en otro 10-15%, la evolución es de carácter más benigno (muy lentamente progresivo). Además, existen formas relativamente excepcionales que comienzan por un deterioro muy brusco o por manifestaciones psicóticas, o incluso existen ocasiones en las que el deterioro comienza sólo por trastornos del lenguaje (afasia progresiva), visoespaciales, apráxicos u otros, y permanece «focal» durante un cierto periodo hasta que después se generaliza. En ciertos estudios se demuestra que el cuadro clínico inicial es algo diferente entre las personas con EA de aparición precoz y las personas mayores. En los jóvenes predominan los trastornos del lenguaje y concentración mientras que en los ancianos son dominantes los de memoria y orientación. Así mismo se observa una tendencia a que los pacientes jóvenes tengan una evolución más rápida.

b. Síntomas afectivos, de personalidad y conducta. Este tipo de sintomatología es de vital importancia ya que son los síntomas que más repercuten en la capacidad funcional y son más frecuentes conforme avanza la enfermedad. Desde el principio pueden aparecer síntomas distímicos y depresivos. La depresión puede ser sintomática de la enfermedad o reactiva a los síntomas que produce ésta cuando la persona es consciente de los ellos. No obstante, también puede estar presente debido a la frecuencia de aparición que tiene en las personas de edad avanzada. También es interesante tener en cuenta que hay estudios que afirman que la aparición de una depresión puede ser la antesala de una posible demencia.

Mucho más común es la apatía, con síntomas de pérdida de la iniciativa, motivación e interés, indiferencia y pasividad, que es probable que aparezca en las primeras etapas, y empeore conforme avanza la enfermedad. Las ideas delirantes, siendo las más comunes las de robo, también son comunes y parecen relacionarse con la pérdida de memoria. También es muy frecuente el delirio de celos y de infidelidad o maltrato del cónyuge, los cuales pueden dar lugar a situaciones conflictivas sobre todo cuando los hijos u otros familiares dan crédito a los infundios.

Cuando la demencia es moderada pueden aparecer alucinaciones, que son generalmente visuales, rara vez auditivas, olfativas o cinestésicas. Conforme el proceso avanza se presentan las falsas percepciones e identificaciones. Por otra parte, comienzan otros trastornos conductuales, como agresividad, agitación, inquietud, etc., que se acentúan conforme el enfermo empeora y que pueden persistir hasta momentos muy avanzados del

proceso. Estos síntomas conductuales y afectivos se atribuyen a la extensión de las lesiones hacia los lóbulos frontales, lo que parece confirmarse en algunos estudios en donde se ha encontrado una relación entre esos síntomas con defectos de perfusión frontal en la SPECT y PET cerebrales.

Los trastornos del sueño suelen aparecer en fases relativamente avanzadas del deterioro cognitivo (Zarranz, 2003). Los primeros trastornos suelen ser la fragmentación del sueño, el despertar precoz y el conflicto que supone el que el paciente quiere vestirse e ir a su trabajo o comenzar sus actividades cotidianas a la madrugada. El paciente dormita de día y al atardecer comienza a agitarse a gritar y mostrarse agresivo.

c. Otros síntomas. Alrededor del 10% de los pacientes presentan crisis convulsivas a lo largo de la evolución y no suelen ser frecuentes. Se consideró que las mioclonías eran infrecuentes en la EA, pero la observación detallada de los pacientes ha demostrado que es un fenómeno relativamente frecuente, sobre todo en fases avanzadas. Las mioclonías no suelen ser intensas y no requiere tratamiento.

A continuación, se resumen en la siguiente tabla 4 los síntomas de la enfermedad divididos en tres tipos: cognoscitivos, conductuales y repercusiones funcionales.

Tabla 4. Sintomatología enfermedad de Alzheimer.

Síntomas cognitivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Amnesia, dismnesia, paramnesias (trastornos de memoria). - Afasia (trastorno del lenguaje en su comprensión y/o expresión). - Apraxia (dificultad para realizar movimientos). - Agnosia (incapacidad para reconocer a través de los sentidos). - Desorientación (temporal o espacial). - Aproxia (trastorno de la atención). - Acalculia (dificultad para realizar cálculo mental). - Perdida capacidad ejecutiva (incapacidad para ordenar una secuencia de actos). - Alteración del pensamiento, capacidad de juicio y abstracción (incapacidad para “saber estar y comportarse) 	
Síntomas psicológicos y conductuales	
<p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ánimo depresivo - Ideas delirantes - Alucinaciones - Paranoia - Ansiedad - Falsos reconocimientos - Agresividad 	<p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vagabundeo - Inquietud/agitación - Desmotivación - Trastornos del sueño - Alteraciones de la conducta alimentaria - Preguntas repetitivas - Gritos
Síntomas funcionales	
<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para realizar tareas complejas (desadaptación sociolaboral) - Dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria - Dependencia para actividades básicas de la vida diaria. 	

De acuerdo con Bermejo (1998), es frecuente sistematizar la evolución de la enfermedad en varios estadios. Algunos autores la dividen en tres, otros autores como Reisberg la dividen en siete (ver anexo I y II). La división en tres estadios es sencilla, y sus principales rasgos son: Estadio I, fase inicial (demencia leve); Estadio II (demencia moderada); Estadio III (demencia severa):

El síntoma inicial de la EA es el deterioro de la memoria a corto plazo. La pérdida de memoria es continua, marcada y habitualmente irreversible. Este déficit se caracteriza por un defecto en el almacenamiento de nueva información y una rápida pérdida de la información recientemente aprendida. Así mismo, la persona mantiene recuerdos codificados años atrás, así como patrones de comportamiento rutinarios (memoria procedimental). El resultado es la pérdida de la capacidad de adaptación. El paciente es capaz de llevar a cabo hábitos conocidos en el trabajo, en la vida social, pero cuando el entorno se altera, el paciente no puede adaptar su comportamiento a la nueva situación de forma adecuada. Las personas con EA mantienen su capacidad comunicativa en las fases iniciales de la enfermedad. Posteriormente, el lenguaje se empobrece. Respecto a los aspectos emocionales, los pacientes pueden mostrar una cierta apatía y falta de interés, combinado con episodios de excitación. El desarrollo de ideas paranoides es habitual, y con frecuencia se asocia con actividades inapropiadas. Esta fase inicial de la EA suele durar 1-3 años.

En la segunda fase (2 a 10 años), que se ha llamado “confusional”, los pacientes habitualmente presentan desorientación temporal o espacial, se acentúan los síntomas y signos que manifiestan una progresiva disminución de la capacidad de comunicación, y de la motilidad espontánea. En esta fase intermedia, y en la final, se hacen muy aparentes los trastornos del lenguaje. A las alteraciones disfásicas se añaden ecolalia (tendencia a repetir palabras o frases), palilalia (repetición de frases o palabras que dice el propio paciente) y logoclonía (repetición de la última sílaba de una palabra). Además, aparecen diversos trastornos apráxicos y agnósicos. A pesar del importante deterioro cognitivo muchos aspectos de la conducta social permanecen conservados.

En la tercera fase o estadio final (8-12 años), además de un profundo deterioro psíquico son aparentes las alteraciones motoras (rigidez generalizada, actitud en flexión),

crisis y ocasionalmente, sacudidas mioclónicas. También aparece una llamativa pérdida de peso. El paciente necesita cuidados continuos debidos, entre otras cosas, al descontrol esfinteriano. No obstante, el paciente con EA suele sucumbir por enfermedades intercurrentes (neumonía) antes que por la propia enfermedad cerebral. En general, la supervivencia en la EA es de 4-10 años, con rangos extremos entre 1 y 20 años.

Para concluir, cabe añadir que, a pesar de ser necesario crear una escala de graduación de las demencias con el fin de anticipar su posible evolución así como elaborar un tratamiento, también es importante tener en cuenta que cada persona evoluciona a un ritmo diferente al que puede tener otro paciente afectado por la misma enfermedad. En general, cada persona lleva su propio curso de enfermedad y un enfermo de Alzheimer puede presentar toda la sintomatología descrita en cada una de las fases clínicas de la enfermedad, o puede solamente presentar una parte, o bien manifestar otros síntomas distintos que no coincidan con los descritos, o con cualquier otro enfermo de Alzheimer (Buckwalter, Sobel, Dunn, Diz, y Henderson, 1993; Danner, Beck, Heacock y Modlin, 1993; Perlado, 1995).

3.3. Intervención en enfermos de Alzheimer.

La intervención con personas que sufren Alzheimer tiene como principal objetivo paliar aquellos síntomas que afectan directamente a la calidad de vida de los pacientes. Como ya se ha visto, existe una relación más que evidente entre el deterioro neurológico y los síntomas que muestra la persona. Esta evidencia se extiende a la relación entre la evaluación del paciente y los programas de intervención a diseñar.

Si partimos de que la enfermedad es heterogénea y no hay dos enfermos iguales (especialmente en las primeras fases de la enfermedad), los procesos de evaluación y las consecuentes intervenciones que se planifiquen con estos pacientes deberían de seguir la misma lógica. Así mismo, cualquier tipo de intervención deberá ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las características determinadas de cada paciente. En este paso, la evaluación neuropsicológica es clave, no tanto con una finalidad diagnóstica, sino con el fin de estimular las capacidades todavía mantenidas por el paciente (García-Meilán, y Carro-Ramos, 2011).

La Intervención neurocognitiva ha tenido como uno de sus objetivos principales detener, controlar o ralentizar el progresivo deterioro cognitivo-conductual con fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa como el donepezilo y rivastigmina. Estos fármacos tienen como objetivo paliar la pérdida neuronal, mantener y modular la eficacia de la actividad colinérgica en las sinapsis neuronales. Estos fármacos y otros similares tienen como propósito final permitir a las zonas no dañadas transmitir la información a través de los circuitos cerebrales y, de forma indirecta, mantener las capacidades cognitivas y psicológicas en los casos en que éstas se hayan de alguna manera conservadas, caso que ocurre de una forma relevante en el caso de la demencia leve o moderada (García-Meilán, y Carro-Ramos, 2011).

Sin embargo, se ha demostrado repetidamente que la demencia leve-moderada (el 75% de los casos) se puede beneficiar, no solo de estas terapias farmacológicas, sino además de otro tipo de estrategias terapéuticas sintomáticas y paliativas en beneficio del enfermo y de su familia (Tárraga, 1991). Estas terapias provienen de diferentes áreas y se basan en diferentes modelos de intervención. Entre ellas, la más conocida y relevante es la estimulación cognitiva (Muñiz, Olazarán, Amador, González, Morillas y Apesteguía, 2005; Olazarán et al., 2004). En efecto, actividades cognitivas tales como leer, escribir, participar en grupos de discusión, realizar juegos de mesa, tocar un instrumento musical o hacer puzles y crucigramas, son de los pocos elementos que parecen disminuir el riesgo de demencia y paliar el rápido desarrollo de la enfermedad (Verghese et al., 2003).

Algunas de las terapias según el ámbito de intervención serían: Estimulación cognitiva (Integral o General); específica (Memoria, atención, Lenguaje...); Orientación a la realidad; intervención conductual (relajación, Control emocional...); terapias ocupacionales (Musicoterapia, Arteterapia, Equinoterapia, etc.); terapias motivacionales y emocionales (Montessori, Reminiscencia, etc.); terapia sobre actividades de la vida diaria; reestructuración ambiental; terapias para familiares; terapias de fomento de la plasticidad neuronal; estimulación sensorial; etc.

Todo este tipo de actividades están basadas en el uso directo o indirecto de los procesos de aprendizaje, el manejo de las habilidades psicoafectivas para mantener nuestras capacidades mentales, y el mantenimiento de las habilidades comunicativas que nuestro

cerebro mantiene con el exterior para intercambiar información. Estas técnicas se apoyan en la comunicación a través de los diferentes sistemas sensoriales con nuestros procesos cognitivos: lenguaje, sensaciones visuales, auditivas, motoras, táctiles, olfativas; estímulos internos de la memoria semántica, olfativa, auditiva..., además de las relaciones sociales, emocionales y motivacionales. (García-Meilán, y Carro-Ramos, 2011).

Así pues, es necesario establecer programas de intervención cognitiva que optimicen la cognición, prevengan los problemas conductuales y mantengan siempre que sea posible las funciones cognitivas de los pacientes con Alzheimer. De este modo, la intervención tendrá efectos positivos en la calidad de vida del paciente y en su entorno familiar. También es recomendable llevar a cabo programas de apoyo a los familiares y programas psicoeducativos con el objetivo de disminuir el malestar emocional que comporta un diagnóstico de demencia y otros posibles trastornos que se derivan del mismo (Zunzunegui, del Ser, Rodríguez, Gsrcía, Domingo y Otero, 2003).

4. Declive de la memoria autobiográfica en el curso del a-DCL y la EA.

Numerosos estudios han investigado las pérdidas de memoria autobiográfica que sufren los sujetos con DCL y EA. La mayoría de estudios coinciden en que existe un déficit M.A. en ambos grupos (Addis and Tippett, 2004; Dorrego et al., 1999; Graham and Hodges, 1997; Greene et al., 1995; Greene and Hodges, 1996; Hou et al., 2005; Irish, Lawlor, O'Mara y Coen, 2010; Ivanoiu et al., 2006; Leyhe, Muller, Milian, Eschweiler y Saur, 2009), pero existe desacuerdo en cuanto al patrón del déficit: ¿qué componente se muestra más deteriorado, el episódico o el semántico? ¿Qué recuerdos muestran mayor nivel de deterioro, los recientes o los remotos?

Todos los estudios coinciden en que, en la EA el componente episódico de la M.A. se muestra deteriorado (Addis y Tippett, 2004; Greene et al., 1995; Greene y Hodges, 1996; Hou et al., 2005; Irish et al., 2011a; Ivanoiu et al., 2006; Meeter, Eijsackers y Mulder, 2006; Meléndez et al., 2016; Müller et al., 2013; Leyhe et al., 2009). En esta línea, se ha observado

en este tipo de pacientes presenta grandes dificultades para revivir mentalmente los acontecimientos pasados, así como aspectos fenomenológicos tales como imágenes visuales y la re-experiencia emocional (Irish, Lawlor, O'Mara y Coen, 2011b), aspectos altamente relacionados con el recuerdo autobiográfico de tipo episódico.

En este sentido, Piolino et al., (2003) llevó a cabo un estudio con sujetos con EA donde evaluó la pérdida de conciencia auto-noética asociada a esta enfermedad, aspecto que se relaciona con el déficit que se observa en el recuerdo autobiográfico episódico. Este autor, haciendo uso del paradigma "R/K", traducido al español como "Recordar vs. Saber", pedía a los sujetos que aportaran recuerdos personales y se valoraban como respuestas de tipo "recuerdo", si eran capaces de recuperar un evento específico codificado dentro de un contexto, o como respuestas de tipo "conocimiento", si ellos simplemente conocían o sabían que ese evento les había ocurrido a ellos, pero no eran capaces de recordar ningún detalle contextual. Las respuestas de tipo "recuerdo" se asocian a la conciencia auto-noética mientras que la de tipo "conocimiento" se asocia con la conciencia noética. El estudio mostró que los pacientes con EA presentaban una peor capacidad para recuperar eventos autobiográficos específicos, un déficit relacionado con la falta de habilidad para revivir mentalmente dichos eventos (deterioro de la conciencia auto-noética). El fallo en la conciencia auto-noética también se observó en repeticiones subsecuentes que mostraron menor cantidad de respuestas "Remember" y más respuestas "Saber" en participantes con EA en comparación con mayores sanos (El Haj, Moroni, Luyat, Omigie y Allain, 2014; Hudon, Belleville y Gauthier, 2009; Rauchs et al., 2007).

Así pues, con el avance de la enfermedad, se observa una pérdida substancial en los detalles procedentes de la M.A. episódica. Esta pérdida conduce a la descontextualización o semantización de los recuerdos autobiográficos, y a un cambio en la habilidad de revivir mentalmente los eventos del pasado, siendo una sensación más general de familiaridad que puede ser expresado por los sujetos con EA como la sensación de "haber experimentado esto antes".

En cuanto al conocimiento autobiográfico semántico las conclusiones no son coincidentes. Por un lado, hay estudios que observan un deterioro en este tipo de conocimiento autobiográfico desde las primeras etapas de la enfermedad (Addis y Tippett,

2004; Leyhe et al., 2009; Müller et al., 2013), mientras que otros señalan que se mantiene hasta fases moderadas de la EA (Irish et al. 2011a; Martinelli, Anssens, Sperduti y Piolino, 2013; Melendez, Torres, Redondo, Mayordomo y Sales, 2015; Murphy et al., 2008).

En resumen, se podría afirmar que los recuerdos episódicos, especialmente la riqueza de detalles, se ven deteriorados en el curso de la EA, mientras que los recuerdos semánticos se mantienen en la memoria hasta fases moderadas de la enfermedad, mostrando así una clara disociación entre M.A. episódica y semántica (Seild, Luekenb, Thomanna, Geider y Schrodera, 2011). Por consiguiente, esta disociación según Addis, McIntosh, Moscovitch, Crawley y McAndrews (2004) apoya la teoría de que las funciones de ambos elementos se sirven de distintos sistemas neuronales (Teoría de la huella múltiple).

Por lo que respecta a pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL), como ya se ha visto, la teoría sitúa a las personas que lo padecen en una posición central entre el envejecimiento sano y la enfermedad de Alzheimer (Perri, Serra, Carlesimo y Caltagirone, 2005). Por este motivo, el recuerdo autobiográfico también se ve afectado en estos sujetos, aunque en menor medida que en sujetos con enfermedad tipo Alzheimer. Respecto a la memoria autobiográfica episódica, la gran mayoría de investigaciones coinciden en que ésta se ve deteriorada en sujetos con DCL. Es decir, el grupo DCL-a produce menos detalles específicos en sus recolecciones, al compararse con un grupo control. Un ejemplo que coincide en estos resultados sería el estudio llevado a cabo por Murphy et al. (2008) quienes han observado que los recuerdos episódicos y semánticos se muestran diferencialmente afectados en el curso de la a-DCL, durante los primeros cambios cerebrales que se observan en la patología. En este estudio se señala una disminución significativa en el componente episódico, en comparación con el contenido semántico. Los pacientes aportan recuerdos más semantizados, siendo menos detallados en comparación con los controles sanos (Donix, Brons, Jurjanz, Poettrjch, Winiecki y Holthoff, 2010; Irish et al., 2010; Leyhe et al 2009).

En estos estudios, todos los pacientes presentaban DCL amnésico, con al menos un deterioro mnésico objetivo que apoyara el problema de memoria (Petersen, 2004). Es importante centrarse en este tipo de pacientes, así como en pacientes con DCL multidominio ya que tienen mayor riesgo de convertirse en demencia tipo Alzheimer, en comparación con los DCL no- amnésicos (Mitchell y Shiri-Feshki, 2009).

En cuanto al componente semántico de la M.A. los resultados son variados. Hay estudios que han mostrado que la memoria semántica se mantiene relativamente intacta en sujetos con DCL (Barnabe et al., 2012). También hay investigaciones que muestran un aumento en la memoria semántica en sujetos con DCL comparados con sujetos sanos (Murphy et al., 2008), lo cual podría deberse a una semantización del recuerdo episódico. Finalmente, también hay investigaciones que muestran pérdidas tanto en la memoria episódica como en la memoria semántica en comparación con sujetos sanos, eso sí, siendo mucho más significativas las pérdidas en la memoria episódica (Donix et al., 2010; Gamboz et al., 2010; Irish et al., 2010; Leyhe et al., 2009).

En estudios que comparan ambos grupos, como el llevado a cabo por Barnabe et al. (2012) y Meléndez et al. (2016), coinciden con investigaciones previas, mostrando un déficit en M.A. en pacientes con DCL o EA. Usando el *Autobiographical Memory Interview* (AMI; Kopelman, Wilson y Baddeley, 1990) señalan que los sujetos con deterioro cognitivo frente a los sanos presentaban un rendimiento significativamente peor en los dos tipos de memoria; además, al analizar por etapas se comprobó que cuando se refería a recuerdos episódicos este rendimiento era peor en todas mientras que el recuerdo semántico se observaban diferencias para las etapas de juventud/adulthood y vida reciente. Al comparar los pacientes con DCL y EA, solamente se observaron diferencias en memoria semántica y no episódica, siendo estas diferencias significativas en las etapas de juventud/adulthood y vida reciente. De este modo, se podría estudiar la relación con la progresión de la enfermedad y los cambios en el recuerdo autobiográfico con la finalidad de confirmar la validez predictiva de los déficits en M.A. episódica y semántica en el caso de sanos a deterioro cognitivo y el déficit en memoria semántica cuando comparan DCL y EA.

4.1. Amnesia anterógrada y retrógrada y sustratos neuroanatómicos.

Uno de los síntomas más tempranos en aparecer en la enfermedad de Alzheimer es la amnesia anterógrada (es decir, la incapacidad para crear nuevos recuerdos), seguido de una amnesia retrógrada con forma va avanzando la enfermedad (incapacidad para recordar recuerdos del pasado). Un gran número de estudios empíricos han observado en fases moderadas de la EA una mejor habilidad para evocar recuerdos remotos en comparación

con los recientes (Greene et al., 1995; Hou et al., 2005; Irish et al., 2011a; Ivanoiu et al., 2006; Meeter et al., 2006; Leyhe et al., 2009).

Sin embargo, este patrón ha sido observado únicamente cuando memoria autobiográfica episódica y semántica se agrupan para formar una puntuación global de recuerdo autobiográfico. En cambio, cuando se consideran por separado, los recuerdos episódicos tienden a mostrarse deteriorados, independientemente del momento temporal que se esté teniendo en cuenta, mientras que los recuerdos remotos semánticos tienen a preservarse mejor que los recientes (Irish et al., 2011a; Ivanoiu et al., 2006; Piolino et al., 2003). Esto puede explicarse porque las representaciones de información relevante personal, que forma parte de los recuerdos semánticos de etapas tempranas de la vida, están más fuertemente integradas en el cerebro, y mejor consolidadas, y es por tanto más complicado que se deteriore con la EA.

Este planteamiento va en línea con la teoría de la Huella Múltiple (Nadel y Moscovitch, 1997; Nadel, Winocur, Ryan y Moscovitch, 1997), la cual propone que al contrario que los recuerdos episódicos, que se mantienen dependientes del sistema cortico-hipocampal a lo largo de toda la vida, los recuerdos personales semánticos permanecen independientes del lóbulo temporal medial con el paso del tiempo. Desde este punto de vista, los recuerdos semánticos son transferidos con el paso del tiempo a la corteza (especialmente al lóbulo temporal anterior izquierdo (Budson y Price, 2005), y las estructuras temporales mediales no son pues necesarias para este tipo de recuerdo, mientras que los recuerdos episódicos siempre permanecen dependientes de la interacción entre el hipocampo y la corteza. En esta línea, estudios neuropsicológicos (Gilboa, Ramirez, Köhler, Westmacott, Black y Moscovitch, 2005; Kapur, Thompson, Kartsounis, y Abbott, 1998; Moscovitch et al., 2005), y estudios de neuroimagen (Maguire, 2001; Svoboda et al., 2006), apoyan la teoría de que los dos componentes de la M.A. son diferentes por naturaleza en cuanto a las regiones cerebrales implicadas, siendo el lóbulo temporal medial (LTM) la región asociada al componente episódico, y la corteza temporal lateral (particularmente en la izquierda), con el semántico. Aunque no existen conclusiones claras sobre la implicación exacta del lóbulo temporal medial en el recuerdo autobiográfico episódico, sí que se sabe

que afecta a la calidad o la riqueza de la experiencia recolectiva (Moscovitch et al, 2005; Summerfield, Hassabis y Maguire, 2009), existe evidencia de que el hipocampo se relaciona con la construcción de la escena, el procesamiento de la información espacial (Burgess, Maguire, y O'Keefe, 2002) y, por tanto, es crucial para imaginar nuevas experiencias, así como recordar el pasado detalladamente (Eichenbaum, 2004; Summerfield et al., 2009).

Teniendo en cuenta que en pacientes con DCL o EA, se aprecia una pérdida de volumen en el lóbulo temporal medial, particularmente el hipocampo y el cortex entorhinal (Devanand et al., 2007; Du et al., 2001), la cual se asocia con un decline en la memoria anterógrada y retrograda (Gilboa et al., 2005; Rosen et al., 2003; Van Petten, 2004), es de esperar que los recuerdos autobiográficos semánticos se muestren menos afectados en este tipo de patología. En pacientes con DCL-a, el volumen del LTM es intermedio entre mayores sanos y sujetos con EA (Devanand et al., 2007). En esta línea, el volumen del hipocampo y las estructuras relacionadas correlaciona con el rendimiento en las pruebas de memoria anterógrada en el envejecimiento normal (Rosen et al., 2003; Van Petten, 2004) así como en el DCL (Chetelat, Desgranges, De La Sayette, Viader, Eustache y Baron, 2003), y la atrofia de estas regiones es un predictor sensitivo de la progresión del DCL a la EA (De Toledo-Morrell, Goncharova, Dickerson, Wilson y Bennett, 2000; Jack et al., 1999; Killiany et al., 2000).

Siguiendo con las diferencias entre el recuerdo autobiográfico reciente o remoto, existe todo un dilema en cuanto a si existe o no gradiente temporal de pérdida de memoria autobiográfica en sujetos con deterioro. En este trabajo se recogen las conclusiones más relevantes de la investigación hasta el momento actual. Por ejemplo, según la teoría de la huella múltiple, es de suponer que los recuerdos semánticos remotos sobrevivirán a la atrofia del hipocampo. Pero los semánticos recientes, por permanecer todavía dependientes del LTM, se perderán desde fases iniciales, debido a la amnesia anterógrada que acompaña a la enfermedad. Por tanto, la teoría de la huella múltiple predice un gradiente de pérdida temporal donde los recuerdos semánticos remotos se mantendrán durante más tiempo que los recientes (Ivanioiu et al., 2006; Frankland y Bontempi, 2005; Nadel y Moscovitch, 1997; Shimamura, 2002).

Muchos autores coinciden en cuanto al gradiente temporal en la M.A. semántica.

(Kopelman, 1989; Addis y Tippett, 2004; Ivanoiu et al., 2006; Leyhe et al., 2009; Müller et al., 2013). Estos autores reportaron un gradiente temporal en M.A. semántica en sujetos con EA, así como una tendencia de gradiente en sujetos con DCL (Leyhe et al., 2009). Autores como Piolino et al. (2003) también señalaron gradiente temporal en la M.A. semántica, pero no en la episódica. No obstante, otros observaron un gradiente plano en el mismo tipo de muestra (Addis, Sacchetti, Ally, Budson y Schacter, 2009; Gilboa et al., 2005; Graham y Hodges, 1997; Greene et al., 1995; Hou et al., 2005; Meeter et al., 2006).

En cuanto a la memoria autobiográfica episódica, evaluando a pacientes con DCL o EA, numerosos estudios han encontrado evidencias de un gradiente temporal (Graham y Hodges, 1997; Greene et al., 1995; Irish et al., 2011a; Kopelman, 1989; Leyhe et al., 2009;), mientras que otros estudios no han encontrado ninguna diferencia entre el recuerdo de eventos recientes o remotos en el recuerdo episódico (Addis et al., 2009; Gilboa et al., 2005; Hou et al., 2005; Ivanoiu et al., 2006; Murphy et al., 2008).

También cabe destacar que cuando se toma una puntuación total de MA, que tiene en cuenta ambos tipos de recuerdo (específico y general), los resultados revelan que, comparando con un grupo control, los tres grupos de pacientes exhiben un déficit en MA, con diferentes perfiles temporales, consistentemente con estudios previos; un suave gradiente temporal de pérdida, de remota a reciente, se observa en sujetos con EA (Graham y Hodges, 1997; Kopelman, 1989, 1992).

Cabe destacar que este gradiente de pérdida de memoria se conoce como gradiente de Ribot (1881) a partir de un estudio llevado a cabo por este autor en el cual estudiaba pacientes con lesión cerebral traumática. Esta patología es la más común donde se observan trastornos de memoria en sujetos jóvenes. Ribot (1881) fue uno de los pioneros en estudiar la amnesia retrograda, observando en el caso de un oficial que cayó de su caballo y sufrió una lesión cerebral traumática, dando como resultado daño en el lóbulo parietal. Ribot (1881) observó que, durante las horas posteriores a la caída, el paciente perdió sus memorias previas y posteriores a la caída. Los recuerdos volvieron gradualmente, empezando por los más remotos, aunque él nunca llegó a recuperar ningún recuerdo de la caída. Basándose en este caso y muchos otros, Ribot (1881) propuso su ley, que afirma que

la alteración de la memoria es inversamente proporcional a su lejanía (es decir, gradiente temporal). No obstante, autores como Seild et al., (2011) plantean que la presencia del gradiente de Ribot no puede confirmarse en pacientes con EA debido al problema derivado de esta enfermedad para generar nuevos recuerdos.

Aun así, no todos los recuerdos semánticos remotos son recordados tras daño hipocampal. Cada vez que se trae a la memoria un recuerdo, este se actualiza y re-codifica, permitiendo la formación de múltiples «huellas» de memoria. De este modo, los recuerdos remotos frecuentemente recordados están representados por más y más fuertes huellas cortico-hipocampales, que aquellos que se recuerdan con menor frecuencia, haciendo estos menos susceptibles del deterioro o el daño cerebral.

Como las huellas de memoria están separadas y distribuidas, incluso un mínimo daño en cualquier lugar del hipocampo puede afectar a la adquisición, retención y recuperación de cualquiera de ellos. Los recuerdos antiguos están asociados con mayor número de huellas, por lo que es más fácil recordarlos y acceder a las rutas. Esto implica que las nuevas huellas recién adquiridas deben ser particularmente vulnerables en el caso de daño hipocampal; pero los recuerdos remotos, que están múltiplemente representados, deben ser capaces de mantenerse tras el daño hipocampal (Nadel y Moscovitch, 1997).

En otras palabras, la frecuencia del recuerdo también influye en la consolidación de la huella. Según el efecto de frecuencia, aquellos recuerdos que se traen a la memoria repetidamente, y por tanto, se multiplican sus representaciones, son menos susceptibles de destruirse, en comparación con aquellos recordados en menor medida, en el caso de aparecer daño hipocampal.

Este efecto no ha sido explorado profundamente, y son muy pocos los estudios que han evaluado la frecuencia del recuerdo en memoria retrógrada (Müller, Mychajliw, Hautzinger, Fallgatter, Saur y Leyhe, 2014). El último estudio al respecto (De Simone, Fadda, Perri, Aloisi, Caltagirone y Carlesimo, 2016), sugiere que el grado y la severidad de la amnesia episódica en la M.A. se puede explicar a través de la acción combinada de, por un lado, la edad del recuerdo, y por otro, la frecuencia del recuerdo; de hecho, la frecuencia del recuerdo protege las huellas episódicas contra el daño inicial en las primeras etapas de la EA.

Por otra parte, la edad del recuerdo cambia la amplitud de este efecto beneficioso, como una función de la antigüedad de la huella.

4.2. Base cognitiva relacionada con la pérdida de M.A.: déficit ejecutivo.

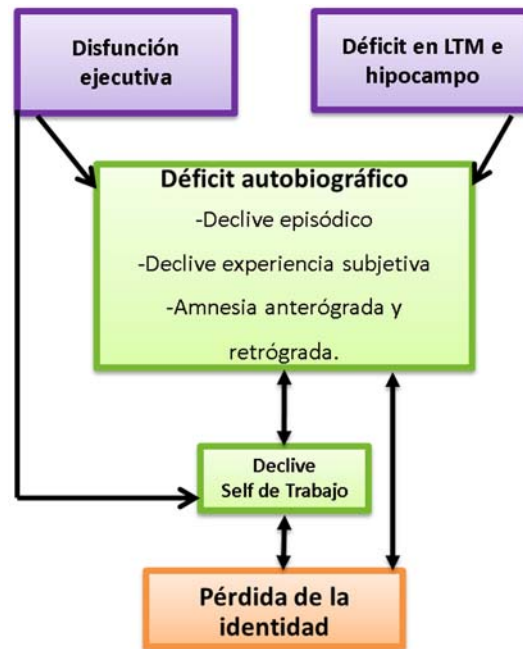
Las personas que padecen EA presentan toda una variedad de déficits cognitivos, incluyendo disfunción ejecutiva, déficits atencionales, dificultades de lenguaje y pérdida de motivación (Landes, Sperry, Strauss y Geldmacher, 2001; Murdoch, Chenery, Wilks y Boyle 1987; Perry y Hodges, 1999).

Moses, Culpin, Lowe y McWilliam (2004) sugieren que el déficit en el control ejecutivo en personas con EA puede ser la causa de una reducción en la especificidad de la MA. La función ejecutiva hace referencia a los procesos de control de nivel superior que están envueltos en la regulación del pensamiento y de la acción. El decline en la función ejecutiva ha sido ampliamente asociado con el deterioro en la M.A. (Dall’Ora, Della Sala y Spinnler, 1989; Della Sala, Laiacona, Spinnler y Trivelli, 1993; Ivanoiu et al., 2006; Meeter et al., 2006). Concretamente, el déficit en la función ejecutiva en el curso de la enfermedad neurodegenerativa se relaciona principalmente con los déficits de la memoria autobiográfica episódica (Addis et al., 2008; Piolino et al., 2010).

Una de las mayores implicaciones en la que se ve envuelta la disfunción ejecutiva es en el decline del concepto teórico “self de trabajo”, el centro ejecutivo que guía la correspondencia y la coherencia de los recuerdos autobiográficos (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). Tal y como se ve en la siguiente figura 17, el déficit ejecutivo puede dar como resultado la distorsión del self de trabajo, y consecuentemente, una baja correspondencia/coherencia entre el recuerdo autobiográfico y las metas y creencias del presente. Además, la función ejecutiva engloba numerosos procesos, como la actualización o el cambio.

La figura 17 muestra el modelo planteado por El Haj, Laroï, Geli-Nargeot y Raffard (2015), al que llamaron MAEA (siglas procedentes de Memoria Autobiográfica en la Enfermedad de Alzheimer).

Figura 17. Modelo de Memoria autobiográfica en la enfermedad de Alzheimer (El Haj et al., 2015).



4.3. Pérdida de la identidad.

Como ya hemos visto en anteriores capítulos, la memoria autobiográfica juega un papel fundamental en la construcción y en el mantenimiento de la identidad personal (Locke, 1694/1979). Es indispensable para mantener el sentido de continuidad y comprender el self a lo largo del ciclo vital. Además, contribuye al desarrollo de actividades como las relaciones sociales, a la toma de decisiones o la solución de problemas (Bluck et al., 2005).

Se conoce que los recuerdos relacionados con eventos del pasado personales son mucho más complejos y emocionales que aquellos recuerdos no autobiográficos verbales y además contienen más información íntima conectada con el self (Conway et al., 2004; Conway, 2005).

De hecho, hay recuerdos importantes para nuestra identidad (Martinelli y Piolino, 2009; Singer, Rexhaj y Baddeley, 2007) que se mantienen durante el proceso de envejecimiento normal, así como en pacientes en fases iniciales enfermedad de Alzheimer (Addis y Tippett, 2004). Por lo tanto, las personas mayores deberían preservar aquellos recuerdos del pasado personal durante más tiempo que aquellos recuerdos verbales no autobiográficos. Una de las razones que explican este fenómeno es el hecho de que estos

recuerdos poseen un alto contenido emocional, y numerosos estudios han demostrado que las emociones no se deterioran ni en el envejecimiento normal (Kensinger, 2009) ni en el patológico (Irish et al., 2011b).

No obstante, los déficits en la memoria autobiográfica en presencia de una demencia tipo Alzheimer acarrearán como consecuencia un deterioro en el sentido de la identidad (Bluck, 2003; Conway et al., 2004; Klein y Gangi, 2010). Debido a la amnesia anterógrada, la amnesia retrógrada, y a la semantización de la M.A. que sufren los pacientes con EA, éstos tienen un acceso limitado a los recuerdos que forman su auto-conciencia, auto-conocimiento, así como auto-imagen, dando como resultado un comprometido sentido de identidad. Este problema ha sido evaluado en un estudio (Addis y Tippett, 2004), en el cual pacientes con EA en fases moderadas, fueron evaluados con la entrevista AMI, así como pruebas cognitivas relacionadas con el sentido de identidad. En estas pruebas, los participantes tenían que proporcionar respuestas a preguntas como “¿Quién soy?”, y también fueron evaluados con una escala que evaluaba juicios personales, por ejemplo “Soy una persona alegre”, juicios relacionados con el self familiar: “Soy miembro de una familia feliz”, juicios relacionados con el self social: “Soy una persona amistosa”; con el self ético: “Soy una persona decente”; así como juicios sobre el self-físico “Tengo un cuerpo sano”. En estos estudios, un pobre conocimiento autobiográfico correlacionaba significativamente con un débil sentido de identidad.

No obstante, cabe tener en cuenta que, a pesar del deterioro observado en la memoria autobiográfica episódica, al mantenerse relativamente los recuerdos semánticos hasta fases moderadas de la enfermedad, cabe suponer que este tipo de recuerdos sigan apoyando el sentido de identidad y continuidad. (Duval, Eustache y Piolino, 2007; Piolino et al., 2006).

Además, teniendo en cuenta que los recuerdos remotos se recuerdan mejor que los recientes, al menos hasta fases moderadas de la EA, el bump de reminiscencia puede ofrecer a los pacientes con EA una parte significativa de los eventos que han definido sus historias de vida. De hecho, el bump de reminiscencia ha sido el aspecto más estudiado en la curva de recuerdo, ya que cubre los eventos más importantes de nuestras vidas. Se considera que el bump de reminiscencia es el resultado de muchas experiencias de “primera vez”, y estos

eventos novedosos son utilizados más adelante, como hitos, cuando las personas experimentan eventos similares (Pillemer, 2001). Este bump de reminiscencia es el componente de la memoria más relacionado con la identidad, ya que contiene aquellas memorias y eventos más auto-definitorias, que son vividas y cargadas de emoción, con un gran impacto en el sentido de identidad (Conway et al., 2004).

Para comprender como afecta el déficit de recuerdo autobiográfico en el mantenimiento de la identidad, es imprescindible comprender dos principios que forman la construcción de la memoria: coherencia y correspondencia (Conway, 2005). La coherencia es un proceso que opera en el momento de recordad eventos autobiográficos con el fin de crear una consistencia entre el recuerdo y las creencias del presente, así como la auto-imagen, es decir, aquellos modelos mentales de la identidad en relación con las metas del pasado, presente y futuro (Conway, 2005). En otras palabras, las memorias se reconfiguran durante el proceso de recuerdo para apoyar nuestras creencias sobre el mundo y sobre nosotros mismos. El principio de coherencia también puede expresarse en términos probabilísticos: las creencias presentes podrían determinar a priori, la probabilidad de que ciertos eventos puedan haber ocurrido, y a partir de ahí, la probabilidad de ser recordados. El principio de correspondencia dicta que los recuerdos autobiográficos deben corresponder con la experiencia original. Por tanto, el recuerdo autobiográfico depende de dos fuerzas: una cuyo objetivo es representar el pasado tal y como fue experimentado (correspondencia), y el otro cuyo objetivo es reconstruir el recuerdo de manera que concuerde con nuestras creencias y metas del presente (coherencia) (Conway, 2005). En este marco teórico, ambos principios son supervisados por el centro ejecutivo conocido como “El Self de Trabajo” (*Working Self* en inglés) (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). Un deterioro severo de la función ejecutiva en EA podría explicar la débil coherencia y correspondencia en los recuerdos autobiográficos, así como el deterioro en el sentido del self en la enfermedad.

Numerosos estudios han investigado el efecto de la EA en los recuerdos auto-definitorios. Uno de estos estudios señaló que la mayoría de las memorias autobiográficas recordadas por los participantes que sufrían EA, provenían de su bump de reminiscencia (Fromholt et al., 2003). Otro estudio evaluó el impacto de la EA en los recuerdos auto-definitorios, a través de pedirles a los participantes con EA así como a un grupo control de

mayores sanos, que evocaran recuerdos autodefinitorios. Estos recuerdos se caracterizan por ofrecer una autoimagen clara de la persona, y son útiles para explicar a otros quienes somos (Blagov y Singer, 2004), así como para comunicar sobre ellos mismos para facilitar la intimidad y el autoconocimiento (Thorne, McLean, y Lawrence, 2004). Dicho estudio (Martinelli, et al., 2013) ha mostrado menos recuerdos auto-definitorios específicos en pacientes con EA, en comparación con los sujetos controles. Por tanto, los recuerdos auto-definitorios, o recuerdos que son altamente relevantes para la auto-imagen, parece ser que disminuyen desde etapas moderadas de la EA, lo que se puede explicar con el comprometido sentido de identidad que ocurre en esta enfermedad.

4.4. Rehabilitación clínica del recuerdo autobiográfico.

El objetivo para la rehabilitación clínica de la M.A. en la EA es recuperar, dentro de lo posible, las memorias inaccesibles o bien, al menos, mantener la “piscina” de recuerdos autobiográficos todavía disponibles. Existen diferentes estrategias terapéuticas entre las que se encuentra la terapia de reminiscencia. Numerosos estudios han mostrado los beneficios de esta terapia entre los que se encuentra Meléndez et al. (2016) y Lalanne, Gallarda, y Piolino (2015), quienes observaron que los mayores que sufrían EA que habían formado parte de un programa de reminiscencia, en comparación con un grupo control que no había formado parte, mostraron una mejora en la cantidad de recuerdo autobiográfico, específicamente la mejora se observaba en la M.A. semántica.

Cabe destacar el aspecto semántico del recuerdo autobiográfico en EA a la hora de diseñar estudios de rehabilitación ya que diferentes trabajos han mostrado que la memoria semántica personal contribuye a numerosos procesos cognitivos que se relacionan con el pensamiento auto-referencias, como un reflejo de uno mismo en el pasado, imaginando el futuro personal, y manteniendo la auto-identidad (Grilli y Verfaellie, 2014). De hecho, la M.A. semántica apoya al conocimiento de los rasgos de uno mismo, los roles, los pensamientos y las creencias, lo cual se relaciona con el pensamiento auto-referencial, que es altamente conceptual, e independiente del lóbulo temporal medial (Grilli y Verfaellie, 2014). Por tanto, la M.A. semántica, la cual se preserva relativamente en etapas iniciales y moderadas de la EA, puede ser utilizada como ayuda para mejorar la auto-identidad y la

auto-continuidad, así como en el desarrollo de la estrategia de la cognición autorreferencial.

Por último, más allá de la reminiscencia existe otra terapia más novedosa conocida como estimulación auditiva. Esta terapia se basa en el efecto beneficioso que la música tiene en el estado de ánimo en los pacientes con EA. Tomando en cuenta dicha premisa, un estudio ha evaluado los efectos que tiene la música en el recuerdo autobiográfico en la EA (Foster y Valentine, 2001). Los autores pidieron a los pacientes con Alzheimer en fases leves y moderadas, que completaran un cuestionario de memoria autobiográfica mientras sonaba de fondo: a) las cuatro estaciones de Vivaldi; b) música desconocida; c) el ruido de una cafetería; d) silencio. El resultado de los participantes respecto a la memoria autobiográfica fue significativamente mejor en las situaciones de sonido que en silencio; y mejores mientras se escuchaba música que sonado el ruido de la cafetería. Estos resultados fueron replicados por otro estudio, también con sujetos con EA, que obtuvo mejores que el recuerdo fue mejor cuando las personas escogían la música que en las Cuatro Estaciones de Beethoven, y en ambas dos mejores que en silencio (El Haj, Postal y Allain, 2012). Estos rasgos son característicos de los recuerdos involuntarios, o los recuerdos autobiográficos que aparecen en la conciencia de forma espontánea (Berntsen, Staugaard y Sørensen, 2013). Por lo tanto, los efectos negativos de la EA en la memoria autobiográfica pueden en cierta medida ser aliviados por la exposición a la música. Sin embargo, hay que señalar que en la mayoría de estos estudios sólo se tuvo en cuenta un único evento autobiográfico (El Haj, Clément, Fasotti y Allain, 2013) o bien únicamente el componente semántico de la M.A. (Foster y Valentine, 2001).

5. Enfermedad de Parkinson (EP).

5.1. Evolución del concepto y criterios clínicos para el diagnóstico.

La enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa del sistema nervioso central. Fue descrita originalmente en 1817 por James Parkinson, un médico británico que publicó un artículo sobre lo que él llamó "la parálisis temblorosa". En ese documento,

expone los síntomas principales de la enfermedad que posteriormente llevaría su nombre. Los siguientes 100 años fueron dedicados por los científicos a la lucha por identificar las causas y tratamientos de la enfermedad, definiendo la mayoría de sus síntomas, la distribución en la población y las posibilidades de cura. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia, y afecta al 1-2% de la población de más de 65 años (De Rijk et al., 1997). Es una enfermedad progresiva y crónica, causada por la lenta degeneración de las neuronas cerebrales de un grupo específico, concretamente, las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra.

La enfermedad de Parkinson deriva del parkinsonismo, que es la consecuencia de la pérdida de células cerebrales que producen dopamina, neurotransmisor que ayuda a dirigir la actividad muscular. Por otro lado, se produce un aumento de otro neurotransmisor llamado acetilcolina que tiene efectos excitatorios y es la responsable de los temblores y rigidez muscular. Los síntomas principales son temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y pérdida de los reflejos posturales, pudiendo estar acompañado de fenómenos disautonómicos, micrografía, hipotonía o disartria. Para el diagnóstico de parkinsonismo deben estar presente al menos dos de las cuatro características comunes: tremor, bradicinesia o aquinesia, rigidez e inestabilidad postural. Sin embargo, la situación se complica por casos raros de aquinesia pura con ausencia de tremor y rigidez que se observa en la clásica patología denominada Enfermedad de Parkinson (EP).

Dentro de la clasificación de parkinsonismo hay un gran número de trastornos, algunos de ellos todavía por clasificar. Concretamente, existen tres grandes grupos de parkinsonismos, descritos a continuación: 1) Parkinsonismo idiopático o primario: Representado por la Enfermedad de Parkinson. Es la forma más frecuente de parkinsonismo, y la segunda enfermedad degenerativa del sistema nervioso tras la enfermedad de Alzheimer; 2) Parkinsonismo sintomático o secundario: Son aquellos cuadros clínicos de parkinsonismo que tienen una causa conocida identificable en un fármaco o en una circunstancia patológica concreta; 3) Parkinsonismo plus: El cuadro parkinsoniano se engloba dentro de otras enfermedades neurológicas que pueden afectar al paciente.

No obstante, la enfermedad de Parkinson no solo causa disfunción motora, sino que además presenta trastornos cognitivos, psiquiátricos, autonómicos y sensoriales. En fases

avanzadas, la presencia de demencia o psicosis es común: estudios longitudinales sugieren que alrededor del 75% de los pacientes con enfermedad de Parkinson suelen desarrollar demencia, y la presencia de alucinaciones se encuentra entorno al 16-17% en encuestas poblacionales frente al 30-40% en población hospitalizada. El patrón de los déficits cognitivos en la enfermedad de Parkinson es variable, pero suele ir de la mano de un déficit ejecutivo similar al observado en pacientes con lesiones frontales, así como deterioro de la memoria episódica, disfunción visoespacial y alteración de la fluidez verbal y el lenguaje (Aarsland y Andersen, Larsen y Lolk, 2003; Aarsland y Kurz, 2010; Iranzo, 2013; Emre, 2003; Emre, et al., 2007).

Debido a la ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson es clínico (Gibb y Lees, 1988). Los criterios clínicos más usados en la actualidad son los del UK Brain Bank (Ward y Gibb, 1989). No hay muchos estudios de validación clínico-patológicos, pero se ha observado que aproximadamente, de 100 pacientes diagnosticados clínicamente de EP sólo 75 cumplen los criterios clínicos de la enfermedad (Hughes, Daniel, Kilford y Lees, 1992); otro estudio más reciente muestra una ratio mejor de 72/79, lo que incita a pensar que existe una mayor concienciación de los clínicos en el diagnóstico (Hughes, Daniel y Lees, 2001).

Se estima que la prevalencia media en Europa (Von Campenhausen et al., 2005) de la EP es de 108-207/105. La edad aumenta la prevalencia de la enfermedad de Parkinson, aunque por encima de los 80 años, debido a las comorbilidades esta tiende a decrecer. No hay acuerdo en los diferentes estudios si es mayor la prevalencia en hombres que en mujeres (García-Ramos, Valdés, Ballesteros, Jesús, y Mir, 2003).

En España son muchos los estudios de prevalencia realizados. Los resultados de prevalencia obtenidos varían entre 150 y 1500/105 habitantes. La prevalencia media de EP en España es de 682,2/105 con IC (127,4/105-1491,7/105). En los estudios españoles la prevalencia aumenta claramente a partir de los 70 años y desciende conforme avanza la edad probablemente por la mortalidad de los pacientes. Uno de los pocos trabajos que ha estudiado los pacientes menores de 60 años, el de Errea, Ara, Aibar y Pedro-Cuesta (1999), señala una prevalencia de Parkinson en menores de 40 años de 3,3/105 y en menores de 50 años de 16,5/105. Aparte de los estudios ya señalados hay un estudio retrospectivo

transversal multicéntrico que encuentra una frecuencia mayor en varones de medio urbano de EP de inicio en menos de 40 años (García-Ramos et al., 2003; Chacón et al., 2007).

Patológicamente, la EP se caracteriza por la pérdida de células procedentes de la sustancia negra y por la presencia de cuerpos de Lewy en el resto de neuronas. De hecho, el termino parkinsonismo de cuerpos de Lewy es a veces utilizado como sinónimo de EP. Dada la ausencia conocida de marcadores biológicos, supone un reto para los clínicos el cómo establecer un diagnóstico exacto de la EP así como diferenciar esta de otras condiciones similares.

Así pues, los criterios diagnósticos establecidos para la EP son: a. Signos motores cardinales: temblor de reposo distal (3-6 Hz): constituye el tipo de temblor más frecuente observado en la EP (69-100% de los casos), aunque puede encontrarse también en otros cuadros extrapiramidales; b. Rigidez: es un signo común a muchos trastornos clínicos, pero está presente en un alto porcentaje en los casos de EP (89-99%); c. Bradicinesia: se manifiesta en el 77-98% de los casos, pero no puede considerarse una característica exclusiva de la EP; d. Inicio asimétrico: constituye la forma más frecuente de presentación inicial de la sintomatología (72-75% de los casos), aunque puede ser una característica no exclusiva (Gelb, Oliver y Gilman, 1999).

Existen ciertas manifestaciones clínicas sugestivas de un diagnóstico diferente al de EP, por tratarse de síntomas atípicos. Estos podrían ser: inestabilidad postural precoz (dentro de los primeros tres años del inicio); fenómeno de freezing precoz; alucinaciones no relacionadas con la farmacoterapia; demencia precoz; parálisis de la mirada vertical; disautonomía grave no relacionada con la farmacoterapia; causas claras de parkinsonismo sintomático (lesiones focales o uso de neurolépticos, entre otros).

Ningún síntoma clínico resulta suficientemente sensible y específico por sí mismo; por esta razón, Gelb et al. (1999) han propuesto combinaciones distintas de los parámetros clínicos nombrados anteriormente, con el objetivo de identificar diferentes niveles de diagnóstico: posible, probable y definitivo (Tabla 5). El cumplimiento riguroso de los criterios clínicos reduce la posibilidad de un diagnóstico errado a menos del 10%, pero tampoco garantiza la certeza absoluta del diagnóstico (Hughes, Daniel, Ben-Shlomo y Lees, 2002).

Tabla 5. Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson.

Posible	Presencia de al menos dos de los cuatro signos cardinales (de los cuatro, uno debe ser temblor o bradicinesia) Ausencia de síntomas atípicos Respuesta al uso de levodopa o dopaminérgicos (o ausencia de un adecuado tratamiento con levodopa o dopaminérgicos)
Probable	Presencia de al menos tres de los cuatro signos cardinales Ausencia de síntomas atípicos durante al menos 3 años. Respuesta al uso de levodopa o dopaminérgicos
Definitiva	Presencia de todos los criterios posibles para el diagnóstico de la EP Confirmación con la autopsia

Cabe destacar que los estudios de neuroimagen han sido de gran ayuda, aportando luz dentro de la fisiopatología, así como el trascurso natural de la EP, y se ha convertido en una herramienta útil para hacer seguimiento a la progresión de la enfermedad, así como para evaluar nuevos neuroprotectores potentes o terapias neurorestauradoras para EP. Diversos métodos de imagen han sido aplicados con éxito a enfermedades neurológicas. Las más utilizadas son la tomografía por emisión de fotones o SPECT y la tomografía por emisión de positrones. Estas pruebas utilizan marcajes de radioactividad ligados a etiquetas neuroquímicas que indican la química cerebral normal o anormal.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad de Parkinson, el objetivo sería restablecer el déficit existente de neurotransmisores, específicamente el de la dopamina. El tratamiento farmacológico de la EP se divide en dos partes:

- Sintomático: para el control de los síntomas de la enfermedad.
- Neuroprotector: que pretende evitar la muerte neuronal programada en el proceso neurodegenerativo (apoptosis).

Es decir, el objetivo principal es controlar en la medida de lo posible el déficit funcional, tratando de paliar los síntomas motores y no motores derivados del propio tratamiento farmacológico. La levodopa es el fármaco más eficaz para el control sintomático de la EP. (Poewe, Granata y Geser, 2004). Los agonistas dopaminérgicos son el segundo grupo de medicamentos con mayor eficacia en el tratamiento de la enfermedad, incluyendo una gran variedad de fármacos: pramipexol, ropirinol, cabergolida, bromocriptina, lisurida, apomorfina, rasagilina, pergolida y otros.

Para concluir, aunque los déficits cognitivos no forman parte de la descripción clínica inicial para EP, en la actualidad la investigación ha mostrado que podrían jugar un papel importante como predictores tempranos de una posible aparición de demencia (Aarsland, Brannick, Larsen, Tysnes y Alves, 2008; Emre, 2003; Verbaan et al., 2007).

5.2. Síntomas neuropsicológicos.

Es bien sabido que la EP se caracteriza por la presencia de síntomas motores y síntomas no motores. No todos los pacientes los desarrollarán todos, ni su evolución tiene que ser igual. Algunos estudios epidemiológicos en EP sugieren que ciertas manifestaciones neurológicas o psiquiátricas podrían preceder a las manifestaciones motoras (Abbott et al., 2001). Determinados síntomas como depresión, apatía, ansiedad, o trastornos cognitivos (Chaudhuri, Yates y Martinez-Martin, 2005) que se asocian comúnmente a la enfermedad, han sido observados en las fases más tempranas, especialmente déficits en el funcionamiento cognitivo de pacientes con EP (Cooper, Sagar, Jordan, Harvey y Sullivan, 1991; García-Rodríguez et al., 2012), razón por la cual hoy en día la EP se engloba dentro de la categoría de trastornos neuropsiquiátricos. En la misma línea, algunos estudios observan déficits sutiles desde las primeras etapas de la enfermedad que no afectan aparentemente a los pacientes a nivel clínico (Folstein, Folstein y McHugh 1975; Errea y Ara, 1999). En esta línea, en un estudio realizado con 159 pacientes recientemente diagnosticados se observaron anomalías cognitivas identificadas a través de pruebas neuropsicológicas en un 36% de la muestra, a pesar de que la relación entre estos déficits y una futura demencia no ha sido demostrada. Igualmente, en una revisión a la literatura, Hubble et al. (1998) señaló que aproximadamente un 19% (rango 17-53%) de los pacientes con EP tratados y no tratados, que no presentaban demencia mostraban disfunción cognitiva. Desafortunadamente, pocos de estos estudios revisados han señalado un criterio formal para determinar qué aspectos constituyen la demencia.

Además, estudios basados en hallazgos neuropatológicos en la sustancia negra o imágenes de dopamina en el estriado sugieren un período preclínico de 5 a 6 años (Savica, Rocca y Ahlskog, 2010). Sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones neuropsicológicas acerca del deterioro cognitivo en EP (Green et al., 2002; Rana, Masroor y Khan, 2013), todavía no se ha descrito con detalle cuál sería el perfil neuropsicológico característico en pacientes con EP sin demencia. Algunas investigaciones han concretado un rango de déficits neuropsicológicos (Tessitore et al., 2012), aunque es importante tener en cuenta que los pacientes en este tipo de estudios se diferencian entre sí en ciertos aspectos que posiblemente estén modulando el rendimiento neuropsicológico, como puede ser la gravedad de la enfermedad, patrones de incapacidad motora, depresión o demencia (Aarsland, Brønneck y Fladby, 2011; Kulisevsky et al., 2013).

Por lo general, el patrón clínico de las fases tempranas de la EP está constituido por enlentecimiento psicomotor generalizado, flexibilidad conceptual disminuida, defectos en el procesamiento y organización visoespacial, lentificación y dificultad en la evocación mnésica. Se mantienen estables las capacidades verbales (lenguaje oral, denominación, lectura, ...) y la memoria retrógrada. Con el avance de la enfermedad puede aparecer deterioro en la fluencia verbal y la capacidad de razonamiento. Si bien, son menos frecuentes la apraxia, agnosia o afasias típicas, se pueden observar decrementos en test específicos por lo que es importante la valoración semiológica y cualitativa de los resultados. Si las puntuaciones de los test comportan una evaluación del tiempo de respuesta, los rendimientos tienden a ser deficitarios. Estas alteraciones, sugestivas de un síndrome del lóbulo frontal, serían el resultado de una desconexión frontal que estaría en relación con el importante rol cognitivo que cumplen los ganglios basales.

En fases avanzadas de la enfermedad los pacientes pueden presentar trastornos cognitivos más difusos y graves así como episodios confusionales o alucinaciones.

A continuación se describen los déficits cognitivos por áreas de manera más detallada.

a. Habilidades motoras.

Según los criterios de diagnóstico actuales, existen 4 síntomas típicos que definen la enfermedad: temblor, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural. Las alteraciones motoras constituyen el problema central de la EP en sus aspectos conductuales. Algunos pacientes presentan trastornos unilaterales o asimétricos. Los estudios han mostrado una considerable dificultad para iniciar y especialmente para ejecutar tareas secuenciales, considerándose un déficit en la planificación motora. Los problemas motores están estrechamente ligados a las alteraciones visoespaciales. En los test neuropsicológicos se observan enlentecimiento, temblor y micrografía al realizar tareas constructivas y grafomotoras.

b. Capacidad intelectual global.

La capacidad intelectual estudiada mediante métodos psicométricos tradicionales (partes verbales del WAIS), en grupos de pacientes en los que se han excluido las personas con diagnóstico de demencia, presentan resultados normales. No obstante, cuando se observan puntuaciones algo más bajas de lo normal en etapas tempranas se suelen asociar a las dificultades en las pruebas ejecutivas relacionadas con procesamientos perceptivo/motores y con la velocidad de ejecución. Además, a menudo presentan falta de

flexibilidad en el pensamiento, aspecto que afecta a su desempeño en tareas de razonamiento.

c. Atención y funciones ejecutivas.

Los déficits en atención y en funciones ejecutivas en EP se suelen asociar con la disfunción de lóbulo frontal. La capacidad para llevar a cabo tareas simples de atención, como retención de dígitos, suelen preservarse en pacientes con EP (Meara y Koller, 2000). Sin embargo, presentan déficits en tareas que requieran atención compleja, planificación, razonamiento, abstracción, conceptualización y flexibilidad cognitiva. Los déficits son más visibles en tareas que requieran espontaneidad, procesamiento de información auto dirigida, estrategias de formulación y despliegue. La disfunción ejecutiva podría ser la responsable de algunos déficits observados en el recuerdo, la fluencia verbal y tareas visoespaciales (Bondi, Kaszniak, Bayles y Vance, 1993), pero es poco probable que los déficits ejecutivos por si solo puedan explicar el rango de cambios cognitivos observados en EP.

d. Lenguaje.

Los fallos en la fluencia verbal no son observados en todos los casos de EP pero cuando estos están presentes, probablemente reflejen un uso deficiente de estrategias de recuerdo de palabras, como la agrupación y / o conmutación, es decir, crear grupos con palabras de sonido componente o categoría, y en movimiento deficiente entre los sonidos y categorías. Si bien es cierto, son más comunes los déficits en las tareas de fluencia verbal, cuando existen limitaciones de tiempo, la generación oral de palabras pertenecientes a categorías semánticas o comenzar con determinadas letras del alfabeto (Lewis, Lapointe, Murdoch y Chenery, 1998; Troyer, Moscovitch, Winocur, Leach y Freedman, 1998). En el discurso de pacientes con EP, raramente se observa afasia y errores parafásicos aunque la producción y comprensión de la sintaxis compleja puede verse reducida en alguna ocasión (Grossman, Carvell, Stern, Gollomp y Hurtig, 1993; Skeel et al., 2001). La comprensión de material escrito y la escritura (limitada por deterioros motores) también se preservan relativamente en EP.

e. Memoria.

Los déficits en memoria no son característicos de los EP. Aunque es bien sabido que el aprendizaje y el retraso de la recuperación se muestran deteriorados en etapas tempranas de la enfermedad. Los estudios sobre memoria explícita (entendida como la adquisición de

hechos y fechas en un proceso de aprendizaje consciente) refieren alteración. Falla la capacidad funcional para evocar, lo que se traduce en dificultades para usar espontáneamente estrategias de recuperación (Quinn, Critcheley y Marsden, 1987). Los pacientes con EP también muestran un aumento en la confianza de codificaciones seriales (recordar palabras en el orden en el que son presentadas) y reducen las codificaciones semánticas (recordar las palabras de acuerdo a su categoría semántica) (Buytenhuijs et al., 1994). El reconocimiento no suele verse afectado en estas etapas, aunque sí en pacientes que cumplen el criterio diagnóstico para demencia (Pillon, Deweer, Agid y Dubois, 1993). No obstante, no existe consenso en cuanto a los perfiles mnésicos de pacientes individuales con EP (Filoteo, Delis, Salmon, Demadura, Roman y Shults, 1997). Por tanto, no existe déficit en familiaridad en etapas tempranas de pacientes con EP sin presencia de demencia. Por contra, en etapas tardías de la EP fue marginalmente significativa y totalmente ausente en EP con demencia.

En esta línea, un estudio reciente, y en línea con el consenso general, señala que los pacientes con EP muestran déficits de carácter de leve a fuertes en tareas de memoria declarativa que requieren el uso de estrategias de recuperación, por ejemplo, cuando el recuerdo libre se pone a prueba, pero déficits menores o ausentes totalmente en las que no lo hacen, como las tareas de reconocimiento (Whittington, Podd y Kan, 2000).

f. Percepción visoespacial.

Los déficits visoperceptuales suelen ocurrir en etapas tempranas de EP, a pesar de que se reducen al mínimo las demandas de tareas motoras (Alegret et al., 2001; Huber, Shuttleworth y Paulson, 1986). La disfunción visoperceptual constituye el predictor más importante de ejecución. El déficit se situaría en la preparación y ejecución del movimiento: análisis visual, secuencia y flexibilidad en el pensamiento deductivo, aunque podría ser el resultado de una desconexión de los ganglios basales con la corteza parieto-temporo-occipital.

Se ha observado una disminución en el rendimiento en las tareas visoespaciales en las que el componente motor es mínimo o prácticamente inexistente. Las construcciones gráficas de los pacientes típicamente presentan trazos inseguros, figuras pequeñas y rotadas con falta de perspectiva pudiéndose encontrar también perseveraciones.

5.3. El impacto de la depresión en la EP.

Trastornos afectivos como la ansiedad o la depresión son comunes en pacientes con EP. Aproximadamente, la mitad de los pacientes con EP han estado deprimidos en algún punto del transcurso de la enfermedad (Dooneief, Mirabello, Bell, Marder, Stern y Mayeux, 1992), mientras que la otra mitad desarrolla depresión mayor. La depresión se conoce como un factor de riesgo para la EP y la EP relacionada con demencia (Marder, Tang, Cote, Stern y Mayeux, 1995; Hubble, Cao, Hassanein, Neuberger y Kollery, 1993) y se ha observado que tiene un impacto negativo en la habilidad funcional (Cole et al., 1996; Starkstein, Mayberg, Leiguarda, Preziosi y Robinson, 1992) y acelera la progresión del declive cognitivo en EP (Sano, Stern, Williams, Coté, Rosenstein y Mayeux, 1989; Starkstein, Preziosi, Bolduc y Robinson, 1990).

La depresión en EP es única en el sentido de que, al contrario que en otras condiciones neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer, afecta significativamente a la capacidad cognitiva (Fields, Norman, Straits-Troster y Troster, 1998). Las funciones ejecutivas y la memoria son las principales habilidades neuropsicológicas que se deterioran con la depresión (Kuzis, Sabe, Tiberti, Leiguarda y Starkstein, 1997; Tröster, Stalp, Paolo, Fields y Koller, 1995). El impacto negativo de la depresión en la capacidad cognitiva es más evidente en las etapas más avanzadas de la enfermedad, por lo que la depresión debe ser como mínimo moderada antes de que esto ocurra (Boller, Marcie, Starkstein y Traykov, 1998; Starkstein et al., 1989).

En esta línea, una cuestión clínica importante a la hora de aplicar el tratamiento es si el declive cognitivo o funcional en EP es debido a la neurodegeneración o bien debido a una depresión, ya que probablemente, pacientes con EP y depresión comórbida mejoren cuando se aplique un tratamiento que resuelva los síntomas depresivos, cuestión sobre la que no se ha investigado mucho.

5.4. Evaluación cognitiva.

Cuando se evalúa a un paciente con EP se ha de buscar información acerca de posibles factores que condicionen o afecten a la realización de las pruebas neuropsicológicas. Por ejemplo, los pacientes en fases iniciales de la enfermedad generalmente no presentan déficits físicos o cognitivos relevantes que imposibiliten la

consecución de las pruebas, por lo que facilita la evaluación y son capaces de completar las baterías. Los que están en fases moderadas pueden mostrar una significativa declinación cognitiva, pero pueden completar el estudio con ayuda. En cambio, en fases avanzadas las limitaciones son mayores y de diversa índole y la consecución de las pruebas dependerá del déficit físico y cognitivo.

Los síntomas parkinsonianos que pueden afectar al desarrollo de las tareas son: confusión, alucinaciones, hipofonía, disartria, disfagia, tremor, bradicinesia, rigidez postural, hipomimia, incontinencia urinaria, fatigabilidad y depresión.

La entrevista con los familiares del paciente puede brindar información valiosa sobre la forma de inicio de los síntomas cognitivos, su progresión y características. Además, es importante preguntar por la integridad de las AVD (si es capaz de comer, si tiene problemas para dormir, si es independiente para tomar la medicación, etc.). Los cambios funcionales antes señalados hacen recomendable el uso de baterías cortas, que sean sensibles a la EP (Tabla 6), que sirvan para establecer el diagnóstico diferencial entre los pacientes con síntomas parkinsonianos y que ayuden a dar recomendaciones sobre las AVD para que el paciente tenga una vida independiente en la medida de lo posible.

Tabla 6. Algunos Test sensibles a la Enfermedad de Parkinson.

Test para la evaluación global del estado mental.
- Escala de inteligencia del adulto de Wechsler
- Escala Revisada de inteligencia del adulto de Wechsler
- Test de matrices progresivas de Raven
Tests de funciones ejecutivas
- Trail Making Test
- Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin
- Test de Stroop
Tests de función visoespacial
- Figura compleja de Rey-Osterreith
- Test de retención visual de Benton
Test de memoria
- Escala de memoria de Wechsler
- Figura compleja de Rey-Osterreith
- Test de retención visual de Benton

5.5. Demencia parkinsoniana: factores de riesgo de demencia en la EP.

Más allá de un simple deterioro en un área cognitiva específica, en la EP puede aparecer un cuadro demencial. La presencia de demencia en algunos pacientes con EP ha sido demostrada en estudios epidemiológicos (Mayeux et al., 1990) y neuropsicológicos.

De este modo, se informa de un punto de prevalencia entre el 28 y el 44%. No obstante, son más útiles los estudios longitudinales para estimar la proporción de pacientes con Parkinson que tienen probabilidad de desarrollar demencia. Un estudio de este tipo hizo un seguimiento a un grupo de 224 pacientes con Parkinson a lo largo de 8 años, señaló una prevalencia a 4 años del 51% de desarrollar demencia, y a 8 años, del 78% (el diagnóstico de demencia basado en el criterio de DSM-III-R (APA, 1987)). La incidencia acumulativa de la demencia incrementa con la edad, tal y como es esperado, con un mayor riesgo de desarrollar demencia, concretamente de un 65% a los 85 años. (Mayeux et al., 1990).

Así pues, la edad avanzada, los síntomas motores severos y la presencia de un déficit cognitivo leve, son factores de riesgo para el desarrollo de demencia en la EP. Louis y Ferreira (2010), en un estudio prospectivo realizado para determinar si los signos de Parkinson leve eran predictores para la incidencia de demencia en estos pacientes, encontraron que varios factores podían aumentar el riesgo de demencia. De igual modo Hindle (2010), en su estudio sobre la edad, neurodegeneración y enfermedad de Parkinson, comenta que la edad ya es un factor de riesgo para el desarrollo y progresión de la enfermedad. Para facilitar el proceso diagnóstico en la demencia relacionada con la EP, algunos autores han desarrollado escalas con criterios o puntuaciones (ver tabla 7).

Tabla 7. Proceso de diagnóstico de demencia relacionada con la EP.

Diagnóstico del síndrome de demencia
<ul style="list-style-type: none">• Descartar depresión coexistente• Descartar confusión (trastornos metabólicos o sistémicos)• Descartar efectos adversos de fármacos
Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none">• Otras enfermedades degenerativas que cursan con parkinsonismo y demencia• Demencias degenerativas coincidentes, como EA• Demencias sintomáticas<ul style="list-style-type: none">• Causas intracraneales, como demencia vascular, tumores o hidrocefalia normotensiva (HNT)• Trastornos sistémicos extracraneales, como enfermedades tiroideas.

Son numerosas las variables demográficas y clínicas que pueden predecir la demencia en la EP (Tabla 8). Un buen facilitador para la identificación temprana de la demencia por EP sería la evaluación psicológica. Jacobs, Marder, Cote, Sano, Stern y Mayeux (1995) y Mahieux, Fénelon, Flahault, Manificier, Michelet y Boller (1998) observaron en pacientes con EP una pobre ejecución en pruebas de fluencia verbal, atencional y tareas visoespaciales, tareas asociadas con un subsecuente desarrollo de demencia. Wood y

Tröster (2003) encontraron que pacientes con EP sin demencia, pero que cumplían los criterios de demencia en una evaluación de seguimiento de un año demostraron un peor rendimiento base en medidas a partir de aprendizaje de listas de palabras y reconocimiento, atención auditiva compleja y funciones ejecutivas, en relación a pacientes que no habían desarrollado demencia.

Tabla 8. Factores de riesgo de demencia en enfermedad de Parkinson

Variabes demográficas	Variabes de la enfermedad	Variabes Neuropsicológicas
Avanzada edad	Detección tardía	Depresión
Bajo nivel educativo	Duración de la enfermedad	Puntuaciones bajas en los test cognitivos:
Bajo estado socioeconómico	Gravedad de la enfermedad	Funciones ejecutivas, atención, fluencia verbal, visopercepción, aprendizaje de listas, etc.
Historia familiar de EP con demencia	Susceptibilidad a sufrir psicosis o confusión inducidos por la levodopa.	

El perfil cognitivo de la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson ha sido revisado en detalle en dos trabajos recientes (Alonso-Prieto, Esteban, Trujillo-Matienzo, Lara-Fernandez, Rousso-Viola y Cordero-Eiriz, 2003; Vingerhoets, Verleden, Santens, Miatton y De Reuck, 2003). El patrón del déficit cognitivo es similar al perfil de la demencia por cuerpos de Lewy, pero difiere a su vez en la parálisis progresiva supranuclear (PSP: demencia subcortical) y de la enfermedad de Alzheimer (demencia cortical).

Los trastornos cognitivos en la Enfermedad de Parkinson cubren un amplio espectro que va desde el defecto cognitivo leve hasta la demencia. Lo que no es evidente es si estos déficits cognitivos representan o no un continuum de la enfermedad. Lo que sí está claro es que desde fases tempranas se puede observar déficits en algunas funciones cognitivas. No obstante, no todas las personas que muestren deterioro derivan necesariamente en la demencia.

Los déficits cognitivos severos corresponden al diagnóstico de una demencia de tipo subcortical, descrita por primera vez por Albert, Feldman y Willis (1974) en la Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP). La utilización a partir de los años 60 de la Levodopa (sustancia que se transforma en dopamina una vez llega al cerebro) significó un gran avance en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Las medicinas que aportan Levodopa al organismo mejoran todos los síntomas motores cardinales, ya que tienen la virtud de suplir el déficit del neurotransmisor dopamina que padecen estas personas con párkinson. En muchos pacientes el tratamiento con Levodopa produce una supresión total o casi completa

de los síntomas.

En cuanto a los síntomas neuropsicológicos, existe un deterioro de la memoria explícita (una función temporo-límbica) frecuentemente reportado en pacientes con enfermedad de Parkinson con demencia, aunque el patrón parece diferenciarse del mismo déficit en la enfermedad de Alzheimer (Helkala, Laulumaa, Soininen y Riekkinen, 1988; Pillon et al., 1993).

Aunque ambos grupos muestran deteriorada la capacidad de recuerdo, aquellos con enfermedad de Parkinson se benefician de sus claves semánticas o probando, cosa que los EA no pueden hacer. Los pacientes con EP también obtienen mejores puntuaciones en pruebas de reconocimiento o de recuerdo libre (Helkala et al. 1988; Pillon et al., 1993). Estos datos sugieren que, al contrario que el síndrome amnésico de la EA, el déficit que presentan los EP radica en la recuperación en lugar de almacenamiento de la información. Por tanto, esto refleja que el déficit proviene de una deficiencia interna en las estrategias de búsqueda de claves debido al síndrome disejecutivo. Los resultados obtenidos por sujetos con EP en pruebas de memoria correlacionan con los resultados obtenidos en las pruebas que evalúan funciones ejecutivas, hecho que apoya esta hipótesis (Pillon et al., 1993).

Otro de los síntomas que se ha descrito en la EP con demencia es el déficit visoespacial. Se ha sugerido en la investigación que la baja puntuación obtenida en tareas visoespaciales podría estar relacionada con problemas de organización secuencial en el comportamiento (Stern, Mayeux, Rosen, y Ilson, 1983); en otras palabras, podría ser al menos en parte atribuible a la función ejecutiva frontal, en lugar de a una patología puramente parieto-occipital. De manera similar una fluencia verbal deteriorada, que también es un hecho en la demencia asociada a EP (Huber, Shuttleworth y Friedberg, 1989; Stern, Richards, Sano y Mayeux, 1993), podría reflejar un deterioro de las estrategias de búsqueda auto-generadas debido a una disfunción ejecutiva, en lugar de un déficit real del lenguaje (Pillon, Boller, Levy y Dubois, 2001).

Por tanto, la mayoría de características de la demencia Parkinsoniana, incluido el déficit mnésico, la disfunción viso-espacial y el deterioro de la fluencia verbal, podrán ser explicadas por el síndrome disejecutivo, con un sustrato neuropatológico en circuitos fronto-estriales. Otros estudios, sin embargo, han sugerido que el deterioro cognitivo en la EP podría ser más heterogéneo (Cummings, 1988), ofreciendo la posibilidad de que existan

múltiples tipos de déficits cognitivos en la EP temprana. No obstante, no existe un consenso sobre cuáles son los déficits neuropsicológicos más frecuentes en estos pacientes, cuando no presentan, demencia o depresión (Green et al., 2002).

En resumen, a lo largo de la evolución de la enfermedad (en cualquier fase de la enfermedad) se observan sobre todo déficits relacionados con las funciones ejecutivas, siendo las alteraciones más frecuentes la resolución de problemas, la fluencia verbal, y la flexibilidad cognitiva (Koerts, Van Beilen, Leenders, Brouwer, Tucha y Tucha, 2012).

6. Memoria autobiográfica y Enfermedad de Parkinson.

En muchos estudios se ha observado que existen déficits mnésicos en la EP. Por ejemplo, uno de los más reportados ha sido el déficit en la memoria episódica, particularmente en las tareas de recuerdo libre (Dujardin y Laurent, 2003; Gabrieli, Singh, Stebbins y Goetz, 1996; Johnson, Pollard, Vernon, Tomes y Jog, 2005; Whittington, Podd y Stewart-Williams, 2006). Sin embargo, la memoria autobiográfica no ha sido muy investigada en la enfermedad de Parkinson y los resultados obtenidos son contradictorios.

La M.A. se muestra deteriorada en EP, más concretamente, existe una sobregeneralización del recuerdo autobiográfico (Sagar et al., 1988). En un estudio más reciente, Smith, Souchay y Conway, (2010) señalaron diferencias entre EP y sanos en el número total de eventos recordados, además los EP presentan menor número de recuerdo específico semántico. Souchay y Smith, (2013) realizaron un nuevo experimento observando una disminución de recuerdos autobiográficos específicos para las etapas de vida reciente.

Uno de los estudios más significativos fue el llevado a cabo por Sagar, Cohen, Sullivan, Corkin y Growdon (1988), que evaluó la memoria para eventos personales en sujetos con EP con y sin demencia. A los sujetos se le presentaban diez palabras clave como pájaro, coche o niños y se les pedía que evocaran recuerdos personales del pasado que hubieran vivido en cualquier etapa de su vida. Los resultados mostraron que los EP recordaban menor cantidad de recuerdo que los sujetos controles y además los resultados

sugerían que el recuerdo para eventos personales en los sujetos con EP se caracterizaban por ser sobregeneralizados. Así pues, los resultados obtenidos por Sagar et al., (1988) mostraron que los pacientes con EP tenían menor probabilidad de recordar eventos específicos en el tiempo y eran más propensos a generalizar entre episodios similares.

Los datos neuropsicológicos apoyan la hipótesis de que la M.A. podría estar deteriorada en la EP. Críticamente, las regiones cerebrales afectadas en la EA, es decir, el cortex prefrontal (PFC) (Owen, 2004; Zgaljardic, Borod, Foldi y Mattis, 2003) y el lóbulo temporal medial (LTM) (Braak, Del Tredici, Rub, de Vos, Steur y Braak, 2003; Bruck, Kurki, Kaasinen, Vahlberg, y Rinne, 2004) también son regiones cerebrales que han sido identificadas como parte de la red cerebral involucrada en el recuerdo autobiográfico (Buckner, Andrews-Hanna y Schacter, 2008). Esta red incluye numerosas regiones: el cortex prefrontal está involucrado en el recuerdo de información autobiográfica (Cabeza y St Jacques, 2007), y el LTM, particularmente el hipocampo se asocia al recuerdo de la M.A. emocional (Addis et al., 2004) o bien recuerdos asociados con imaginaria visoespacial (Cabeza, Daselaar, Dolcos, Prince, Budde y Nyberg, 2004). Además, algunas de estas regiones cerebrales también sustentan numerosos procesos cognitivos como procesos de recuerdo o memoria visual (Cabeza et al., 2004; Dubois, Boller, Pillon y Agid, 1991), lo cual podría explicar los déficits de M.A. en la EP.

De hecho, estudios neuropsicológicos claramente apoyan la idea de que la EP se caracteriza por dificultades en recordar información (Buytenhuijs et al., 1994; Ivory, Knight, Longmore, y Caradoc-Davies, 1999; Taylor, Saint-Cyr y Lang, 1986) y por déficits visoespaciales (Lavernhe et al., 1989; Levin et al., 1991).

Otro de los aspectos que podría estar relacionado con el déficit de M.A. en la EP es el grave agotamiento de la dopamina en el cuerpo estriado observado en los pacientes con esta enfermedad (Lewis y Barker, 2009), el cual afecta directamente a las proyecciones dopaminérgicas en los circuitos frontoestriales (Lewis, Slabosz, Robbins, Barker y Owen, 2005). Este hecho tiene un fuerte impacto en los resultados de las pruebas que miden función ejecutiva en los pacientes de Parkinson (Dubois y Pillon, 1996; Hart, Wade, Calabrese y Colenda, 1998; Owen et al., 1992). Por otro lado, es bien sabido que un déficit en la función ejecutiva afecta al recuerdo autobiográfico (Conway y Pleydell-Pearce, 2000;

Dalgleish et al., 2007; Williams et al., 2007), y por tanto, el agotamiento dopaminérgico podría llevar al fracaso de la M.A. en los EP.

En cuanto al gradiente temporal de pérdida del recuerdo, teniendo en cuenta los resultados que muestran que la memoria para eventos públicos se ve deteriorada para eventos recientes, según Sagar et al., (1988) sería de esperar que se observara un gradiente temporal en la curva de recuerdo. Sin embargo, no está claro si los pacientes con EP muestran o no un gradiente temporal de recuerdo para eventos personales.

Los resultados obtenidos por Sagar et al. (1988) no mostraban un gradiente temporal claro, ya que encontraron pacientes con EP que obtuvieron mayor número de recuerdos de la época más reciente (últimos 5 años) y otros que tenían más recuerdos de las épocas remotas. Por su parte, Smith et al (2010) encontraron que los sujetos con EP así como los sujetos mayores recordaban menor número de recuerdos para etapas recientes, mostrando un suave gradiente temporal. Sin embargo, para las dos etapas de recuerdo más recientes (últimos 5 años, últimos 12 meses) los sujetos con EP recordaban significativamente menor número de recuerdos que el grupo control, indicando que este gradiente temporal era mucho más pronunciado en sujetos con EP. Souchay y Smith, (2013) por su parte, hallaron resultados similares, mostrando que los sujetos con EP generaban menor número de recuerdos específicos para aquellas etapas vitales más recientes.

En la misma línea, un estudio reciente (Smith et al., 2010) mostró resultados similares a otros trabajos (Sagar et al., 1988) realizados con pacientes de Parkinson sin diagnóstico de demencia, observando que los sujetos recordaban menos recuerdos de eventos recientes, mostrando un gradiente temporal. Además, en este estudio obtuvieron resultados que muestran que los EP recordaban menor número de eventos específicos comparados con un grupo control, a lo largo de todos los periodos vitales. Como aspecto novedoso, este estudio (Smith et al., 2010) propone que los recuerdos sobregeneralizados en los EP eran causados por el fracaso a la hora de utilizar los procesos de recuerdo apropiados. De acuerdo con Conway y Pleydell-Pearce's (2000) en el modelo de M.A., cuando las personas recuerdan información autobiográfica, utilizan dos procesos: el generativo, y el de recuerdo directo. Conway y Pleydell-Pearce (2000) propuso que un déficit en el proceso de recuerdo generativo conduciría a las personas a abortar el proceso de búsqueda para un evento

específico, accediendo únicamente al nivel general de recuerdo.

Este truncamiento de la búsqueda podría estar detrás de la sobregeneralización del recuerdo en EP. En otras palabras, los pacientes con Parkinson paran sus búsquedas en los recuerdos generales, y no son capaces de usar estos recuerdos para acceder al recuerdo específico. De hecho, los EP muestran dificultades en recordar información sin apoyo del entorno, y esto se relaciona con los déficits en el lóbulo frontal (Taylor et al., 1986). Además, los sujetos con Parkinson presentan dificultades en recordar material visual (Kemps, Szmalec, Vandierendonck y Crevits, 2005) y la información visual caracteriza a los recuerdos autobiográficos específicos (Conway and Pleydell-Pearce, 2000).

CAPÍTULO 5

MÉTODO

1. Objetivos e hipótesis.

Objetivo 1. Describir las variables cognitivas y emocionales para cada uno de los cuatro grupos que componen la muestra, y analizar si existen diferencias entre los grupos.

Con respecto a las *variables cognitivas*:

- H.1.1. Se observarán diferencias significativas entre el grupo de sanos, DCL y EA en las variables cognitivas de memoria y de función ejecutiva, siendo significativamente mayores las puntuaciones obtenidas por los sujetos sanos en comparación con los otros dos grupos, y siendo mayores las puntuaciones obtenidas por los DCL que las obtenidas por los EA.
- H.1.2. El grupo de Parkinson obtendrá puntuaciones similares a los sanos en memoria y significativamente peores en función ejecutiva.

Con respecto a las *variables emocionales*:

- H.1.3. Los sujetos con EA, DCL y Parkinson mostrarán mayores niveles de

sintomatología depresiva, medida a través de las escalas CAE-D y BHS, en comparación con los sujetos sanos.

H.1.4. Los sujetos sanos mostrarán mayores puntuaciones en las escalas que miden bienestar emocional y satisfacción vital (EBR y SWLS), en comparación con el resto de grupos.

H.1.5. Los sanos obtendrán mejores puntuaciones de afrontamiento, concretamente en el factor de “focalización en solución de problema”, comparado con los otros tres grupos; al igual que en la variable resiliencia.

Objetivo 2. Describir las características del recuerdo autobiográfico en el envejecimiento sano y en las patologías neurodegenerativas estudiadas, medido a través de la entrevista AMI y analizar las diferencias que se observan entre los diferentes grupos en función de la etapa de recuerdo (Objetivo 2.1.), tipo de recuerdo (Objetivo 2.2) y su interacción (Objetivo 2.3).

Objetivo 2.1 Con respecto a la etapa del recuerdo, se pretende analizar la curva de recuerdo autobiográfico total en las diferentes etapas estudiadas por cada grupo; tal y como se ha planteado los sujetos sanos muestran un patrón caracterizado por un pico de recuerdo en la juventud (bump de reminiscencia) y otro pico en vida reciente (efecto de recencia). En cambio, los sujetos que sufren DCL o EA, debido a la amnesia anterógrada que sufren, no mostrarán el efecto de recencia. Por tanto, se espera encontrar:

H.2.1.1. En todos los grupos se observará significativamente mayor cantidad de recuerdo en la etapa de juventud-aduldez, en comparación al resto de etapas (bump de reminiscencia).

H.2.1.2. En los grupos de Sanos y EP se observará un efecto de recencia, con una alta cantidad de recuerdo en vida reciente, mientras que en DCL y EA se observará significativamente menor cantidad de recuerdo al comparar con la etapa de juventud (efecto de recencia).

H.2.1.3. Al analizar las diferencias entre los grupos se espera encontrar diferencias significativas en la etapa de vida reciente al comparar sanos con DCL (siendo significativamente mayor en grupo de sanos), sanos con Alzheimer

(siendo significativamente mayor en grupo de sanos), pero no entre DCL con Alzheimer. El grupo de EP obtendrá resultados muy similares al grupo de sanos.

H.2.1.4. En la etapa de juventud-adulthood no se observarán diferencias significativas entre Sanos, EP y DCL, pero sí entre estos grupos al compararse con Alzheimer.

Objetivo 2.2. Con respecto al tipo de recuerdo, diferentes estudios han demostrado que el recuerdo episódico se va deteriorando en el proceso de envejecimiento, debido al declive cognitivo que aparece en la vejez en determinadas habilidades cognitivas. Cuando existe una patología como el DCL o EA, el déficit en M.A. episódica se agrava, debido a la dependencia que existe entre este tipo de memoria y el hipocampo, y el daño que se produce en esta área ante estas patologías. Por lo tanto, se espera encontrar que:

H.2.2.1. Todos los grupos mostrarán significativamente menor cantidad de recuerdo episódico que de recuerdo semántico, ya que éste no se muestra dependiente del hipocampo.

H.2.2.2. Al comparar entre grupos, la cantidad de recuerdo episódico aportado por los sujetos sanos será significativamente mayor que la aportada por los sujetos con DCL y EA, pero no se espera obtener diferencias significativas con el grupo EP. Los DCL aportarán significativamente más información episódica que los EA.

Con respecto al recuerdo autobiográfico semántico, la literatura señala que este se mantiene intacto en el envejecimiento sano, debido en parte a la teoría de “semantización”, que señala que los recuerdos episódicos se convierten con el tiempo en semánticos. En DCL y en etapas iniciales de demencia, el recuerdo semántico se mantiene relativamente a salvo debido a que los recuerdos semánticos remotos no se almacenan en el hipocampo, y por tanto se mantienen tras el daño hipocámpal, hasta que la enfermedad avanza. Partiendo de esto se espera que:

H.2.2.3. Al comparar los grupos, no se observarán diferencias significativas en la cantidad de recuerdo semántico entre sanos, EP y DCL, pero sí al comparar

estos grupos con EA (DCL como punto intermedio).

Objetivo 2.3. Con respecto a la interacción entre el tipo de recuerdo y la etapa por grupo se plantearon las siguientes hipótesis:

- H.2.3.1. En el grupo de sanos así como en el de Enfermos de Parkinson, no se observarán diferencias significativas por etapa en recuerdo episódico.
- H.2.3.2. En el grupo de DCL la cantidad de recuerdo episódico en vida reciente será significativamente menor que en la etapa de juventud, debido a la amnesia anterógrada que se da en dichas patologías.
- H.2.3.3. En el grupo de EA no se obtendrán diferencias significativas en el recuerdo episódico entre etapas.
- H.2.3.4. En el sanos y así como en el de Enfermos de Parkinson, la cantidad de recuerdo semántico para la etapa de juventud y vida reciente será significativamente mayor que para infancia.
- H.2.3.5. Los sujetos con DCL mostrarán diferencias significativas en la cantidad de recuerdo semántico en función de la etapa, mostrando un pico de recuerdo en la etapa de juventud y siendo menor la cantidad de recuerdo para la etapa de vida reciente (gradiente temporal de Ribot).
- H.2.3.6. Los sujetos EA obtendrán en vida reciente puntuaciones significativamente menores que en la etapa de juventud, debido a la amnesia anterógrada que se da en dichas patologías, apreciándose un leve gradiente temporal en este tipo de recuerdo.
- H.2.3.7. Al comparar Sanos, DCL y EA, se obtendrán diferencias significativas tanto en episódico como en semántico, en vida reciente, siendo significativamente mayor la cantidad de recuerdo de ambos tipos en sanos que en DCL, y en DCL que en EA.
- H.2.3.8. Al comparar Sanos con EP se obtendrán diferencias significativas en episódico en vida reciente mientras que en semántico no se obtendrán diferencias significativas entre las diferentes etapas.

Objetivo 3. Describir el patrón de recuerdo autobiográfico medido a través del AMT en los diferentes grupos, analizando la valencia (positiva, negativa o neutra) el tipo de especificidad de recuerdo (específico, general o vago) y la etapa en la que tuvo lugar el recuerdo (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez). Además, analizar las diferencias que se observan en dichas variables entre los diferentes grupos, Sanos DCL y EA por un lado, y Sanos y EP por otro.

Objetivo 3.1. Con respecto a la valencia del recuerdo, gran parte de la literatura señala que es probable observar un efecto de “positividad” en el recuerdo en la etapa de vejez, es decir, se espera que los adultos mayores, con el fin de fomentar su propia integridad, le dan más prioridad a la gratificación emocional positiva, recordando eventos que incrementen su bienestar, comparados con jóvenes. Por el contrario, se espera que recuerden con peor calidad (recuerdos de tipo general o vago) los recuerdos de valencia negativa. Por tanto, se espera encontrar:

H.3.1.1. La cantidad de recuerdo positivo será significativamente mayor que la cantidad de recuerdo negativo y neutro, en los cuatro grupos respectivamente.

H.3.1.2. Al comparar entre grupos, no se observarán diferencias significativas en función de la valencia del recuerdo en recuerdo positivo y negativo, pero sí en valencia neutra, donde los EA obtendrán significativamente mayor cantidad al compararse con los otros grupos.

Objetivo 3.2 Con respecto al tipo de especificidad del recuerdo, la teoría postula que los adultos mayores sanos sin deterioro cognitivo ni trastornos emocionales, conservan su capacidad de evocar recuerdos específicos. Sin embargo, es aquellos sujetos que presentan DCL o demencia, tenderán a evocar recuerdos de carácter general o vago debido a la atrofia hipocampal y al déficit en determinadas habilidades cognitivas como la memoria o las funciones ejecutivas, que afecta a este tipo de recuerdos. Con respecto a los sujetos que sufren enfermedad de Parkinson, la teoría plantea que conforme avanza la enfermedad, las funciones ejecutivas se van deteriorando cada vez más, y con ello, va dificultándose el acceso a los recuerdos específicos. Por tanto, se espera encontrar:

H.3.2.1. En sujetos Sanos la cantidad de recuerdo específico será significativamente

mayor que los recuerdos de tipo general y vago, mientras que los sujetos con EP no se observaran diferencias significativas.

H.3.2.2. Los sujetos con DCL obtendrán mayor cantidad de recuerdos generales y vagos, en comparación con los específicos.

H.3.2.3. Los sujetos con EA obtendrán mayor cantidad de recuerdos vagos en comparación con los generales y específicos.

H.3.2.4. Al comparar entre grupos, los sujetos sanos obtendrán significativamente mayor cantidad de recuerdo específico en comparación con los sujetos EP, DCL y EA.

H.3.2.5. Los sujetos con EA obtendrán mayor cantidad de recuerdos vagos en comparación con EP, DCL y EA.

Objetivo 3.3. Con respecto a la interacción entre el tipo de especificidad del recuerdo y la valencia por grupo se plantearon las siguientes hipótesis:

H.3.3.1. La mayoría de recuerdos evocados por el grupo de sanos se espera que sean positivos y específicos, mientras que para el grupo de EP no habrá diferencias significativas en función del tipo de especificidad.

H.3.3.2. Los sujetos con DCL obtendrán mayor cantidad de recuerdos de carácter general y positivo mientras que los sujetos con EA no obtendrán diferencias significativas en función del tipo y la valencia.

Objetivo 3.4. Con respecto a la etapa en la que tuvo lugar el recuerdo del recuerdo, como ya se ha planteado en el objetivo anterior, la teoría de la curva del recuerdo autobiográfico tiende a caracterizarse por un pico de recuerdo en la etapa de juventud (bump de reminiscencia) y por una alta cantidad de recuerdos en la etapa de vejez o vida reciente, en aquellos sujetos que no presenten deterioro cognitivo o amnesia anterógrada. Por tanto, se espera encontrar:

H.3.4.1. En todos los grupos se observará significativamente mayor cantidad de recuerdo en la etapa de juventud, en comparación a la etapa de infancia y adolescencia (bump de reminiscencia). Además, se observará un efecto de

recencia con un alto nivel de recuerdo en la etapa de vejez en los grupos sin deterioro cognitivo.

H.3.4.2. Al analizar las diferencias entre grupos, se espera encontrar diferencias significativas en la etapa de vejez al comparar sanos con DCL (siendo significativamente mayor en grupo de sanos), sanos con Alzheimer (siendo significativamente mayor en grupo de sanos), pero no entre DCL con Alzheimer, ni entre sanos y EP.

Objetivo 4. Describir cuál es la relación entre las puntuaciones de las pruebas AMI y AMT y las distintas variables emocionales y cognitivas medidas en este trabajo.

Objetivo 4.1. Con respecto a la relación entre memoria episódica y semántica del AMI y las distintas variables cognitivas, se plantearon las siguientes hipótesis:

H.4.1.1. La cantidad de recuerdo episódico en el AMI correlacionará con las pruebas que miden memoria (Tavec, Dígitos directos, Figura de Rey) así como con las que miden funciones ejecutivas (Dígitos inversos, fluencia verbal, figura de rey copia y Stroop); además se espera que correlacione significativamente con la escala MMSE y la prueba WAIS.

H.4.2.1. La cantidad de recuerdo semántico correlacionará con la prueba de vocabulario WAIS, así como con las pruebas que miden memoria. Además, también se espera que correlacione con las escalas de fluencia verbal y evocación categorial.

Objetivo 4.2. Con respecto a la relación entre memoria episódica y semántica del AMI y las distintas variables emocionales, se plantea realizar un análisis de carácter exploratorio sin plantear hipótesis previas.

Objetivo 4.3. Con respecto a la relación entre al tipo de recuerdo (específico, general y vago) de la prueba AMT y las distintas variables cognitivas, se plantearon las siguientes hipótesis:

H.4.3.1. La cantidad de recuerdo específico en el AMT se espera que correlacione positivamente con las escalas cognitivas que miden memoria y funciones cognitivas, así como con la puntuación en el test MMSE así como con la

escala WAIS.

H.4.3.2. La cantidad de recuerdo general en el AMT no mostrará relaciones significativas con las pruebas de memoria ni de funciones ejecutivas. Únicamente correlacionará positivamente con la escala WAIS.

H.4.3.3. La cantidad de recuerdo vago en el AMT se espera que correlacione negativamente con la prueba MMSE, con la escala WAIS y con las pruebas que miden memoria y funciones ejecutivas.

Objetivo 4.4. Con respecto a la relación entre tipo de recuerdo del AMT y las distintas variables emocionales, por un lado, y la relación entre valencia del AMT y variables emocionales, se plantea realizar un análisis de carácter exploratorio sin plantear hipótesis previas.

Objetivo 5 Desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales teniendo en cuenta el estado de ánimo para analizar las relaciones entre un factor de funciones ejecutivas, la memoria autobiográfica episódica del AMI y la capacidad de solucionar problemas de forma adaptativa.

H.5.1. Las funciones ejecutivas serán un predictor de la capacidad de adaptación del sujeto en solución de problema, estando mediada esta relación por el recuerdo episódico de tipo autobiográfico.

2. Procedimiento.

Para la recogida de datos, primeramente, tuvo lugar el reclutamiento de la muestra. La muestra clínica se obtuvo del Consorcio Hospital General Universitario y del Centro de Especialidades Juan Llorens de Valencia; aquellos pacientes que cumplían los criterios para la investigación eran informados por su neurólogo, el cual realizaba el primer cribado y diagnóstico de los participantes, Deterioro Cognitivo Leve (DCL), Alzheimer (EA) y Parkinson (EP). Por otro lado, los sujetos sin patología se reclutaron de la Nau Gran (Universidad de

Valencia) y algunos CEAMS de la ciudad de Valencia.

Tras la toma de contacto inicial con los centros e informarles sobre la realización del estudio, se procedió a citar a los participantes. Cada participante asistía a dos citas, en dos días diferentes. En la primera sesión se les presentaba la hoja de información del estudio con el fin de que conocieran el procedimiento de la investigación (objetivos y beneficios de la misma, confidencialidad de los datos...) y se procedía a la firma del consentimiento informado.

A partir de ahí, y en la misma sesión, se comenzaba la evaluación. En primer lugar, se recogían a través de un cuestionario los datos sociodemográficos, así como los datos clínicos, y se les pasaba una prueba de screening para la evaluación cognitiva. Además, se les administraba una serie de cuestionarios neuropsicológicos, así como de medidas emocionales. En la segunda sesión se llevaba a cabo la recogida de información en relación a la memoria autobiográfica.

Una vez terminadas las evaluaciones, se procedió a la asignación de los sujetos a los correspondientes grupos (grupo sanos, DCL, EA, EP); para ello, se tuvo en consideración la exploración clínica realizada por el neurólogo, la información obtenida a través de la valoración neuropsicológica y emocional y los criterios de inclusión y exclusión.

De acuerdo con los criterios de inclusión para este estudio, el requerimiento general para todos los grupos era que los participantes fueran mayores de 60 años. A parte se establecieron grupo por grupo los siguientes criterios de inclusión:

Para grupo de sanos: mayores de 60 años y que no presentaran quejas de memoria ni ningún otro signo de deterioro cognitivo. Para el grupo de Deterioro Cognitivo Leve, se tomaron los criterios diagnósticos del DSM-5:

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función

cognitiva y,

2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Por tanto, según estos, debe de existir un déficit en uno o más dominios cognitivos. Por otro lado, los sujetos han de mantener sus capacidades intelectuales intactas, así como las ABVD.

Para el grupo de Enfermedad de Alzheimer, se utilizaron los específicos del DSM-5:

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y,
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las

actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Además, se toma la decisión de incluir a aquellos pacientes que no sobrepasen una puntuación de 4 en la *Global Deterioration Scale* (Reisberg, Ferris, De Leon y Crook, 1982).

Por último, para el grupo de Enfermedad de Parkinson, se requería que los sujetos estuvieran diagnosticados de Enfermedad de Parkinson Idiopática de acuerdo con los Criterios Diagnósticos del Banco de Cerebros de la Sociedad de la Enfermedad de Parkinson del Reino Unido (UK PDSBB; Hughes et al., 1992). Además, los pacientes mantuvieron su tratamiento (dopa o agonistas dopaminérgicos), realizando la evaluación dos horas después de la ingesta de la medicación en todos los casos. La puntuación media de severidad de los síntomas, utilizando la escala de Hoehn y Yahr (Hoehn y Yahr, 1998), fue de 2,60 (SD = 0,68; rango = I a III), con una media de 6,85 años desde el diagnóstico inicial.

Respecto a los criterios de exclusión para todos los grupos, se descartó a los sujetos que hubieran sufrido alguna enfermedad neurológica grave, trastorno psiquiátrico o enfermedad sistémica grave, historia de abuso de sustancias, uso crónico de medicación psicoactiva o hipnótica, y/o cualquier condición médica que afectara significativamente el cerebro.

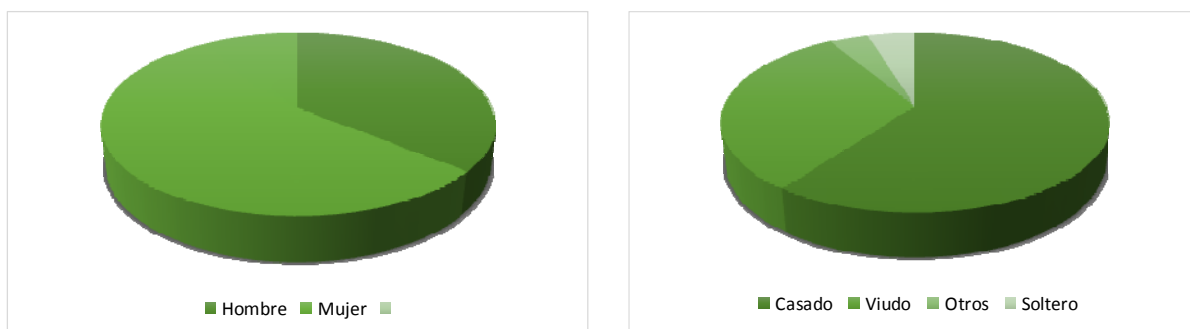
Finalizada la evaluación de cada uno de los sujetos, y una vez habían sido asignados a los distintos grupos, se llevó a cabo la realización de un informe neuropsicológico, donde se explicaban los resultados de las pruebas realizadas. Este informe se le entregaba al neurólogo con el fin de que se tuvieran en cuenta las conclusiones de la evaluación (además de las propias pruebas neurológicas con las que se cuenta) a la hora de tomar decisiones con respecto al diagnóstico del paciente, así como el tratamiento farmacológico más adecuado.

3. Participantes.

La muestra total está formada por 128 sujetos que fueron asignados a cuatro grupos, todos ellos compuestos por 32 sujetos: un grupo de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, un grupo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, un grupo de pacientes con Enfermedad de Parkinson, y por último un grupo control de 32 sujetos sanos.

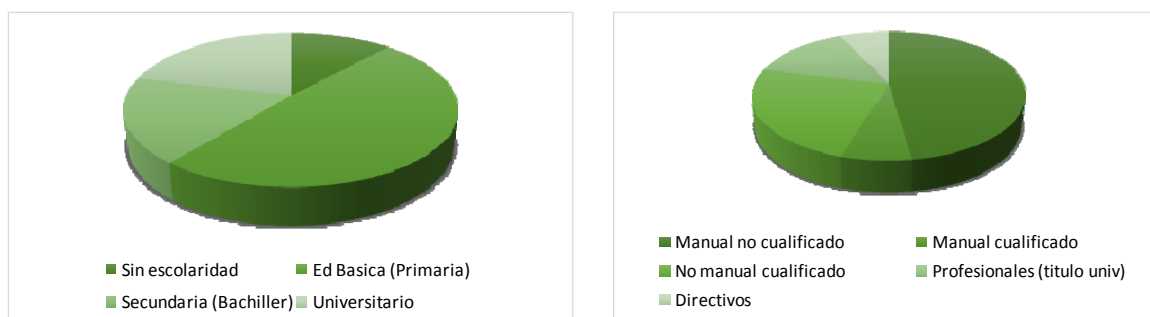
El total de la muestra estaba compuesta por sujetos con edades comprendidas entre 60 y 93 años, con una media de edad de 74,09 ($DT = 7,76$). El 64,1% de los participantes eran mujeres y un 35,9% hombres. El 60,2% estaba casado, un 4,7% soltero, un 31,3% viudo y un 3,9% en otras circunstancias.

Figura 18. Porcentajes del género y estado civil en el total de la muestra.



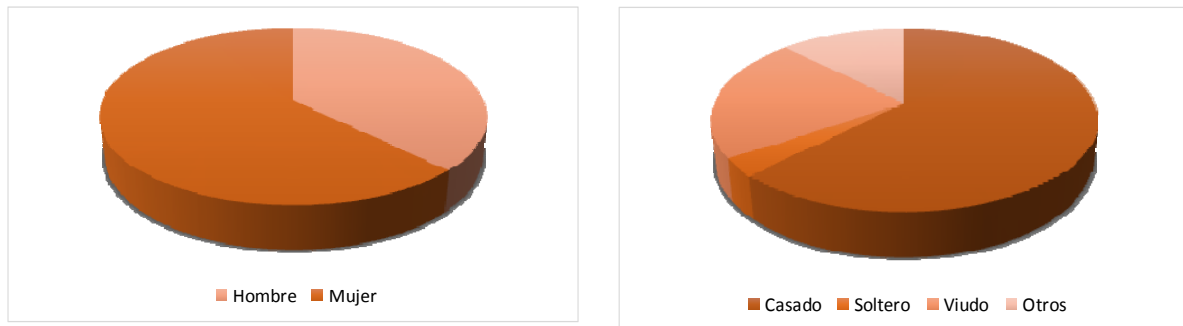
En relación al nivel de estudios un 11,7% no tiene estudios, un 49,2% primarios, un 17,9% secundarios, un 21% universitarios; y en cuanto al empleo un 47,6% de trabajo manual no cualificado, un 7% manual cualificado, un 24,2% no manual cualificado, un 14% profesional con título universitario requerido y un 9% de directivos con o sin título universitario.

Figura 19. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en el total de la muestra.



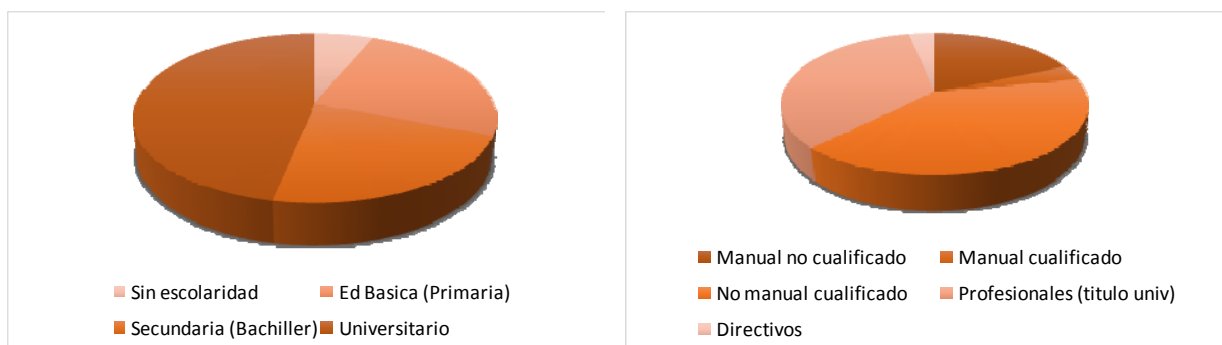
Respecto a la muestra de sanos, el grupo está compuesto por 32 sujetos, la media de edad fue de 69,2 años ($DT = 6,48$), siendo la edad mínima 62 años y la máxima 87. El 62,5% era mujeres y 37,5% hombres. Respecto al estado civil el 62,5% están casados, un 3,12% solteros, un 21,8% viudos y un 12,5 otros.

Figura 20. Porcentajes del género y del estado civil en Sanos



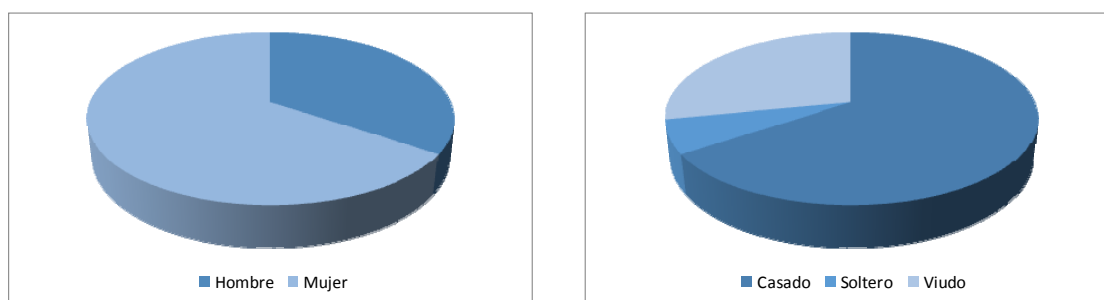
Respecto al nivel de estudios, el 6,25 % no tienen estudios, un 25% estudios primarios, un 21,87% estudios secundarios, y un 46,87% estudios universitarios. Finalmente, en cuanto al tipo de trabajo o empleo desarrollado, se obtuvo un 18,75% de trabajo manual no cualificado, un 3,12% manual cualificado, un 40,62% no manual cualificado, un 34,37% profesional con título universitario requerido y un 3,12% de directivos con o sin título universitario.

Figura 21. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en Sanos.



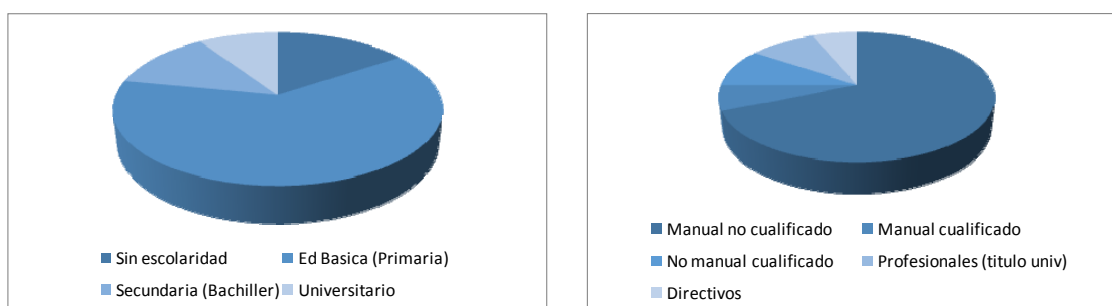
En cuanto al grupo DCL, la media de edad fue de 75,6 años ($DT = 6,8$), siendo la edad mínima 60 años y la máxima 88. El 65,6% era mujeres y 34,4% hombres. Respecto al estado civil el 65,6% están casados, un 6,3% solteros y un 28,1% viudos.

Figura 22. Porcentajes del género y del estado civil en DCL.



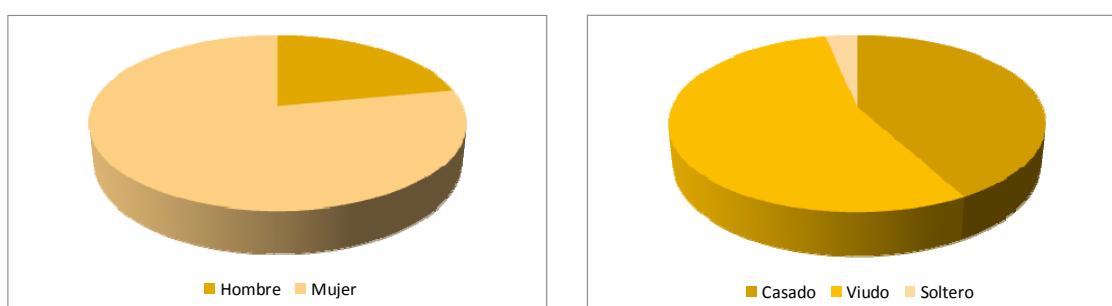
En relación al nivel de estudios, el 15,6 % no tienen estudios, un 62,5% estudios primarios, un 12,5% estudios secundarios, y un 9,3% estudios universitarios. Finalmente, en cuanto al tipo de trabajo o empleo desarrollado, se obtuvo un 68,75% de trabajo manual no cualificado, un 6,2% manual cualificado, un 9,3% no manual cualificado, un 9,3% profesional con título universitario requerido y un 6,2% de directivos con o sin título universitario.

Figura 23. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en DCL.



En cuanto al grupo de EA, la media de edad fue de 79,9 años ($DT = 6,62$), siendo la edad mínima 64 años y la máxima 93. El 78,1% era mujeres y 21,8% hombres. Respecto al estado civil el 40,6% están casados, un 3,1% solteros y un 53,1% viudos.

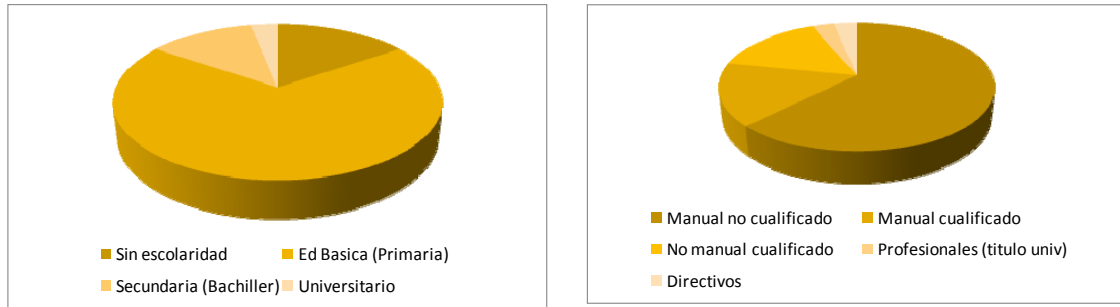
Gráfico 24. Porcentajes del género y del estado civil en EA.



En relación al nivel de estudios, el 15,6 % no tienen estudios, un 68,8% estudios primarios, un 12,5% estudios secundarios, y un 3,1 % estudios universitarios. Finalmente, en

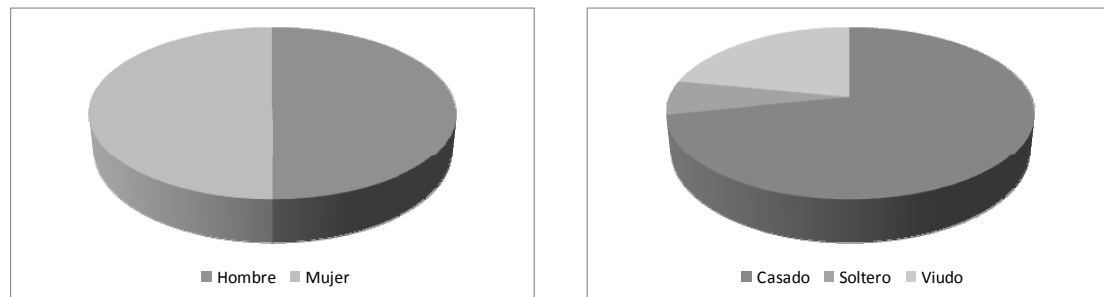
cuanto al tipo de trabajo, se obtuvo un 62,5% de trabajo manual no cualificado, un 15,6% manual cualificado, un 15,6% no manual cualificado, un 3,12% profesional con título universitario requerido y un 3,12% de directivos con o sin título universitario.

Figura 25. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en EA.



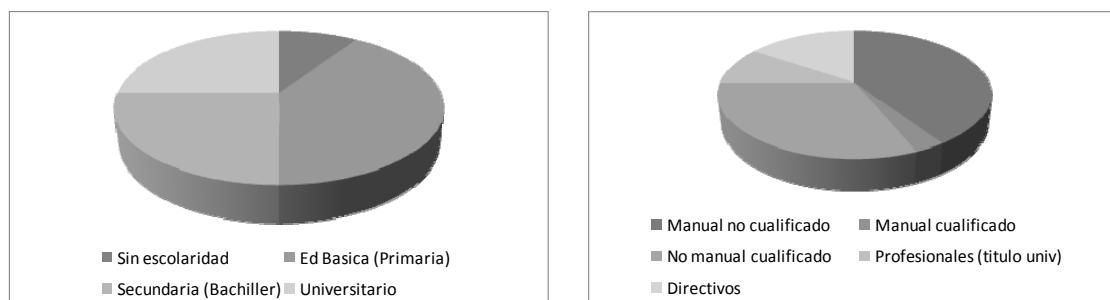
En cuanto al grupo de EP, la media de edad fue de 71,6 años (DT = 6,76), siendo la edad mínima 60 años y la máxima 84. El 50% era mujeres y 50% hombres. Respecto al estado civil el 71,9% están casados, un 6,3% solteros y un 21,9% viudos.

Figura 26. Porcentajes del género y del estado civil en EP.



En relación al nivel de estudios, el 9,4 % no tienen estudios, un 40,6% estudios primarios, un 25% estudios secundarios, y un 25% estudios universitarios. Finalmente, en cuanto al tipo de trabajo, se obtuvo un 40,6% de trabajo manual no cualificado, un 3,1% manual cualificado, un 31,3% no manual cualificado, un 9,4% profesional con título universitario requerido y un 15,6% de directivos con o sin título universitario.

Figura 27. Porcentajes del nivel de estudios y empleo en EP.



4. Instrumentos.

Para la evaluación de los sujetos, se aplicó un protocolo compuesto por pruebas cognitivas y cuestionarios de medidas emocionales, además de un cuestionario que recoge datos sociodemográficos.

a. Medidas sociodemográficas.

En relación a los sociodemográficos, se tomaron datos de edad, género, estado civil, nivel de estudios (nivel educativo alcanzado, así como el número total de años de escolarización) y profesión. Además, a modo de entrevista semiestructurada, también se recogió información clínica general de relevante interés como, por ejemplo: durabilidad de las pérdidas de memoria (en caso de existir) valoración subjetiva de la salud en comparación con la gente de su misma edad (valorándose entre 1 y 10); historial clínico de otras enfermedades, antecedentes familiares, etc. Por último, se recogió qué tipo de actividades de ocio realizaba en su vida diaria, como por ejemplo: hacer sopas de letras, crucigramas o pasatiempos; leer libros, revistas, etc.; escribir como actividad; bailar; hacer ejercicio como caminar, yoga o tai-chi; practicar algún tipo de deporte; asistir a clases o talleres de cosas manipulativas; talleres o clases de actividad mental; tocar un instrumento musical; participar como voluntario; ir al cine, teatro, zarzuela, opera, etc.; juegos de mesa: dominó, cartas, ajedrez; participar en asociaciones culturales y viajar, computándose esta variable como un sumatorio en el que el mínimo era 0 y el máximo era 14.

b. Medidas cognitivas.

Primeramente, se administró a los sujetos el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Saz y Marcos, 2002), una adaptación modificada al español del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975). Esta prueba ha sido utilizada como método de cribado, midiendo cuantitativamente la existencia y el grado de gravedad de un posible deterioro cognitivo, pero sin ofrecer un diagnóstico específico. Este instrumento de "screening" está compuesto por 11 ítems en los que se evalúan 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción

visoespacial. Se puede obtener una puntuación total entre 0 y 30, sumando directamente las puntuaciones de cada uno de los ítems. El punto de corte establecido para detección de deterioro cognitivo en población española se sitúa en 23. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y otras enfermedades neurodegenerativas como la demencia de tipo Alzheimer (EA). Se trata de una sencilla prueba estructurada por áreas cognitivas, con un tiempo de unos 10 minutos para su administración.

Además, se emplearon diferentes pruebas neuropsicológicas centradas principalmente en evaluar las áreas cognitivas de memoria y funciones ejecutivas, capacidades empleadas en ocasiones en las mismas pruebas.

Con respecto a las pruebas que evalúan la función mnésica, una de ellas fue el Test de Aprendizaje Verbal España-Computense (TAVEC; Benedet y Alexandre, 1998). Se trata de una prueba que valora el recuerdo libre inmediato y recuerdo diferido, a través de tres listas de palabras que se presentan como “lista de la compra”. La primera de ellas “A”, es una lista de aprendizaje; la segunda “B”, es una lista de interferencia; la tercera y última “C” de reconocimiento. En este estudio únicamente se ha utilizado la lista A, formada por 16 palabras pertenecientes a 4 categorías diferentes: fruta (uvas, piña, etc.), herramientas (taladradora, pala, etc.); prendas de vestir (medias, guantes, etc.); y especias (azafrán, romero, etc.).

Esta lista era presentada de manera oral al sujeto en cinco ensayos diferentes, tras cada uno de los cuales se le pedía que nombrara todas las palabras que recordaba. Una vez acabados los 5 ensayos, y habiendo transcurrido un tiempo de 20 minutos de la última repetición, se le pide al sujeto que vuelva a recopilar oralmente todas las palabras de la lista que recuerde. Esta tarea se realiza para valorar la memoria diferida, mientras que los ensayos iniciales para valorar la memoria a corto plazo.

Esta prueba proporciona información sobre la memoria y la capacidad de aprendizaje. Así mismo, ofrece información sobre la curva del aprendizaje del sujeto, el efecto de primacía y de recencia, la estabilidad del aprendizaje, el uso de estrategias de aprendizaje, la susceptibilidad a la interferencia, la retención de la información a corto y largo plazo, el beneficio de las claves semánticas a la hora de recordar las palabras, la

presencia de perseveraciones e intrusiones, la discriminabilidad y el sesgo de respuesta. La precisión, consistencia y estabilidad de las puntuaciones en distintas situaciones obtuvo una puntuación de 0.94

Otra prueba utilizada para evaluar memoria, pero también funciones ejecutivas, ha sido la subescala de Dígitos I y II, incluida en la batería *Wechsler Memory Scale* (WMS-III) (Wechsler, 1997). Esta batería fue diseñada para evaluar memoria auditiva y visual, así como habilidades de la memoria de trabajo, no únicamente en jóvenes y adultos, sino también en personas que sufren deterioro cognitivo (Grober, Mowrey, Hall, Katz, Zimmerman y Lipton, 2013).

Esta subescala se divide en dos partes: Dígitos en orden directo (I) y Dígitos en orden inverso (II). Para el desarrollo de la primera parte, el evaluador leerá en voz alta al sujeto una serie de dígitos, que debe repetir de forma inmediata, en orden serial y en voz alta. Cada nivel se define por la cantidad de dígitos a recordar (entre 3 y 8 cifras) y se presentan dos series por cada nivel. Inicialmente se le explica al sujeto las instrucciones de la prueba y, a continuación, se comienza leyendo una serie de tres dígitos, y si el sujeto la repite correctamente se pasa al siguiente ensayo, hasta que el sujeto falle las dos series que componen el mismo nivel. La administración y puntuación se realizan según el manual (Wechsler y Stone, 1987).

Para la segunda parte de la escala, Dígitos en orden inverso, al igual que en la tarea anterior, se presentarán al sujeto una serie de dígitos, que debe repetir en este caso en el orden serial inverso. Cada nivel tiene una cantidad de dígitos a recordar (entre 2 y 7) e igualmente que, en la primera parte se presentan de a dos series por nivel. Primero se le explicará al sujeto la información necesaria de acuerdo al procedimiento de la prueba y, a continuación, darán comienzo los ensayos. La tarea acaba cuando el sujeto falle dos series del mismo nivel.

Otra de las pruebas para evaluar tanto memoria como funciones ejecutivas fue la Figura Compleja de Rey (Rey, 1941). En esta prueba el sujeto debe reproducir lo más fielmente posible un dibujo geométrico de carácter complejo. Transcurridos 3 minutos de la copia, el sujeto deberá reproducir la figura de memoria, sin tenerla a la vista y sin recibir ninguna ayuda por parte del evaluador que le permita identificar el número, la forma o la

situación de cualquiera de los elementos que forman la figura. Su aplicación es individual y el tiempo es variable, en función de lo que precise el sujeto para desarrollar ambas partes.

La puntuación de la prueba se otorga en función de la correcta realización de los 18 elementos que conforman la figura. Por una buena ejecución se otorgan 2 puntos. Si el elemento está realizado, pero se ha situado mal se otorga 1 punto; por cada elemento deformado incompleto pero reconocible y bien situado, 1 punto; deformado, incompleto pero reconocible y mal situado: 0,5 puntos; y por cada elemento irreconocible o ausente, 0 puntos. La suma total de todas las puntuaciones asignadas a cada elemento dará la puntuación centil que deberá convertirse en puntuación típica, siendo 50 la puntuación de corte.

Esta prueba ofrece información esencial sobre diferentes procesos cognitivos como la organización y el orden que sigue el sujeto a la hora de reproducir el dibujo, destrezas motoras, memoria de trabajo, habilidades visoespaciales y visoconstructivas. En este estudio nos aportará datos relevantes sobre memoria y funciones ejecutivas del sujeto. Además, cuenta con buenas propiedades psicométricas (Galindo, Cortés y Salvador, 1996).

Para medir funciones ejecutivas también se ha utilizado la prueba Stroop (Golden, 1994). Esta prueba, frecuentemente utilizada, tiene sus orígenes en el año 1886, cuando J. M. Cattell comprobó que nombrar en voz alta los colores llevaba más tiempo que leer en voz alta las correspondientes palabras. Es decir, la palabra coloreada suscita una respuesta verbal automática que requiere muchas de las mismas funciones neuropsicológicas que son necesarias para nombrar los colores. Además, la velocidad de ambas reacciones (leer palabras y nombrar colores) es tal que la respuesta de leer palabras ocupa los canales neuropsicológicos que, al mismo tiempo, la respuesta de nombrar colores necesita para poder ser procesada.

Así pues, Stroop mide básicamente la capacidad del individuo para separar los estímulos de nombrar colores y palabras. Ciertas personas son capaces de hacerlo y pueden suprimir la respuesta de lectura y concentrarse en la tarea de nombrar los colores; otras personas no son capaces de suprimir el nombramiento de la palabra y han de procesar tanto la palabra como el color antes de responder; en otros sujetos, en cambio, las respuestas de palabra y color están íntegramente confundidas debido a niveles altos de interferencia.

La versión normalizada de esta prueba (Golden, 1975) consta de tres páginas, cada una formada por 100 elementos en total distribuidos en 5 columnas de 20 elementos. El contenido de cada página viene explicado a continuación:

- La primera página está formada por las palabras “rojo verde y azul”, ordenadas al azar e impresas en tinta negra en una hoja del tamaño A4. No se permite que la misma palabra aparezca 2 veces seguidas en la misma columna.
- La segunda página consiste en 100 elementos iguales (XXXX) impresos en tinta azul, verde y roja. El mismo color no aparece dos veces seguidas en la misma columna y además, los colores no siguen el mismo orden de las palabras que la primera página.
- La tercera página está formada con las palabras de la primera página impresas en los colores de la segunda, mezclado ítem por ítem. El primer ítem es el color del primer ítem de la primera página impreso en la tinta del color del primer ítem de la segunda página. No coincide en ningún caso el color de la tinta con el significado de la palabra.

A la hora de aplicar la prueba, se presentará al sujeto las tres hojas en el orden establecido en el párrafo anterior. Tras darle al sujeto la explicación correspondiente se le avisa del comienzo de la tarea y se pone el cronometro en marcha, dándole 45 segundos de tiempo por hoja, y tomando nota del número de ítems correctos por cada una de las tres tareas.

El objetivo principal de esta prueba es medir la capacidad de inhibir la interferencia, es decir, la capacidad del individuo para controlar la interferencia que producen las respuestas previamente automatizadas y no intencionadas, a favor de otras respuestas controladas y voluntarias demandadas por la situación (Huguet, Galvaing, Monteil y Dumas, 1999; Mead, et al., 2002).

La fiabilidad del Stroop se ha mostrado muy consistente en las diversas versiones existentes. En todos los casos, los investigadores han usado el método test-retest con tiempos comprendidos entre un minuto y 10 días entre las dos aplicaciones. Jensen (1965)

obtuvo índices de 0,88, 0,79 y 0,71 para las tres puntuaciones directas. Golden (1975) obtuvo valores de 0,89, 0,84 y 0,73 ($N = 450$).

Por último, y en cuanto a la validez, existen también diversas investigaciones que la han encontrado significativa (Zajano, Hoyceanyls y Ouellette, 1981; Sichel y Chandler, 1969; en MacLeod, 1991). Además, se ha encontrado que la interferencia continuaba apareciendo en igual magnitud a pesar de cambiar cualitativamente la forma del estímulo (Mc Cown y Arnoult, 1981; Regan, 1978).

Esta prueba se utiliza para detectar distintos trastornos cerebrales. Es fácil de administrar, no requiere mucho tiempo puede traducirse fácilmente y no está sujeto a influencias culturales.

La última prueba utilizada para valorar funciones ejecutivas fue la subprueba de fluencia verbal y evocación categorial del Test Barcelona Revisado (TBR; Peña-Casanova, 2005), el cual fue diseñado con el objetivo de explorar las capacidades mentales superiores para profundizar y avanzar en el estudio neuropsicológico.

La prueba consiste la evocación por parte del sujeto del máximo número de palabras vinculadas a una categoría específica dentro de un período de tiempo limitado. Concretamente, se le pide al sujeto que nombre todas las palabras pertenecientes a la categoría “animales” en un minuto.

En el caso de la fluencia verbal se le pide al sujeto el máximo de palabras que comiencen por la letra “p” con un máximo de tres minutos. Con esta prueba es posible valorar la capacidad de acceso y evocación a elementos del almacén léxico y semántico. Son varios los procesos cognitivos que se activan en el desarrollo de la tarea, como por son la atención, la memoria semántica, la velocidad de procesamiento de la información, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo (Ruff, Light, Parker y Levin, 1997).

La puntuación se consigue sumando un punto por cada palabra correcta (no se puntúan la repetición de palabras, ni derivativos de los sustantivos ni verbos que hayan sido evocados). El baremo se divide en tres franjas: entre 0 y 14 palabras = 0 puntos, rendimiento deteriorado de forma moderada; 15-30 palabras = 1 punto, rendimiento deteriorado de forma leve; > 30 palabras = 2 puntos, rendimiento óptimo.

En última instancia se utilizó la subprueba de vocabulario de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III (WAIS-III) (Wechsler, 2001). Estas escalas de inteligencia, y concretamente la subprueba de vocabulario, ha sido ampliamente utilizada para medir el mantenimiento de las capacidades intelectuales en personas con deterioro cognitivo. En esta línea, cabe destacar que las personas que poseen alto nivel de vocabulario, medido a través de esta y otras escalas del WAIS-R poseen compensación neuronal, por lo que puede ser tomada como una medida de reserva cognitiva (Stern et al., 2005). En esta prueba el sujeto debe dar un significado de un total de 33 palabras de dificultad ascendente. Refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve el sujeto evaluado. La prueba se puntúa con una tabla de corrección asignando la puntuación a cada palabra: 2 puntos cuando la definición es correcta; 1 cuando se define el concepto, pero de forma imprecisa; y un 0 cuando la definición es muy vaga o incierta. La suma de la puntuación de todas las palabras nos dará su puntuación centil que posteriormente se reconvierte en una puntuación típica de acuerdo a los baremos de la escala según etapas de edad.

Dentro del apartado de pruebas cognitivas se utilizaron dos pruebas para evaluar la memoria autobiográfica. La Entrevista de Memoria Autobiográfica (AMI: Kopelman, Wilson y Baddeley, 1990), y el Test de Memoria Autobiográfica (AMT), explicadas a continuación.

La entrevista AMI, cuya versión original se denomina "*Autobiographical Memory Interview*" (Kopelman et al., 1990), evalúa principalmente los dos componentes de la memoria autobiográfica: el episódico y el semántico.

Posee un carácter semiestructurado y proporciona una medida de la memoria personal semántica y una medida de episódica. Además, también se valoran los recuerdos en función de la etapa del ciclo vital donde tuvo lugar el evento, con lo que se puede obtener información acerca de la memoria más remota (memoria retrógrada), así como recuerdos más recientes. Esta prueba se utiliza para valorar distintos aspectos, el más frecuente, la presencia o ausencia de deterioro cognitivo. Particularmente, el recuerdo episódico así como los detalles contextuales son sensibles al daño en la corteza prefrontal, déficit relacionado con los cambios asociados a la edad en estrategias mnemotécnicas de recuerdo (Moscovitch y Winocur, 1992; Raz, Gunning-Dixon, Head, Dupuis y Acker, 1998;

West, 1996). También ha resultado útil para discriminar pacientes con problemas de amnesia orgánica de sujetos controles sanos y resulta útil en el estudio de casos en los que la amnesia anterógrada y retrógrada puedan estar separadas. Esta prueba es aplicable a sujetos a partir de 18 años.

La entrevista parte de tres tramos personales que vienen señalados a continuación:

a. Infancia:

- Periodo anterior a la escuela.
- Escuela primaria (5 a 11 años)
- Escuela secundaria (11 a 18 años)

b. Edad adulta temprana:

- Trayectoria o carrera
- Boda
- Hijos y gente conocida por el sujeto en la década de los 20

c. Vida reciente:

- Hospitalización o institucionalización actual.
- Hospitalización o institucionalización previa.
- Últimas navidades o día de Noche Buena
- Vacaciones o viajes.

En cada una de estas etapas y subetapas se evalúa, por un lado, la memoria autobiográfica semántica y por otro la episódica. En referencia a la primera, se pide al sujeto que recuerde determinada información concreta de su pasado personal en cada una de las subetapas y se valora sobre 21 puntos totales por etapa. Algunos ejemplos pueden ser direcciones, nombres de amigos o fechas relevantes.

Por otro lado, la memoria autobiográfica episódica valora el recuerdo de acontecimientos específicos de la vida del sujeto a lo largo de las tres etapas señaladas anteriormente. Cada una se valora sobre 3 puntos en función de la especificidad del recuerdo, así como la riqueza de detalles. Así pues, el recuerdo episódico es valorado de la

siguiente manera:

Tabla 9. Niveles especificidad recuerdo autobiográfico.

PUNTUACIÓN	RECUERDO EPISÓDICO
3	Memoria episódica específica en tiempo y lugar
2	Evento personal pero no específico en el que no se recuerda tiempo o lugar.
1	Recuerdo personal vago.
0	Ninguna respuesta o respuesta basada en memoria semántica

La verificación de los recuerdos se hace a través de determinadas preguntas que se repiten a lo largo de la entrevista y comprobando que no haya inconsistencias en el relato del sujeto.

En cuanto a los puntos de corte, en la tabla siguiente se pueden observar los cuatro rangos en los que se dividen las puntuaciones: aceptable, borderline, déficit probable, déficit definitivo.

Tabla 10. Puntos de corte de la Entrevista de Memoria Autobiográfica

RANGOS	M.A. SEMÁNTICA				M.A. EPISÓDICA			
	Infancia	Adultez	Vida reciente	Total	Infancia	Adultez	Vida reciente	Total
Aceptable	16-21	17-21	19-21	54-63	6-9	7-9	7-9	19-27
Borderline	14-15	16	18	50-52	5	5-6	6	16-18
Déficit prob.	12-13	15	-	48-49	4	4	-	13-15
Déficit definit.	≤11	≤14	≤17	≤47	≤3	≤3	≤5	≤12

La fiabilidad y validez de la prueba ha sido analizada con pacientes que sufrían amnesia por causas diferentes. Las correlaciones dieron resultados muy altos, entre 0,88 y 0,99 para el recuerdo semántico y una $r = 0.83$ para el recuerdo episódico (Kopelman et al., 1990). La validez fue evaluada de maneras diferentes, demostrando en todos los casos que la entrevista AMI podía diferenciar pacientes amnésicos de controles sanos, comparándose con otros test.

Cabe destacar que algunas investigaciones coinciden en que se trata de una prueba poco sensible a la calidad y número de detalles episódicos que aporta el sujeto, ya que la manera de puntuar y valorar el recuerdo solo tiene en cuenta que el sujeto aporte detalles referentes al espacio y momento temporal. Con el fin de corregir este hecho, y lograr capturar la calidad experiencial de los recuerdos autobiográficos, Levine et al. (2002) desarrollaron la Entrevista Autobiográfica (AI) que acredita el número y la calidad de los detalles de las memorias (Johnson, Foley, Suengas y Raye, 1988; Moscovitch, Yaschyshyn, Ziegler y Nadel, 1999). Esta entrevista también se divide en cinco periodos del ciclo vital,

pero, a diferencia del AMI, los sujetos seleccionan un único evento para cada etapa, siendo libres de escoger cualquier recuerdo que deseen. Se les pide expresamente a los sujetos que aporten el máximo de detalles que puedan sobre el evento.

Para evaluar el evento, éste es segmentado en bits o detalles informacionales, categorizándolos en dos grandes grupos: detalles internos o externos. Los primeros hacen referencia a la información específica en tiempo y espacio, y por tanto, a la información episódica. Los segundos, hacen referencia a la información semántica. Cada bit de información recibe una puntuación de 0 a 3 similar a la utilizada en AMI. De hecho, los autores basan su validez en el gran parecido entre las puntuaciones de una y de otra, ya que AMI es una entrevista estandarizada (Kopelman et al., 1989, 1990).

Si bien es cierto que la entrevista AI (Levine et al., 2002) es más sensible a la calidad de detalles perceptivo-contextuales del recuerdo autobiográfico, debe tenerse en cuenta que el tipo de recuerdos demandados puede influir en los resultados de la investigación. Es decir, en el caso de AI el sujeto autoselecciona los recuerdos. Al ser así, en línea con Cohen y Faulkner (1988), las personas y sobretodo, las personas mayores, suelen elegir aquellos recuerdos personalmente más significativos que se han mantenido a lo largo del tiempo, gracias a la repetición frecuente, con lo que sería muy posible que no se observaran diferencias de edad en este caso, en cuanto a realismo y detalle. Esto ocurre porque dichos recuerdos suelen ser altamente accesibles y conservan su realismo y detalle original. En cambio, si lo que se pide al sujeto son memorias designadas por el evaluador, la evidencia de pérdida de especificidad será más observable, ya que es posible que los recuerdos solicitados no hayan sido reforzados con la repetición frecuentemente (Cohen y Faulkner, 1989; Cohen, Conway y Maylor, 1994).

La segunda prueba utilizada para medir memoria autobiográfica fue el *Autobiographical Memory Test* (AMT; Williams y Broadbent, 1986). Esta prueba se utiliza con el fin de medir la capacidad de evocación de recuerdos autobiográficos específicos en respuesta a determinadas palabras clave, que se diferencian en valencia positiva y negativa. Las palabras clave que se han utilizado han sido similares a las que se usaron originalmente en Williams y Broadbent (1986), traducidas al español. La lista definitiva de palabras, tomada de Ricarte, Latorre y Ros (2013), está formada por cinco palabras de valencia positiva -feliz,

amistad, sonrisa, energía, ilusión- y cinco de valencia negativa -tristeza, fracaso, enfermedad, preocupación, culpable-.

A la hora de administrar la prueba, se presenta a los sujetos las diferentes palabras clave, alternando palabras positivas y negativas y se les pide que intenten evocar un recuerdo del pasado, que esa palabra les traiga a la mente, y además se les pide que sea lo más específico posible (algo que tuviera lugar en un momento y en un lugar concreto, y que durara menos de un día). Para que no quepa lugar a dudas, se les explica la diferencia entre un recuerdo específico y uno que no lo es (general), y se les proporciona un ejemplo para que lo entiendan.

El recuerdo es reproducido de manera oral por el sujeto a la par que es grabado en audio digital con el consentimiento de los participantes para posteriormente, ser transcritos para su codificación según los criterios propuestos por Williams (1992). Este procedimiento permitirá a posteriori que dos jueces diferentes codifiquen la tarea, con el fin de asegurar la fiabilidad de la prueba.

A la hora de codificar los distintos recuerdos, cada uno de ellos se catalogaba según tres categorías diferentes: 1) Signo o valencia del recuerdo: Positivo, Negativo o Neutro; 2) Tipo de recuerdo: Vago, General o Específico; 3) Etapa en la que tuvo lugar el evento recordado: Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood o Vejez

Por lo tanto, cada vez que se presenta una palabra y se evoca un recuerdo, se asigna a éste en cada una de las categorías anteriores, según valencia, tipo de recuerdo y etapa. A la hora de codificar numéricamente el recuerdo, para facilitar el análisis, quedó de la siguiente manera.

Tabla 11. Codificación numérica para cada recuerdo autobiográfico del AMT.

	Signo		Tipo		Etapa
Neutro	0	Vago	1	No refiere	0
				Infancia	1
Positivo	1	General	2	Adolescencia	2
				Juventud	3
Negativo	2	Específico	3	Adulthood	4
				Vejez	5

A partir de esta codificación, para este estudio se establecieron hasta 54 posibilidades de respuesta diferentes según la etapa, el tipo de recuerdo y la valencia de éste. Para calcular la fiabilidad inter-jueces se correlacionaron (mediante r de Pearson) la

suma de las valoraciones de dichos jueces respecto a: las 10 especificidades, 10 valencias y las 10 etapas de las palabras clave del AMT. Las correlaciones de Pearson fueron $>.80$, garantizando así una corrección fiable.

c. Medidas emocionales.

El instrumento utilizado para medir depresión ha sido la adaptación española (Latorre y Montañes, 1997) de la escala *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), desarrollada por Radloff en 1977. Esta prueba se compone de 20 ítems que detectan la presencia de síntomas depresivos. Se han realizado diversos análisis factoriales sobre la escala, apareciendo 4 factores de primer orden: afecto/ánimo negativo, síntomas somáticos o retardo psicomotor, pérdida de bienestar y dificultades interpersonales y un factor de segundo orden de depresión. La fiabilidad de las distintas escalas es buena, siendo ,85 para ánimo negativo, ,75 para retardo psicomotor, ,78 para pérdida de bienestar y ,57 para dificultades interpersonales (Gatz y Hurwicz, 1990).

Los ítems se responden en función de la frecuencia con la que el sujeto experimentó en la semana anterior a la evaluación los síntomas que se indican y la puntuación oscila de 0 (ninguna vez) a 3 (muchas veces). Teniendo en cuenta los ítems inversos, se realiza un sumatorio para obtener una puntuación total de entre 0 y 60, donde a mayor puntuación mayor estado depresivo. El punto de corte en población española es 16, y a partir de dicha puntuación se considera que la persona presenta sintomatología depresiva.

Esta escala posee una buena consistencia interna con puntuaciones alfa de aproximadamente ,85 para la población normal y ,90 para la población psiquiátrica. Además, las correlaciones test-retest están entre valores de ,51 y ,67 realizada entre 2 y 8 semanas, y ,32 y ,54 entre 3 meses y un año (Roberts, Rhoades y Vernon, 1990). Respecto a la validez de la escala, es buena, correlacionando significativamente con otras escalas de medida de depresión y estado de ánimo, y discriminando entre pacientes psiquiátricos y la población general, y moderada, para discriminar entre niveles de gravedad de diferentes grupos de pacientes; también muestra sensibilidad a los cambios en pacientes después del tratamiento (Radloff, 1977).

Otra prueba utilizada para medir el estado de ánimo depresivo fue la *Beck*

Hopelessness Scale (BHS; Beck, Weissman y Trexler, 1974), una prueba de 20 ítems que mide la percepción negativa que tienen las personas sobre el futuro (pesimismo). Cada una de las 20 cuestiones se valora como verdadera o falsa, y se puntúa con 1 ó 0, respectivamente. De las 20 preguntas, 9 se corresponden como falsas y 11 como verdaderas en relación al constructo que se está midiendo: pesimismo sobre el futuro. A la hora de establecer el punto de corte, y teniendo en cuenta que la puntuación máxima es 20, la CCT (*Center for Cognitive Therapy*), establece que 0-3 sería rango mínimo, 4-8 sería medio, 9-14 moderado, y más de 14 sería severo. Esta medida representa una subclase de sintomatología depresiva que refleja la percepción que tiene un individuo sobre la posibilidad de alcanzar metas y expectativas en el futuro. El análisis de la escala revela 3 factores principales: El factor 1, incluye ítems que reflejan las percepciones positivas hacia el futuro, el factor 2, incluye sentimientos y capacidad de control sobre el futuro, y el factor 3 valora expectativas futuras ya que mide los resultados que la persona prevé sobre los futuros eventos. La BHS ha sido evaluada en diversos estudios y se ha mostrado fiable, sensible y fácilmente administrable (Beck et al., 1974; Trepka, Bishop y Blackburn, 1983; Dyer y Kreitman, 1984; Hill, Gallagher, Thompson y Ishida, 1988), alcanzando un índice alfa de consistencia interna de ,93.

Para valorar el bienestar psicológico se utilizaron las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, medida frecuentemente utilizada en nuestro contexto con población mayor, con resultados moderadamente satisfactorios (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008; Meléndez, Tomás y Navarro, 2011; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Triadó, Villar, Solé y Celdrán, 2007). De las diferentes versiones que existen se ha utilizado la versión compuesta por 29 ítems (Díaz et al., 2006). La escala de puntuaciones es tipo Likert: desde 1 (nada de acuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Estas escalas, se componen de seis dimensiones, que vienen explicadas brevemente a continuación:

- Autonomía: independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales, se regula la conducta internamente y las autoevaluaciones se realizan desde estándares personales.
- Dominio del Ambiente: competencia manejando el ambiente, haciendo uso efectivo de las oportunidades del contexto y siendo capaz de elegir o crear

contextos adaptados a las necesidades y valores personales.

- Autoaceptación: posee una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando los múltiples aspectos del yo, incluyendo lo negativo y lo positivo.
- Relaciones positivas con otros: mantiene relaciones interpersonales satisfactorias y de mutua confianza, preocupándose por el bienestar de otros.
- Crecimiento personal: se mantiene el sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, abierto a nuevas experiencias.
- Propósito en la vida: tiene metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado en el presente y en el pasado.

Otra de las escalas emocionales que se ha utilizado ha sido el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003). Este cuestionario tiene como objetivo principal evaluar las estrategias de afrontamiento que una persona pone en marcha cuando se enfrenta a situaciones difíciles. Consta de 42 ítems con respuesta tipo Likert graduada entre nunca (0) y casi siempre (4); desarrollada y validada en España (Meléndez, Mayordomo, Tomás y Sancho, 2012; Tomas, Sancho y Meléndez, 2013), a partir de estudios exploratorios y confirmatorios, mostró una adecuada estructura factorial obteniéndose siete dimensiones que se presentan a continuación:

1. Focalizado en la solución del problema: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas al estrés modificando la situación que lo produce.
2. Autofocalización negativa: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su manejo inadecuado.
3. Reevaluación positiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
4. Expresión emocional abierta: estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen el proceso de estrés.
5. Evitación: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamiento o

conductas relacionadas con el acontecimiento estresante.

6. Búsqueda de apoyo social: apoyo en otros para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo.
7. Religión: recurrir a pensamientos religiosos, a la iglesia, a Dios para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo.

Para medir la resiliencia se utilizó la escala *Brief Resilient Coping Scale* de Sinclair y Wallston (BRCS; 2004). Se trata de una escala breve que contiene los aspectos fundamentales del concepto de la resiliencia. En un comienzo, la escala contaba con 9 ítems, que posteriormente fueron reducidos a 4, a través de la realización de análisis factoriales exploratorios. A pesar de que su brevedad pueda entenderse como una debilidad respecto a la consistencia, esta característica ofrece una mayor estabilidad en las escalas y además es más fácil de administrar. De hecho, en el estudio llevado a cabo por Sinclair y Wallston (2004), se obtuvieron alfas superiores en todos los casos a ,40.

Por último, y con el fin de evaluar la satisfacción vital, se administró a los sujetos la *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) considerada la medida de satisfacción vital más citada en la literatura científica (Diener y González, 2011). La escala inicial consta de 48 ítems de autoinforme relacionados con satisfacción con la vida, así como con el afecto positivo y negativo. A través de análisis factoriales se obtuvieron tres factores (satisfacción vital, afecto negativo, y afecto positivo). El factor de satisfacción contaba con 10 ítems, que se redujeron a cinco, los cuales componen la escala actual (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Así pues, la SWLS es una breve escala de cinco sencillos ítems, que sumándose dan lugar a una puntuación global.

Numerosos estudios han mostrado una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach oscilando de ,79 a ,87 (Blais, Vallerand, Pelletier, y Briere, 1989; Diener, et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991; Yardley y Rice, 1991). De la misma forma, presenta una buena validez y los análisis factoriales confirmatorios dan lugar a una estructura unifactorial (Pavot y Diener, 1993). Esta estructura también se confirma en muestras españolas (Atienza, Pons, Balaguer, y García Merita, 2000).

Tabla 12. Resumen de escalas cognitivas y emocionales utilizadas.

Escala		Descripción
	Cuestionario sociodemográfico	Edad, género, estado civil, nivel de estudios y profesión.
Medidas Cognitivas	MMSE	Prueba de “screening” de 11 ítems que se evalúa orientación espacio-temporal, memoria, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, Valora el recuerdo inmediato y recuerdo diferido, a través de tres listas de palabras que reproducen “lista de la compra”.
	TAVEC	A través de la repetición de series de dígitos en orden directo e inverso evalúa memoria auditiva y visual, así como habilidades de la memoria de trabajo
	WMS-III Escala de dígitos I y II	Mide a través de la copia y recuerdo de una figura la organización, destrezas motoras, memoria de trabajo, habilidades visoespaciales y visoconstructivas.
	Figura de Rey	Mide la capacidad para controlar la interferencia que producen las respuestas automatizadas, a favor de otras respuestas voluntarias.
	STROOP	Se utiliza la subprueba de fluencia verbal (animales) y evocación categorial (palabras que empiezan por “p”) como medidas de funciones ejecutivas.
	TBR; fluencia verbal y evocación categorial	Se utiliza la subprueba de vocabulario para medir inteligencia fluida, así como de posible medida de reserva cognitiva.
Medidas M.A.	AMI	Evalúa componente episódico y semántico de a MA, a través de una entrevista semiestructurada dividida en etapas y sucesos vitales.
	AMT	Mide la capacidad de evocación de recuerdos autobiográficos a través de palabras clave, teniendo en cuenta etapa, valencia y tipo de recuerdo.
Medidas emocionales	CES-D	Detecta la presencia de síntomas depresivos a través de 20 ítems y 4 factores.
	BHS	Prueba de 20 ítems que mide la percepción negativa que tienen las personas sobre el futuro (pesimismo).
	EBR	Escala de bienestar psicológico de 29 ítems con 6 dimensiones.
	CAE	Cuestionario de afrontamiento a situaciones difíciles. 42 ítems con 7 dimensiones.
	BRCS	Escala de cuatro ítems que mide resiliencia.
	SWLS	Escala de cinco ítems que mide satisfacción con la vida.

5. Análisis.

Para el análisis del AMI se realizó un ANOVA mixto (4 x 2 x 3) con cuatro grupos (mayores sanos, EP, DCL y EA; intersujetos), y como factores intrasujetos tipo de recuerdo (memoria semántica y memoria episódica) y la etapa del recuerdo (infancia, juventud/adulthood y vida reciente), realizándose comparaciones post hoc con corrección de Bonferroni.

Para el AMT se realizó un ANOVA mixtos (4 x 3 x 3) con cuatro grupos (mayores sanos, EP, DCL y EA; intersujetos), y como factores intrasujetos la especificidad del recuerdo (específico, general y vago) y la valencia (positiva, negativa y neutra), realizándose comparaciones post hoc con corrección de Bonferroni. Además, se realizó un ANOVA de medidas repetidas con un solo factor, para analizar la cantidad de recuerdo en las etapas

estudiadas. Todos los análisis fueron realizados mediante el programa SPSS 21.

Los análisis estadísticos incluyeron modelos de ecuaciones estructurales (SEMs) para probar los efectos entre los constructos, se estimaron mediante EQS 6.0. La plausibilidad de cualquier modelo CFA y / o SEM se evalúa usando varios criterios de ajuste. Dado que el tamaño de la muestra influye en gran medida en la decisión de aceptar o rechazar un modelo basado en criterios estadísticos, se han planteado varios criterios de ajuste para la evaluación de los modelos estructurales. En este trabajo se utilizaron los siguientes criterios: (a) chi-cuadrado; B) el índice de ajuste comparativo (CFI) superior a 0,90 (e idealmente superior a 0,95); (C) el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de 0,08 o menos (e idealmente menor que 0,05); (D) el GFI y AGFI como medidas de la proporción de covarianza de varianza explicada para el modelo, con valores de más de 0,90 como indicativos de ajuste adecuado; y (e) la media cuadrática estándar de los residuos residuales (SRMR) de 0,08 o menos (e idealmente menos de 0,05).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Para el desarrollo del primer objetivo, en primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las pruebas cognitivas para cada uno de los cuatro grupos. A continuación se pueden observar las medias y desviaciones típicas en la tabla 13.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las pruebas cognitivas

	Sanos	DCL	EA	EP
MEC	28,09(1,92)	25,13(3,53)	20,25(3,03)	27,34(2,67)
WAIS DIR	13,13(1,62)	11,68(2,24)	9,81(2,01)	12,68(2,24)
TAVECTOT	46,66(10,35)	28,16(7,58)	16,81(7,05)	36,34(11,88)
Rey Copia	34,18(2,73)	27,90(9,23)	15,53(11,32)	27,11(11,72)
Total palabras Animales	21,56(5,74)	16,06(5,57)	9,94(3,98)	18,64(7,55)
Total palabras con P	34,72(9,38)	23,06(5,55)	14,78(6,63)	27,85(11,85)
Rey Diferido	14,35(5,37)	6,21(7,63)	0,90(2,91)	11,87(8,66)
DIGDIR	7,75(1,74)	7,52(1,84)	6,09(1,49)	10,65(8,74)
DIGINDIR	4,69(2,12)	3,45(1,43)	2,19(1,40)	4,28(1,57)
TAVECDIF	10,41(2,83)	4,32(3,60)	1,41(2,60)	7,90(3,71)
Palabras Stroop	94,48(23,79)	82,23(21,68)	63,48(15,87)	74,14(22,15)
Colores Stroop	63,71(15,55)	51,87(11,59)	38,93(10,80)	50,96(18,54)
Palabra-Color Stroop	33,90(9,98)	23,10(9,77)	13,31(6,51)	28,88(14,42)
PC	44,56(11,37)	36,10(8,67)	27,79(6,56)	40,56(15,23)
INTERF Stroop	2,04(9,90)	-0,88(6,95)	-2,05(8,24)	5,97(19,22)

Posteriormente, con el fin de se analiza las diferencias entre los distintos grupos, se llevaron a cabo ANOVAs de un factor para cada una de las escalas cognitivas (H1.1 y H1.2).

En estos análisis se obtuvieron diferencias significativas en todas las pruebas.

En la prueba de cribado cognitivo MEC, se obtuvieron diferencias significativas entre grupos ($F(3,123) = 16,604$; $p < 0,001$), las pruebas post hoc mostraron diferencias al comparar el grupo de EA con sanos y con EP ($p < 0,001$), así como con DCL ($p = 0,003$), también se observaron diferencias entre DCL con Sanos ($p = 0,035$); finalmente el grupo EP no obtuvo diferencias significativas en la prueba ni con el grupo de sanos ni con los DCL.

Los análisis para la prueba TAVEC, también fueron significativos, tanto la puntuación del TAVEC total ($F(3,123) = 57,264$; $p < 0,001$) como el TAVEC diferido ($F(3,123) = 48,314$; $p < 0,001$). Las pruebas post hoc del TAVEC total mostraron diferencias ($p < 0,001$) al comparar los sanos con DCL, EA y con EP, además el grupo DCL con EA ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,005$) así como EA con EP ($p < 0,001$); por otro lado, en el TAVEC diferido las diferencias se obtuvieron al comparar Sanos con DCL, EA ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,014$), el grupo EP con DCL y EA ($p < 0,001$), y finalmente DCL con EA ($p = 0,003$).

Los ANOVAs en las subpruebas de dígitos del WAIS también mostró diferencias significativas, tanto en la prueba de orden directo ($F(3,123) = 5,461$; $p = 0,001$), como en inverso ($F(3,123) = 14,180$; $p < 0,001$). En la prueba de orden directo, las pruebas post hoc mostraron diferencias al comparar EP con EA ($p = 0,001$) y DCL ($p = 0,049$). Por otro lado, en la prueba de orden inverso se observaron diferencias al comparar EA con sanos y EP ($p < 0,001$) y con DCL ($p = 0,018$) así como Sanos con DCL ($p = 0,022$). No se observaron diferencias por tanto al comparar el grupo de EP con Sanos y con DCL.

En cuanto a la Figura de Rey, los análisis mostraron diferencias significativas tanto para copia ($F(3,120) = 20,896$; $p < 0,001$), como para la prueba diferida ($F(3,120) = 26,278$; $p < 0,001$). En la primera, las pruebas post hoc mostraron concretamente diferencias al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) y entre el grupo de Sanos con EP ($p = 0,024$). No hubo diferencias entre DCL y sanos, ni DCL con grupo EP. En la prueba diferida las diferencias se obtuvieron al comparar EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y DCL ($p = 0,011$), así como DCL con sanos ($p < 0,001$) y EP ($p < 0,001$), no observándose diferencias entre Sanos y EP.

Respecto a las pruebas de fluencia verbal, los ANOVAS mostraron efectos significativos tanto para la evocación categorial ($F(3,119) = 26,225$; $p < 0,001$), como para la fluencia verbal ($F(3,119) = 30,201$; $p < 0,001$). Las pruebas post hoc para la evocación categorial mostraron diferencias al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) así como

Sanos y DCL ($p = ,002$), pero no entre sanos y EP. Por otro lado, en la segunda subprueba las diferencias se mostraron al comparar EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y DCL ($p = 0,001$), así como Sanos con DCL ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,015$), no observándose diferencias entre DCL y EP.

Por último, los análisis para la prueba Stroop también mostraron un efecto significativo, tanto en la puntuación de “PalabraColor” ($F(3,113) = 21,274$; $p < 0,001$), como en la PC ($F(3,113) = 12,367$; $p < 0,001$), como marginalmente en la puntuación “Interferencia” ($F(3,113) = 2,550$; $p = 0,059$). Las pruebas post hoc mostraron las diferencias significativas en la puntuación “Palabra-Color” al comparar EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y con DCL ($p = 0,003$), así como DCL con Sanos ($p = 0,001$), pero no entre DCL y EP, ni entre Sanos y EP. En la puntuación “PC” las diferencias se observaron al comparar EA con sanos, DCL ($p < 0,001$) así como con EP ($p = 0,024$) y, por otro lado, entre sanos y DCL ($p = 0,030$), no siendo significativas las diferencias entre Sanos y EP, ni entre DCL y EP. Por último, en la puntuación “Interferencia” solo se obtuvieron diferencias significativas al comparar EA con EP ($p < 0,001$).

En segundo lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las pruebas emocionales para cada uno de los cuatro grupos (ver tabla 14).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos escalas emocionales

	Sanos	DCL	EA	EP
CES: depresion	17,47(7,11)	17,91(7,03)	17,62(5,74)	19,38(6,30)
BHS: Desesperanza	9,22(1,96)	10,44(1,87)	9,69(1,93)	10,63(2,30)
EBR: Escala de bienestar psicológico				
Autoaceptación	5,20(,76)	5,13(,97)	5,12(,86)	4,75(1,13)
Relaciones positivas	3,29(,64)	3,44(,76)	3,11(,69)	3,79(,68)
Autonomía	2,91(,62)	3,02(,79)	2,68(,53)	3,66(,97)
Dominio del ambiente	4,04(,49)	4,01(,78)	3,89(,64)	4,21(,78)
Crecimiento personal	4,63(,42)	4,45(,50)	3,96(,57)	4,53(,46)
Propósito con la vida	5,18(1,02)	4,85(,98)	4,45(1,01)	4,54(1,10)
SWLS: satisfacción vital	26,59(7,24)	27,44(6,12)	27,85(5,81)	24,00(6,17)
CAE: Afrontamiento				
Focalizado soluc. problema	3,22(,64)	2,59(,98)	2,19(1,25)	2,76(1,05)
Autofocalización negativa	1,04(,87)	1,27(,88)	1,10(,69)	1,53(,85)
Reevaluación positiva	3,16(,68)	3,25(,61)	2,86(1,12)	3,04(,69)
Exp emocional abierta	0,88(,78)	0,76(,71)	0,73(,65)	0,73(,63)
Evitación	1,16(1,15)	1,38(1,02)	1,22(1,14)	1,47(,92)
Búsqueda apoyo social	1,98(1,34)	1,54(1,17)	1,71(1,49)	1,96(1,18)
Religión	1,28(1,42)	1,45(1,62)	2,06(1,71)	1,17(1,27)
BRCs: Resiliencia	17,53(2,84)	15,69(3,51)	13,92(3,80)	16,59(2,79)

Seguidamente, se analizaron las diferencias entre los distintos grupos, a través de ANOVAs de un factor. En estos análisis se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes escalas:

En primer lugar y en relación a la escala de depresión CES-D, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, dado que tal y como se planteó en los criterios de exclusión, los sujetos con puntuaciones superiores a 28 eran excluidos del estudio (Ros et al., 2011).

En la escala BHS, los ANOVAS mostraron un efecto significativo ($F(3,118) = 3,298$; $p = 0,023$). Las pruebas post hoc, mostraron las diferencias concretamente al comparar sanos con EP ($p = 0,038$).

En la escala EBR de Bienestar psicológico, se obtuvo un efecto significativo para las dimensiones “relaciones positivas” ($F(3,116) = 5,221$; $p = 0,002$), “autonomía” ($F(3,118) = 9,395$; $p < 0,001$), “crecimiento personal” ($F(3,118) = 10,171$; $p < 0,001$) y “propósito con la vida” ($F(3,118) = 3,036$; $p = 0,032$). Las pruebas post hoc mostraron diferencias en las siguientes comparaciones por pares: en la dimensión “relaciones positivas” al comparar EP con Sanos ($p = 0,028$) y con EA ($p = 0,002$); en “autonomía” al comparar EP con sanos ($p = 0,001$), con DCL ($p = ,005$) y con EA ($p < 0,001$); en “crecimiento personal” al comparar EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y con DCL ($p = 0,001$); por último, en “propósito con la vida” al comparar EA y Sanos ($p = 0,055$).

En la escala SWLS de satisfacción con la vida no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($F(3,118) = 2,246$; $p = 0,087$).

En la escala CAE de afrontamiento al estrés se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión “focalizado en la solución de problemas” ($F(3,118) = 5,155$; $p = 0,002$). Las pruebas post hoc mostraron las diferencias al comparar EA con sanos ($p = 0,001$).

Por último, los ANOVAS si mostraron un efecto significativo en la escala BRCS ($F(3,118) = 6,419$; $p < 0,001$), observándose en las pruebas post hoc diferencias significativas al comparar EA con Sanos ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,038$).

Los análisis para comprobar las hipótesis del **segundo objetivo** se llevaron a cabo a través de una prueba ANOVA mixto con grupo como variable entre con cuatro niveles y

como variables intragrupo etapa (infancia, juventud/adulthood y vida reciente) y tipo de memoria (semántica y episódica), que mostró como significativo tanto los efectos principales de las variables: tipo de memoria ($F(1,122) = 4141,93$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,971$), etapa ($F(2,121) = 42,41$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,412$) y grupo ($F(3,122) = 57,317$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,585$); así como las tres interacciones de primer orden: memoria x grupo ($F(3,122) = 12,247$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,231$), etapa x grupo ($F(6,244) = 7,561$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,157$) y memoria x etapa ($F(2,121) = 13,441$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,182$); así como también fue significativa la interacción de segundo orden memoria x etapa x grupo ($F(6,244) = 4,487$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,099$).

Dado que esta interacción de segundo orden puede ser explicada en base a la significación por separado de cada una de las interacciones de primer orden, se procede a analizar cada una de ellas por separado.

Respecto a la interacción de memoria x grupo, se obtuvieron diferencias significativas en función del grupo, tanto para memoria semántica ($F(3,122) = 52,592$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,564$), como para la episódica ($F(3,122) = 39,065$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,490$). De forma complementaria las pruebas post hoc, mostraron la existencia de diferencias en memoria semántica al comparar EA con, DCL, EP y Sanos ($p < 0,001$) y DCL con Sanos ($p < 0,001$), y EP ($p = 0,004$). Igualmente, las diferencias en memoria episódica se observaron al comparar EA con, DCL, EP y Sanos ($p < 0,001$) y DCL con Sanos y EP ($p < 0,001$).

Por lo que se refiere a las diferencias obtenidas en las pruebas post hoc en función del tipo de memoria, se ha observado diferencias significativas en los cuatro grupos: sanos ($F(1,122) = 1293,909$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,914$), DCL ($F(1,122) = 1086,908$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,899$), EA ($F(1,122) = 734,419$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,858$) y EP ($F(1,122) = 1072,726$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,898$) siendo en todos los casos significativamente mayor la cantidad de recuerdo semántico.

Por otro lado, de la interacción etapa x grupo, se obtuvieron diferencias significativas en función del grupo, tanto en infancia ($F(3,122) = 17,744$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,304$), como en adulthood ($F(3,122) = 61,490$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,602$), así como en vida reciente ($F(3,122) = 56,665$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,569$). Complementariamente, las pruebas post hoc mostraron la existencia de diferencias en infancia, al comparar EA con Sanos y EP ($p < 0,001$) y con DCL ($p = 0,012$), además de DCL con Sanos ($p = 0,002$); en juventud al comparar EA con Sanos, DCL y

EP ($p < 0,001$) y DCL con Sanos y EP ($p < 0,001$); y en vida reciente al comparar una vez más EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) y DCL con Sanos y EP ($p < 0,001$).

Con respecto a las diferencias obtenidas en las pruebas post hoc en función de la etapa, se ha observado diferencias significativas en los cuatro grupos: Sanos ($F(2,121) = 10,726$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,151$), DCL ($F(2,120) = 13,704$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,185$), EA ($F(2,121) = 31,785$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,344$) y EP ($F(2,121) = 13,402$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,181$).

Concretamente, tal y como se observó en las pruebas post hoc, las diferencias se obtuvieron al comparar en Sanos, infancia con juventud ($p < 0,001$); en DCL juventud con infancia ($p = 0,002$) y con vida reciente ($p < 0,001$); en EA igualmente juventud con infancia y vida reciente ($p < 0,001$) y en EP al comparar infancia con juventud ($p < 0,001$). Las medias se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 15. Puntuaciones medias AMI

	Tipo de memoria		Etapa del ciclo vital		
	Semántica	Episódica	Infancia	Juventud	Vida reciente
Sanos	19,06	6,77	12,10	13,64	13,00
DCL	15,89	4,62	10,08	11,27	9,46
EA	11,98	2,58	8,32	8,18	5,34
PK	17,99	6,62	11,45	13,17	12,29

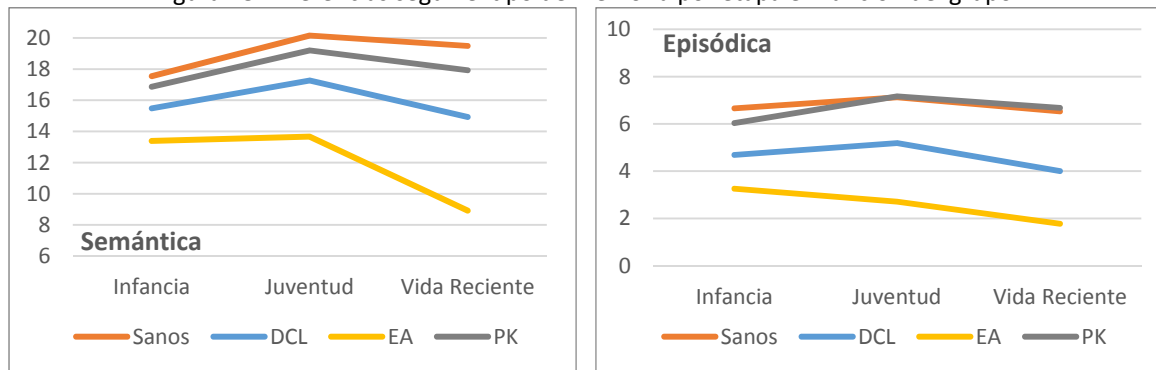
Posteriormente, se procedió a realizar las pruebas post de la interacción de segundo orden, seleccionándose a continuación las más significativas.

Las pruebas post hoc para la interacción memoria x etapa x grupo mostraron diferencias significativas en función del grupo, en memoria semántica, tanto en infancia ($F(3,122) = 9,910$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,196$), como en juventud ($F(3,122) = 48,005$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,541$) y en vida reciente ($F(3,122) = 52,100$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,562$). En cuanto a memoria episódica, también se observaron diferencias significativas en infancia ($F(3,122) = 15,277$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,273$), en juventud ($F(3,122) = 36,737$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,475$) así como vida reciente ($F(3,122) = 30,535$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,429$).

Las pruebas de comparaciones por pares mostraron concretamente las diferencias en memoria semántica, en la etapa de infancia, al comparar EA con Sanos y con EP ($p < 0,001$); en la etapa de juventud al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) así como DCL con Sanos ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,008$); y en la etapa de vida reciente al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) así como DCL con sanos ($p < 0,001$) y con EP ($p = 0,008$). Por otro

lado, las diferencias en memoria episódica, en la etapa de infancia se observaron al comparar EA con Sanos y con EP ($p < 0,001$) y marginalmente con DCL ($p = 0,059$), así como DCL con Sanos ($p = 0,002$); en la etapa de juventud al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) así como DCL con Sanos y con EP ($p = 0,001$); y en vida reciente al comparar EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y DCL ($p = 0,002$) así como DCL con Sanos y con EP ($p < 0,001$).

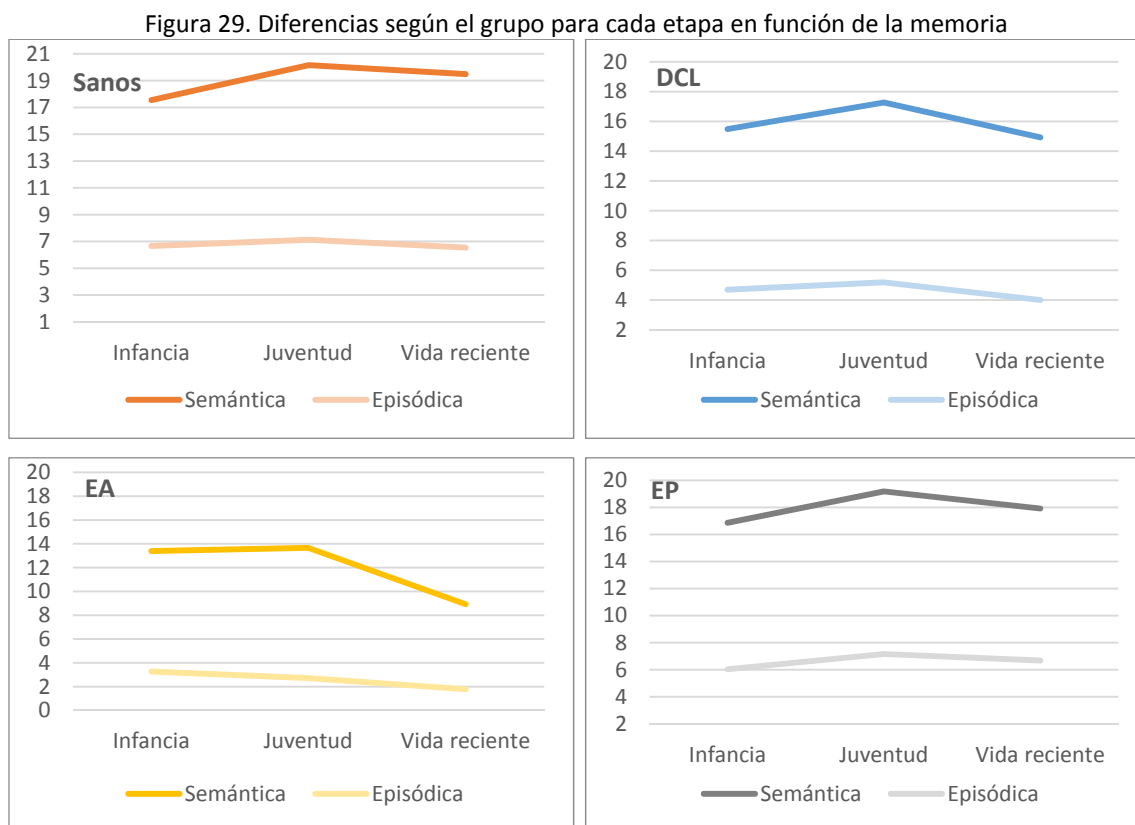
Figura 28. Diferencias según el tipo de memoria por etapa en función del grupo.



A posteriori, se realizaron las mismas pruebas post, esta vez en función de la etapa (grupo x memoria x etapa), donde se obtuvieron por un lado diferencias significativas en Sanos, únicamente en memoria semántica ($F(2,121) = 10,976$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,154$); en DCL tanto en semántica ($F(2,121) = 10,212$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,144$) como en episódica ($F(2,121) = 5,185$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,079$); en EA, igualmente en semántica ($F(2,121) = 34,164$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,361$), como en episódica ($F(2,121) = 6,507$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,097$); por último en Parkinson también en semántica ($F(2,121) = 8,840$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,127$) y en episódica ($F(2,121) = 4,578$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,070$).

Las pruebas comparativas por pares mostraron las diferencias concretamente en diversos pares. En Sanos, en memoria semántica las diferencias se observaron al comparar las etapas de infancia con juventud ($p < 0,001$) y con vida reciente ($p = 0,014$). En DCL, por lo que respecta a memoria semántica, las diferencias se obtuvieron entre juventud e infancia ($p = 0,005$) así como con vida reciente ($p < 0,001$); en episódica al comparar únicamente juventud y vida reciente ($p = 0,005$). En el grupo de EA, por lo que respecta a memoria semántica las diferencias se obtuvieron entre vida reciente con infancia y juventud ($p < 0,001$); en memoria episódica igualmente entre vida reciente e infancia ($p = 0,002$) y juventud ($p = 0,041$). Por último, el grupo en EP, en memoria semántica se obtuvieron

diferencias entre infancia y juventud ($p < 0,001$); y en episódica entre infancia y juventud ($p = 0,009$).



También se analizó la misma interacción esta vez en función del grupo (etapa x memoria x grupo), donde se obtuvieron por un lado diferencias significativas en la etapa de infancia, en ambos tipos de memoria: semántica ($F(3,122) = 9,910$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,196$) y episódica ($F(3,122) = 15,277$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,273$); en juventud también en semántica ($F(3,122) = 48,005$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,541$) y en episódica ($F(3,122) = 36,737$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,475$); en vida reciente igualmente en semántica ($F(3,122) = 52,100$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,562$) y en episódica ($F(3,122) = 30,535$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,429$).

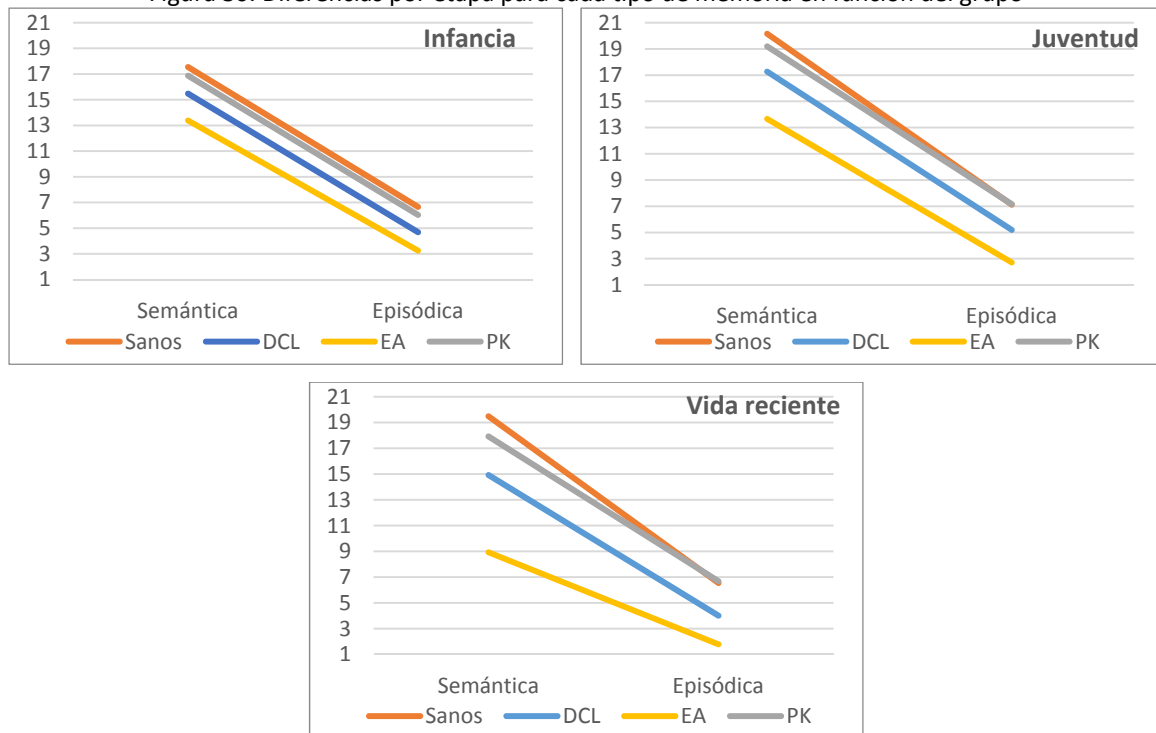
Las pruebas post hoc de comparación por pares mostraron las diferencias concretamente al comparar, por un lado, en infancia, en memoria semántica, EA con Sanos y con EP ($p < 0,001$); en episódica al comparar EA con Sanos y EP ($p < 0,001$), así como marginalmente con DCL ($p = 0,059$), y también entre DCL y EA ($p = 0,002$).

EN la etapa de juventud, en memoria semántica las diferencias se observaron al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) y DCL con Sanos ($p < 0,001$) y EP ($p = 0,008$); en

memoria episódica también al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) y DCL con Sanos y EP ($p = 0,001$).

En la etapa de vida reciente, en memoria semántica las diferencias se observaron al comparar EA con Sanos, DCL y EP ($p < 0,001$) y DCL con Sanos ($p < 0,001$) y EP ($p = 0,008$); en memoria episódica EA con Sanos, EP ($p < 0,001$) y DCL ($p = 0,002$), y DCL con Sanos y EP ($p < 0,001$).

Figura 30. Diferencias por etapa para cada tipo de memoria en función del grupo



Los análisis correspondientes para comprobar las hipótesis del **tercer objetivo** se llevaron a cabo a través de una prueba ANOVA mixto de 3 grupos entre por 3 valencias intra (positiva, negativa y neutra) por 3 tipos de memoria intra (específico, general y vago), que mostró como significativo tanto los efectos principales de las variables: signo ($F(2,118) = 23,892$; $p < 0,001$; $\eta^2 = ,288$), tipo ($F(2,118) = 8,229$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,122$) y grupo ($F(3,119) = 1,906$; $p = 0,132$; $\eta^2 = 0,046$); así como las tres interacciones de primer orden: signo x grupo ($F(6,238) = 3,095$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,141$), tipo x grupo ($F(6,238) = 6,537$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,141$) y signo x tipo ($F(4,116) = 28,257$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,494$); así como también fue significativa la interacción de segundo orden signo x tipo x grupo ($F(12,354) = 2,198$; $p = 0,011$; $\eta^2 = 0,069$).

Dado que esta interacción de segundo orden puede ser explicada en base a la

significación por separado de cada una de las interacciones de primer orden, se procede a analizar cada una de ellas por separado.

Respecto a la interacción de signo x grupo, las pruebas post hoc mostraron diferencias significativas en función del grupo, en los recuerdos de signo neutro ($F(3,119) = 4,250$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,097$), en los positivos ($F(3,119) = 3,169$; $p = 0,027$; $\eta^2 = 0,074$) y en los negativos ($F(3,119) = 5,014$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,112$).

Las pruebas de comparación por pares permitieron observar las diferencias en los recuerdos neutros al comparar EA con Sanos ($p = 0,007$) y marginalmente con DCL ($p = 0,063$); en los recuerdos positivos no se obtuvieron diferencias significativas; finalmente, en cuanto a los recuerdos negativos se mostraron diferencias entre EA con Sanos ($p = 0,002$) y con DCL ($p = 0,049$).

Al repetirse el análisis en función del signo, se observaron diferencias significativas en el grupo de Sanos ($F(2,118) = 17,647$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,230$), en DCL ($F(2,118) = 10,847$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,155$) y en EP ($F(2,118) = 5,641$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,087$).

Las pruebas post hoc mostraron diferencias en Sanos concretamente entre los recuerdos neutros y los positivos y los negativos ($p < 0,001$); en DCL igualmente, entre neutros con positivos y negativos ($p < 0,001$); en el grupo de EP en cambio, se obtuvieron marginalmente diferencias entre los positivos y los negativos ($p = 0,056$).

En cuanto a la interacción tipo x grupo, las pruebas post hoc mostraron diferencias en función del grupo en el tipo vago ($F(3,119) = 10,451$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,209$), en el general ($F(3,119) = 5,021$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,112$) y en el específico ($F(3,119) = 7,789$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,164$).

Las pruebas post hoc mostraron diferencias en los recuerdos vagos concretamente entre el grupo de EA con Sanos ($p < 0,001$), DCL ($p = 0,001$) EP ($p = 0,002$); en los recuerdos generales entre EA con Sanos ($p = 0,020$) y DCL ($p = 0,011$); y en los específicos al comparar EA con Sanos ($p < 0,001$) y EP ($p = 0,001$).

Al repetirse el análisis en función del tipo, se observaron diferencias significativas en el grupo de Sanos ($F(2,118) = 3,515$; $p = 0,033$; $\eta^2 = 0,056$), EA ($F(2,118) = 19,189$; $p < 0,001$;

$\eta^2 = 0,245$) y EP ($F(2,118) = 5,977$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,092$).

Las pruebas post hoc de comparación por pares mostraron las diferencias, en el grupo de Sanos al comparar los recuerdos vagos con los específicos ($p = 0,037$); en EA los recuerdos vagos con los generales y los específicos ($p < 0,001$); y en el grupo de EP al comparar los generales con los específicos ($p = 0,004$).

A continuación, pueden observarse en una tabla las puntuaciones medias:

Tabla 16. Puntuaciones medias AMT

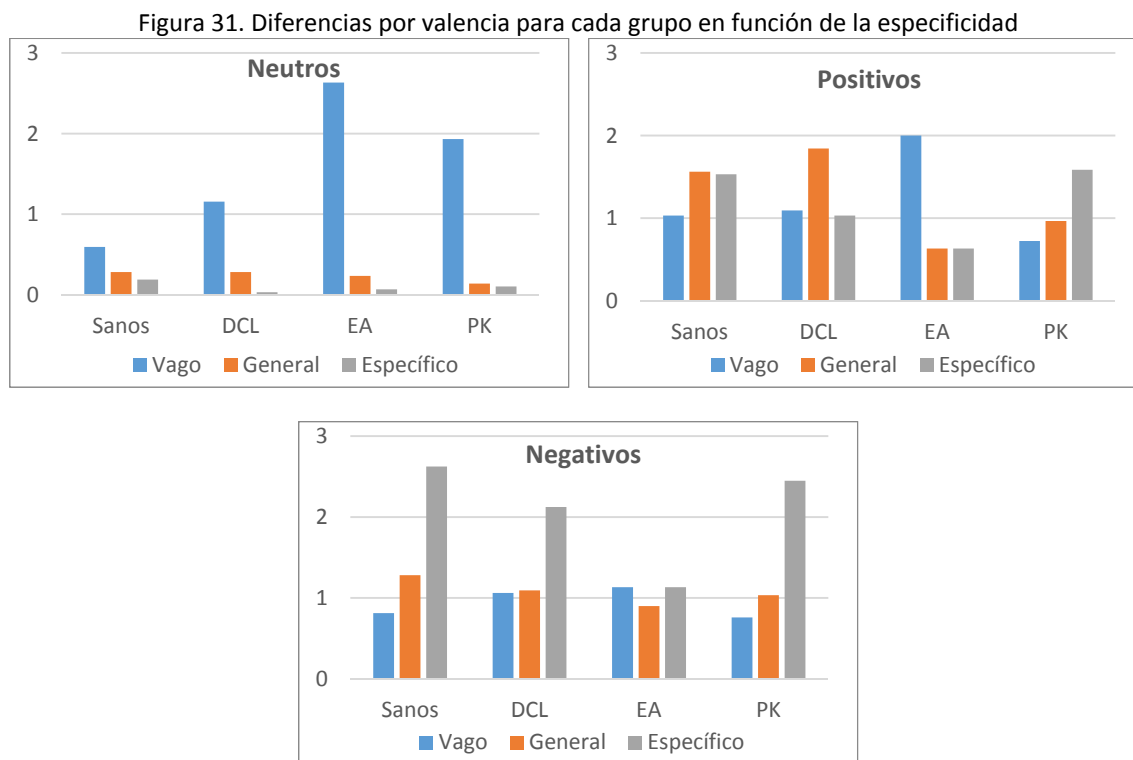
	Signo del recuerdo			Tipo de recuerdo		
	Neutro	Positivo	Negativo	Vago	General	Específico
Sanos	,354	1,375	1,573	,813	1,042	1,448
DCL	,490	1,323	1,427	1,104	1,073	1,063
EA	,978	1,086	1,056	1,922	,589	,611
PK	,724	1,092	1,414	1,138	,713	1,379

Posteriormente, se procedió a realizar las pruebas post de la interacción de segundo orden, mostrándose a continuación los análisis más significativos.

Las pruebas post hoc para la interacción signo x tipo x grupo mostraron diferencias significativas en función del grupo, en las tres valencias: en los recuerdos de signo neutro, únicamente en los recuerdos de especificidad vaga ($F(3,119) = 5,172$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,115$); en los recuerdos positivos, hubieron diferencias en los tres tipos de especificidad, vago ($F(3,119) = 6,721$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,145$), general ($F(3,119) = 7,435$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,158$) y específico ($F(3,119) = 3,985$; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,091$); por último, en los recuerdos negativos solo hubo diferencias en el tipo específico ($F(3,119) = 6,265$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,136$).

Las pruebas post hoc han mostrado las diferencias al comparar los siguientes pares:

En los recuerdos neutros-vagos, hubieron diferencias significativas entre EA y Sanos ($p = 0,002$) y EA con DCL ($p = 0,052$); en los recuerdos positivos-vagos al comparar EA con los otros tres: Sanos ($p = 0,008$), DCL ($p = 0,015$) y EP ($p < 0,001$); positivos-generales al comparar EA con Sanos ($p = 0,009$) y DCL ($p < 0,001$) y DCL con EP ($p = 0,017$); positivos-específicos al comparar EA con Sanos ($p = 0,031$) y EP ($p = 0,023$); por último, en los recuerdos negativos-específicos las diferencias se observaron entre EA y los otros tres grupos: Sanos ($p = 0,001$), DCL ($p = 0,053$) y EP ($p = 0,005$).



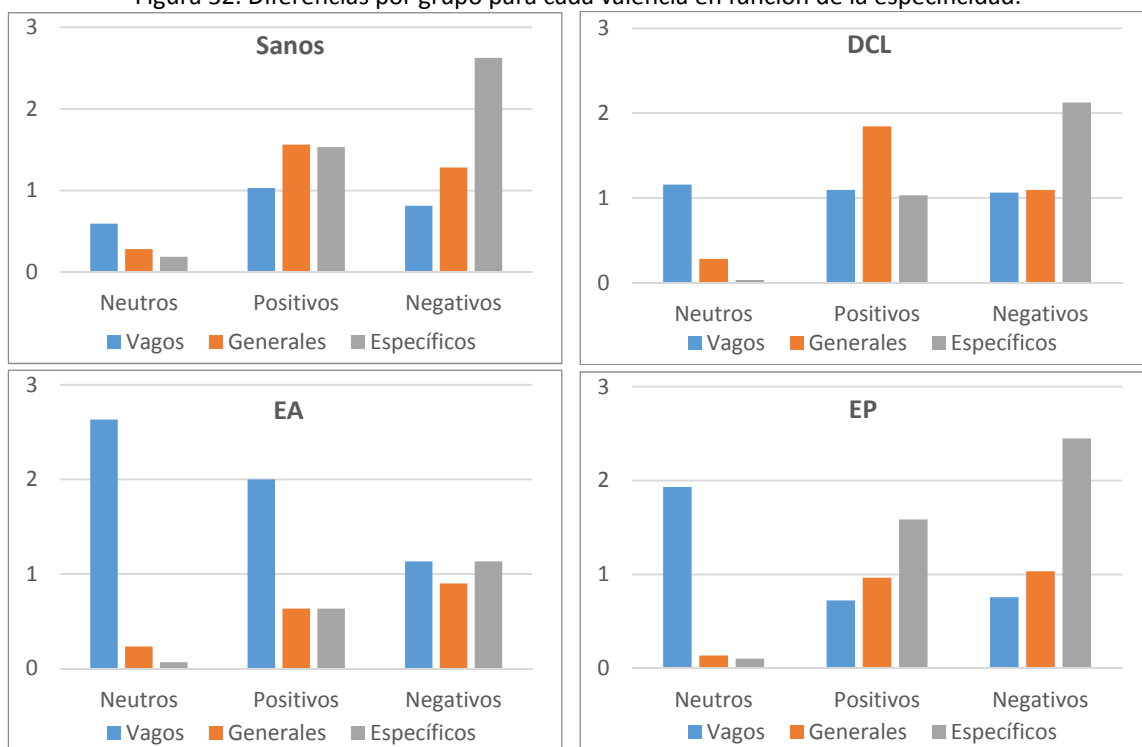
A posteriori, se realizaron las mismas pruebas post, esta vez en función del tipo, grupo x signo x tipo, el cual mostró diferencias significativas para cada grupo en función del tipo.

En Sanos, en los recuerdos negativos ($F(2,118) = 11,825$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,167$); en DCL en los neutros ($F(2,118) = 6,124$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,094$), positivos ($F(2,118) = 3,719$; $p = 0,027$; $\eta^2 = 0,059$) y negativos ($F(2,118) = 4,582$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,072$); en EA, en los neutros ($F(2,118) = 19,894$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,252$) y en los positivos ($F(2,118) = 11,414$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,162$); por último en los EP, en los neutros ($F(2,118) = 9,550$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,139$), en los positivos ($F(2,118) = 3,168$; $p = 0,046$; $\eta^2 = 0,051$) y en los negativos ($F(2,118) = 9,561$; $p = 0,014$; $\eta^2 = 0,139$).

Las pruebas post de comparación por pares mostraron las diferencias concretamente en los siguientes pares. En Sanos, en los recuerdos negativos las diferencias se observaron entre los recuerdos específicos y los vagos ($p < 0,001$) y los específicos con los generales ($p = 0,001$). En DCL, en los recuerdos neutros, las diferencias se observaron al comparar los recuerdos específicos con los vagos ($p = 0,016$); en los recuerdos positivos al comparar los generales con los específicos, marginalmente ($p = 0,055$); y en los negativos al comparar específicos con generales ($p = 0,019$) y con vagos ($p = 0,015$). En EA, en los recuerdos

neutros, las diferencias se observaron al comparar los recuerdos vagos con los generales y con los específicos ($p < 0,001$); y en los positivos igualmente al comparar los recuerdos vagos con los generales y con los específicos ($p < 0,001$). Por último, en EP, respecto a los recuerdos neutros las diferencias se observaron al comparar los recuerdos vagos con los generales y con los específicos ($p < 0,001$); en los positivos entre los vagos y los específicos ($p = 0,043$); por último, en los negativos al comparar los específicos con los vagos ($p < 0,001$) y los generales ($p = 0,001$).

Figura 32. Diferencias por grupo para cada valencia en función de la especificidad.



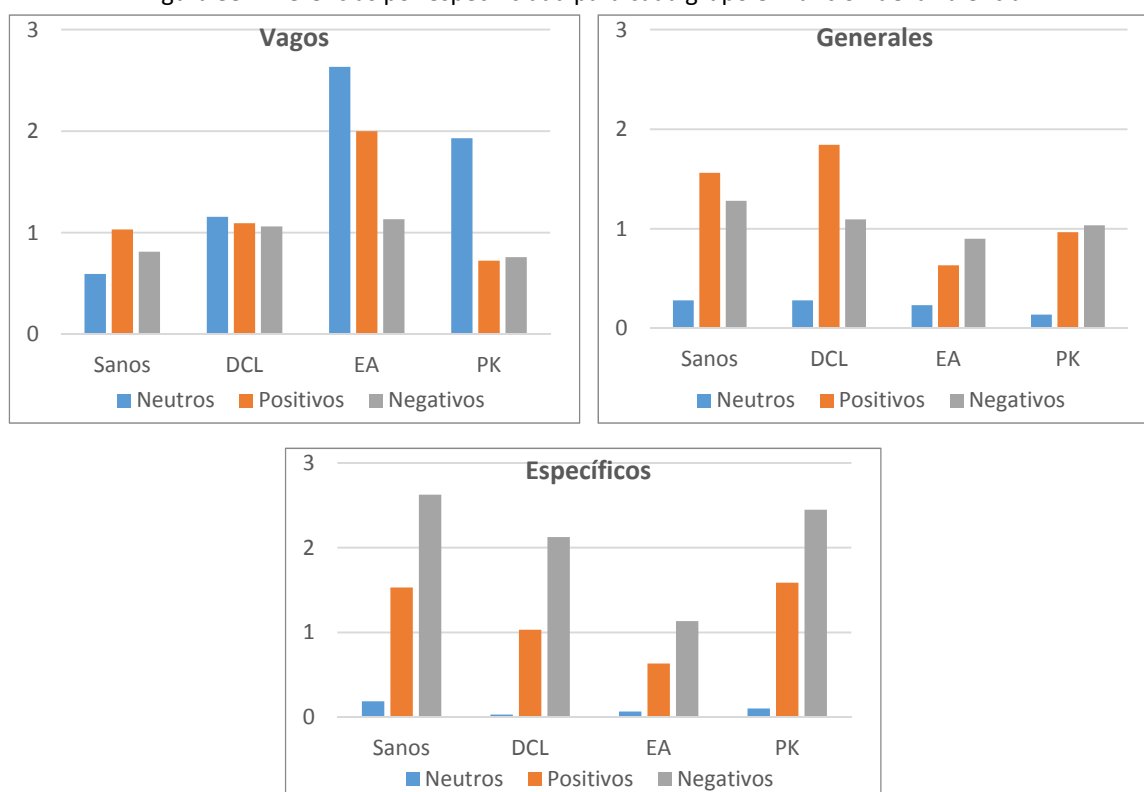
Finalmente, se realizaron las mismas pruebas post, esta vez en función del grupo, tipo x signo x grupo, el cual mostró diferencias significativas para cada grupo en función del signo.

En los recuerdos de tipo vago, se observaron diferencias para los recuerdos neutros ($F(3,119) = 5,172$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,115$) y para los positivos ($F(3,119) = 6,721$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,145$); en los de tipo general, en los positivos ($F(3,119) = 7,435$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,158$); y por último en los específicos, se observaron diferencias en los positivos ($F(3,119) = 3,985$; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,091$) y en los negativos ($F(3,119) = 6,265$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,136$).

Además, las pruebas post hoc mostraron las diferencias para cada tipo de recuerdo:

en los recuerdos vagos-neutros, las diferencias se observaron entre EA y Sanos ($p = 0,002$) y DCL ($p = 0,052$); en los vagos-positivos al comparar EA con Sanos ($p = 0,008$), DCL ($p = 0,015$) y EP ($p < 0,001$). En los generales-positivos entre EA y Sanos ($p = 0,009$) y DCL ($p < 0,001$), así como DCL y EP ($p = 0,017$). En los específicos-positivos las diferencias se observaron entre EA y Sanos ($p = 0,031$) y EA y EP ($p = 0,023$); por último en los específicos-negativos entre EA y Sanos ($p = 0,001$), EA y DCL ($p = 0,053$), y EA EP ($p = 0,005$).

Figura 33. Diferencias por especificidad para cada grupo en función de la valencia



En último lugar, se llevó a cabo un ANOVA mixto con grupo como variable entre y la etapa como variable intragrupo derivada de la escala AMT, con 5 niveles (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez). Este análisis mostró como significativo tanto los efectos principales de las variables: grupo ($F(3,119) = 4,207$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,096$) y etapa ($F(4,116) = 61,038$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,678$); así como la interacción etapa x grupo ($F(12,354) = 2,668$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,083$).

Dado que los efectos de primer orden son esperados, debido a la naturalidad heterogénea de los diferentes grupos y las diferentes etapas, se procede a analizar la

interacción en función de las dos variables.

En primer lugar al analizar etapa x grupo, se observaron diferencias significativas para cada grupo en función de las etapas: Sanos ($F(4,116) = 25,855; p < 0,001; \eta^2 = 0,471$), DCL ($F(4,116) = 16,175; p < 0,001; \eta^2 = 0,358$), EA $F(4,116) = 5,949; p < 0,001; \eta^2 = 0,170$) y EP $F(4,116) = 21,730; p < 0,001; \eta^2 = 0,428$).

En el grupo de Sanos, las posteriores pruebas post hoc mostraron diferencias significativas entre la puntuación de la cantidad total de los recuerdos de infancia con adultez y vejez ($p < 0,001$); adolescencia con adultez y vejez ($p < 0,001$); juventud con vejez ($p < 0,001$) y adultez con vejez ($p < 0,001$).

En los DCL, las diferencias se mostraban al comparar infancia con adultez ($p = 0,002$) y vejez ($p < 0,001$); adolescencia con adultez ($p = 0,023$) y vejez ($p < 0,001$); en la etapa de juventud al comparar con vejez ($p = 0,001$); y la etapa de adultez con vejez ($p = 0,007$).

En el grupo de EA las diferencias se observaron al comparar infancia con juventud ($p = 0,031$) y con vejez ($p = 0,003$); y por último al comparar adolescencia con vejez ($p = 0,026$).

Por último, en el grupo de EP las diferencias se observaron al comparar infancia con juventud, adultez y vejez ($p < 0,001$); adolescencia con juventud ($p < 0,001$) adultez ($p = 0,007$) y vejez ($p < 0,001$). A continuación, se pueden observar las puntuaciones medias.

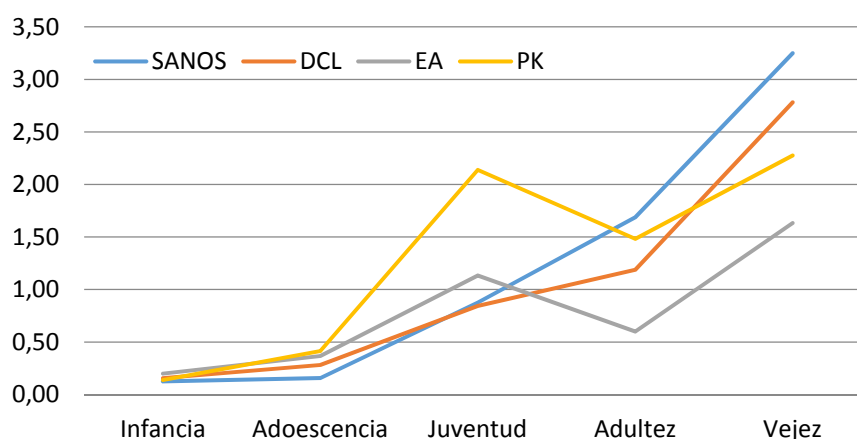
Tabla 17. Estadísticos descriptivos del recuerdo total por etapa para cada grupo.

	Etapa del ciclo vital				
	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Sanos	,125 (,33)	,156 (,44)	,875 (,97)	1,68 (1,59)	3,25 (2,32)
DCL	,156 (,36)	,281 (,85)	,844 (1,29)	1,18 (1,63)	2,78 (2,33)
EA	,200 (,48)	,367 (,76)	1,13 (1,63)	0,60 (1,03)	1,63 (1,47)
EP	,138 (,44)	,414 (,78)	2,13 (2,43)	1,48 (1,57)	2,27 (2,01)

En la interacción en función de la etapa se observaron diferencias significativas, pero únicamente para la etapa de juventud ($F(3,119) = 4,031; p = 0,009; \eta^2 = 0,092$), adultez ($F(3,119) = 3,100; p = 0,029; \eta^2 = 0,072$), y vejez ($F(3,119) = 3,434; p = 0,019; \eta^2 = 0,080$).

Para juventud, las pruebas post hoc mostraron diferencias concretamente al comparar EP con Sanos ($p = 0,021$) y con DCL ($p = 0,017$); en adultez al comparar Sanos con EA ($p = 0,028$); y por último en la etapa de vejez al comparar igualmente Sanos con EA ($p = 0,016$).

Figura 34. Diferencias en M.A. para cada etapa en función del grupo



Para valorar las hipótesis correspondientes al **objetivo 4**, se llevaron a cabo correlaciones bivariadas con las diferentes variables que se pretendía analizar. A continuación, se exponen los resultados más significativos por apartados en función de la escala de memoria autobiográfica que se ha tenido en cuenta.

4.1 Con respecto a la cantidad de memoria episódica y semántica de la escala AMI, tras realizar las correlaciones pertinentes entre las pruebas cognitivas y los tipos de memoria, se obtuvieron por un lado, relaciones significativas entre el recuerdo episódico y la prueba MEC ($r = 0,481$; $p < 0,01$), la escala WAIS ($r = 0,549$; $p < 0,01$), la prueba TAVEC en su puntuación total ($r = 0,578$; $p < 0,01$) y diferida ($r = 0,575$; $p < 0,01$), y la figura de Rey, tanto copia ($r = 0,442$; $p < 0,01$), como diferido ($r = 0,482$; $p < 0,01$), en las escalas de dígitos, únicamente en inversos ($r = 0,466$; $p < 0,01$), en las escalas de fluencia verbal ($r = 0,507$; $p < 0,01$) y evocación categorial ($r = 0,552$; $p < 0,01$) y por último con la puntuación PC de la prueba Stroop ($r = 0,404$; $p < 0,01$).

Respecto al recuerdo autobiográfico semántico, se obtuvieron relaciones significativas entre la cantidad de éste y prácticamente todas las escalas cognitivas: con la prueba MEC ($r = 0,624$; $p < 0,01$), la escala WAIS ($r = 0,529$; $p < 0,01$), la prueba TAVEC en su puntuación total ($r = 0,638$; $p < 0,01$) y diferida ($r = 0,607$; $p < 0,01$), y la figura de Rey, tanto copia ($r = 0,481$; $p < 0,01$), como diferido ($r = 0,527$; $p < 0,01$), en las escalas de dígitos, únicamente en inversos ($r = 0,489$; $p < 0,01$), en las escalas de fluencia verbal ($r = 0,531$; $p < 0,01$) y evocación categorial ($r = 0,528$; $p < 0,01$) y por último con la puntuación PC de la

prueba Stroop ($r = 0,390$; $p < 0,01$).

Además, cabe destacar las relaciones existentes entre ambos tipos de memoria autobiográfica y las variables nivel de escolaridad, trabajo y actividades relacionadas.

Tabla 18. Correlaciones entre M.A. y variables sociodemográficas

	Nivel de escolaridad	Trabajo realizado	Actividades de ocio
Memoria episódica	0,289**	0,235**	0,272**
Memoria semántica	0,355**	0,222*	0,370**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Posteriormente se analizó el análisis correlacional entre los tipos de memoria episódica y semántica y las escalas emocionales obteniéndose, por un lado: relaciones significativas entre la memoria autobiográfica episódica y la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas de la escala CAE ($r = 0,324$; $p < 0,01$), y también correlacionó marginalmente con la dimensión de evitación ($r = 0,233$; $p < 0,05$). Con la escala EBR de bienestar, se obtuvieron relaciones significativas con la dimensión de relaciones positivas ($r = 0,183$; $p < 0,05$), autonomía ($r = 0,189$; $p < 0,05$) y crecimiento personal ($r = 0,291$; $p < 0,01$). Por último, también se obtuvieron relaciones significativas con la escala de resiliencia BRCS ($r = 0,516$; $p < 0,01$).

Por otro lado, se obtuvieron relaciones significativas entre el recuerdo autobiográfico semántico y la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas de la escala CAE ($r = 0,243$; $p < 0,01$), y también correlacionó marginalmente con la dimensión de evitación ($r = 0,193$; $p < 0,05$), y con la dimensión de búsqueda de apoyo social ($r = 0,198$; $p < 0,05$). Con la escala de bienestar EBR únicamente se obtuvieron relaciones significativas con la escala de crecimiento personal ($r = 0,283$; $p < 0,01$). Finalmente, también se obtuvieron relaciones significativas con la escala de resiliencia BRCS ($r = 0,454$; $p < 0,01$).

4.2. Con respecto a la escala AMT, se valoraron por un lado las relaciones con los tipos de valencia, y por otro con los tipos de especificidad. En primer lugar, se analizaron las correlaciones significativas entre los diferentes tipos de especificidad del recuerdo (vago, general y específico), valorados con la escala AMT, y las distintas variables cognitivas.

Con lo que respecta a los recuerdos específicos, se obtuvieron relaciones significativas entre éstos y prácticamente todas las escalas cognitivas: MEC ($r = 0,467$; $p < 0,01$), WAIS ($r =$

0,343; $p < 0,01$), con TAVEC puntuación total ($r = 0,382$; $p < 0,01$), así como diferido ($r = 0,376$; $p < 0,01$), con Rey copia ($r = 0,241$; $p < 0,01$), y con Rey diferido ($r = 0,245$; $p < 0,01$), con fluencia verbal ($r = 0,399$; $p < 0,05$) y evocación categorial ($r = 0,539$; $p < 0,05$) y por último con dígitos inversos ($r = 0,325$; $p < 0,05$).

Con lo que respecta a los recuerdos generales, se obtuvieron relaciones significativas entre éstos y la escala WAIS ($r = 0,179$; $p < 0,05$), el TAVEC total ($r = 0,207$; $p < 0,05$), pero no correlaciona con TAVEC diferido. Por último, se obtuvo una correlación negativa entre recuerdos generales y dígitos directos ($r = -0,195$; $p < 0,05$).

Con lo que respecta a los recuerdos vagos, se obtuvieron relaciones significativas negativas entre éstos y prácticamente todas las escalas cognitivas: con la escala Mec ($r = -0,302$; $p < 0,01$), con WAIS ($r = -0,422$; $p < 0,01$), con TAVEC total ($r = -0,412$; $p < 0,01$) y diferido ($r = -0,397$; $p < 0,01$), con la figura de Rey copia ($r = -0,303$; $p < 0,01$), y diferido ($r = -0,189$; $p < 0,05$), y con dígitos inversos ($r = -0,265$; $p < 0,01$). Por último, se obtuvo una relación positiva entre los recuerdos vagos y los dígitos directos ($r = 0,209$; $p < 0,05$).

Además, cabe destacar las relaciones existentes entre estos tipos de especificidad de la memoria autobiográfica y las variables nivel de escolaridad, trabajo y actividades relacionadas.

Tabla 19. Correlaciones entre tipos de especificidad y variables sociodemográficas

	Nivel de escolaridad	Trabajo realizado	Actividades de ocio
Recuerdo vago	-0,223*	-0,145	-0,242**
Recuerdo general	-0,116	-0,081	-0,060
Recuerdo específico	0,386**	0,281**	0,393**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); *La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En segundo lugar, se analizaron las relaciones existentes entre tipo de especificidad y las escalas emocionales, obteniéndose los siguientes resultados:

Los recuerdos de tipo vago correlacionaron negativamente con la dimensión de crecimiento personal, de la escala EBR ($r = -0,251$; $p < 0,01$), así como con la escala de resiliencia BRCS ($r = -0,299$; $p < 0,01$).

Los recuerdos de tipo general correlacionaron positivamente con la dimensión autofocalización negativa de la escala CAE ($r = 0,212$ $p < 0,05$), y con la escala CES ($r = 0,205$ p

< 0,05).

Los recuerdos de tipo específico correlacionaron positivamente con las dimensiones de autonomía ($r = 0,223$ $p < 0,015$) y crecimiento personal ($r = 0,228$ $p < 0,013$), de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBR)

En tercer lugar, se analizaron las correlaciones significativas entre la valencia del recuerdo y las escalas emocionales, obteniéndose los siguientes resultados:

Los recuerdos de valencia neutra correlacionaron negativamente con las siguientes dimensiones de la escala CAE: afrontamiento centrado en la solución de problemas ($r = -0,216$; $p < 0,05$), reevaluación positiva ($r = -0,183$; $p < 0,05$), expresión emocional abierta ($r = -0,202$; $p < 0,05$), y búsqueda de apoyo social ($r = -0,193$; $p < 0,05$). Por otra parte, también se observó una relación negativa entre los recuerdos de valencia neutra y la resiliencia, medida a través de la escala BRCS ($r = -0,275$; $p < 0,01$).

Los recuerdos de valencia positiva correlacionaron con las dimensiones de afrontamiento centrado en la solución de problemas ($r = 0,226$; $p < 0,01$), así como con la de búsqueda de apoyo social ($r = 0,185$; $p < 0,05$). Por otra parte, se observaron relaciones significativas entre los recuerdos positivos y la dimensión de autoaceptación ($r = 0,192$; $p < 0,05$) y la de propósito con la vida ($r = 0,266$; $p < 0,015$), procedentes de la escala de EBR de bienestar emocional.

Los recuerdos de valencia negativa correlacionaron con la dimensión de afrontamiento de la escala CAE de expresión emocional abierta ($r = 0,186$; $p < 0,05$), así como con la escala de depresión CES ($r = 0,219$; $p < 0,05$).

Finalmente, se puso a prueba el **objetivo 5**, que pretendía desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales teniendo en cuenta el estado de ánimo, con el fin de analizar las relaciones entre un factor de funciones ejecutivas, la memoria autobiográfica episódica del AMI y la capacidad de solucionar problemas de forma adaptativa.

Este objetivo tenía como hipótesis que las funciones ejecutivas serán un predictor de la capacidad de adaptación del sujeto en solución de problema, estando mediada esta relación por el recuerdo episódico de tipo autobiográfico. A continuación, se exponen los

resultados, por un lado, de la estimación del modelo de medida, y por otro del modelo estructural.

a. Estimación del modelo de medida.

Inicialmente examinamos el modelo de medida para determinar si las variables observadas efectivamente median sus respectivos constructos latentes. La obtención de adecuados índices en esta estimación inicial y previa al cálculo del modelo estructural justificaría la relación conceptual entre las dimensiones puestas a prueba. En el modelo inicial se incluyeron las siguientes medidas: un factor de funciones ejecutivas compuesto por las pruebas: rey copia, fluencia verbal, evocación categorial, dígitos indirectos y puntuación PC de la prueba Stroop, un factor de estado de ánimo, un factor de memoria autobiográfica episódica del AMI y finalmente otro de la capacidad de solucionar problemas de forma adaptativa.

De este modo, se computó la medida del modelo partiendo de que cada variable observada contribuía significativamente a su respectiva variable latente y asumiendo la existencia de covarianza significativas entre cada par de constructos latentes. Se obtuvieron índices de ajuste adecuados $\chi^2(\text{g.l.} = 14) = 17,197, p = 0,245$; además, los Índices de Ajuste Comparativo para este modelo mostraron puntuaciones dentro parámetros aceptados (CFI = 0,985, RMSEA = 0,047 (90% = CI = 0,000 - 0,110). Cada una de las variables observadas contribuía significativamente a la medida de su respectivo constructo latente con valores para $t > 1,96$; además la estimación de los pares de covarianzas entre las variables latentes fueron todas significativas. Tal y como se mostrado, la bondad de los índices de ajuste apoyo la viabilidad del modelo de medición.

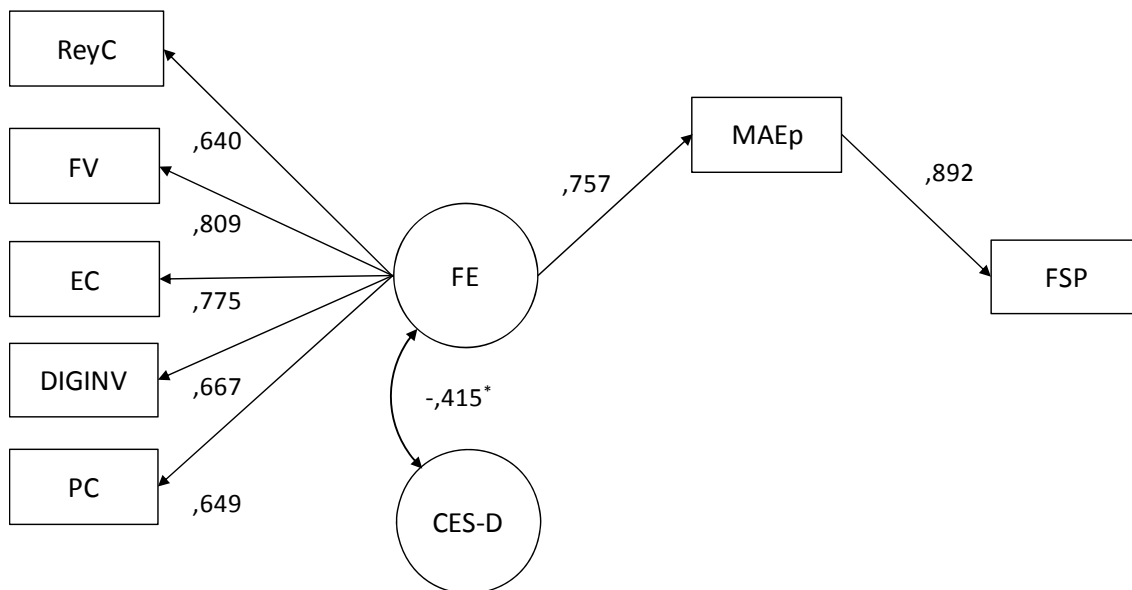
También se calculó el índice de fiabilidad compuesto para variable latente de funciones ejecutivas; este estadístico es análogo al alfa de Crombrach y estima la consistencia interna de las respuestas, el coeficiente resultante fue de 0,835 dentro de los parámetros aceptados. En otras palabras, la agrupación de las variables observadas bajo su constructo latente estaba justificada, apoyando la delimitación teórica de este constructo.

b. Estimación del modelo estructural.

El modelo resultante, planteaba la existencia de una correlación entre el estado de

ánimo y las funciones ejecutivas; a su vez, las funciones ejecutivas presentarían una asociación directa con la memoria autobiográfica de tipo episódico, y ésta con la capacidad adaptativa para la solución de problemas. Se obtuvieron índices de ajuste adecuados $\chi^2(\text{g.l.} = 15) = 23,029$, $p = 0,083$; además, los Índices de Comparación y Bondad del modelo mostraron parámetros correctos (CFI = 0,963, NFI = 0,907, NNFI = 0,932, RMSEA = 0,072 (90% = CI = 0,000 - 0,126)).

Figura 35. Modelo de relación entre variables cognitivas y solución de problemas.



NOTA: ReyC: Rey Copia; FV: fluencia verbal; EC: evocación categorial; DIGINV: dígitos indirectos; PC: puntuación PC de la prueba Stroop; FE: funciones ejecutivas; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; MAEp: Memoria autobiográfica episódica del AMI; FSP: focalizado en solución de problemas.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

La memoria autobiográfica reúne información de carácter general y/o específico del pasado de una persona, información que juega un papel esencial en la construcción del self y de la propia identidad, formada a partir de experiencias vividas y de pensamientos codificados en la memoria. Hay recuerdos autobiográficos que poseen un alto nivel de significancia; estos recuerdos se consolidan en la memoria de manera más firme ya que forman parte, y a la vez refuerzan nuestra identidad. Este tipo de recuerdos suelen estar asociados a una o varias emociones. Suelen ser recuerdos que incluyen informaciones sensoriales (visuales, auditivos, olfativos) y permanecen ligados al contexto original (lugar y fecha). Por este motivo, se considera que los recuerdos emocionales resisten mejor el paso del tiempo. Al estar más consolidados, su conservación a largo plazo también resulta más duradera.

Dada la importancia de las emociones, así como de la identidad, y por ende, de la memoria autobiográfica en la etapa del envejecimiento, tanto en el caso de personas sanas como aquellas que presentan un diagnóstico de enfermedad neurodegenerativas, y teniendo en cuenta el envejecimiento de la población que está viviendo nuestro país y el mundo en general, resulta de vital importancia este estudio ya que aborda las características

de los recuerdos autobiográficos en estas poblaciones (a través de una entrevista semiestructurada y a través de la evocación directa por palabras clave), prestando especial atención a la especificidad del recuerdo, a la valencia y a la etapa vital en la que tuvo lugar el recuerdo original. Además, también tienen en cuenta distintas variables cognitivas y emocionales para poner en relación la importancia que tienen estas capacidades en la calidad del recuerdo. A continuación se discuten los resultados más relevantes de este estudio estructurado según los objetivos e hipótesis planteadas previamente.

Discusión Objetivo 1.

El objetivo número 1 tenía como meta describir las variables cognitivas y emocionales para cada uno de los cuatro grupos que componen la muestra, y a posteriori analizar si existen diferencias entre los grupos.

Con respecto a las variables cognitivas, la primera hipótesis (H.1.1.) planteaba que existirían diferencias significativas al comparar el grupo de Sanos con DCL y EA, así como entre el grupo de DCL y EA, en las variables cognitivas de memoria y de función ejecutiva, siendo significativamente mayores las puntuaciones obtenidas por los sujetos Sanos en comparación con los otros dos grupos, y siendo mayores las puntuaciones obtenidas por los DCL que las obtenidas por los EA. Esta hipótesis se cumple casi en su totalidad ya que en las pruebas de memoria TAVEC total y diferido, figura de Rey diferida y en todas las pruebas que miden funciones ejecutivas (dígitos inversos, figura de Rey copia, fluencia verbal y evocación categorial, y Stroop) se observaron diferencias significativas al comparar el grupo de EA con Sanos y con DCL. Por otro lado, las diferencias entre Sanos y DCL fueron significativas en todas las variables salvo en la prueba de Rey copia y dígitos directos.

Es bien sabido que la capacidad cognitiva que más tempranamente se muestra afectada en la demencia de tipo Alzheimer es la memoria, mostrándose alterada desde estadios previos, como se considera el DCL. Los tipos de memoria que más afectados se muestran son la memoria episódica y/o la memoria de trabajo, ésta última dependiente del control ejecutivo. Por el contrario, la memoria semántica o la procedimental se mantienen relativamente preservadas hasta fases más avanzadas del deterioro. Además, se conoce que un déficit en la memoria episódica implica una mayor probabilidad de desarrollar una

demencia de tipo Alzheimer.

Analizando estos resultados es de esperar por tanto que la ejecución en las pruebas que miden memoria, tanto del grupo DCL como del grupo EA, sea deficiente dado el deterioro que presentan ambos grupos en este dominio, siendo éste déficit el que más destaca en este tipo de patologías. Además, la presencia de este déficit en el grupo de DCL es característico de los DCL tipo amnésico. Según Petersen (2003) y Petersen et al. (2010), el DCL-a sería el tipo más frecuente y tendría una etiología degenerativa, siendo una etapa prodrómica de la EA. En general, este subtipo se ha equiparado con el concepto general de DCL y ha sido descrito como el subtipo con un mayor riesgo para la conversión de EA.

Específicamente, el recuerdo diferido, medido a través de las pruebas TAVEC y Figura de Rey, es una variable de especial importancia, sobre todo teniendo en cuenta que es una de las habilidades que antes se daña en sujetos con EA. En los resultados observamos diferencias significativas tanto al comparar Sanos y DCL como entre DCL y EA. Estudios previos como el llevado a cabo por Blacker et al. (2007) o Rodríguez, Juncos y Facal (2008) han apuntado que aquellos test que ponen a prueba el recuerdo diferido a través de listas de palabras son excelentes predictores para detectar el déficit de un sujeto con DCL frente a un sujeto sano.

En cuanto a las funciones ejecutivas, y como ya se ha comentado, existe un déficit apreciable en los sujetos con DCL, principalmente en la memoria de trabajo. Sin embargo, el control ejecutivo coordina otras funciones entre las que se encuentran, la capacidad atencional, la planificación, la flexibilidad cognitiva, razonamiento abstracto, etc., y aunque todas se vean afectadas en menor o mayor medida, el deterioro no siempre es evidente ya que no afectan de manera incapacitante a la vida diaria. Es importante recordar que dado el mantenimiento de otras capacidades cognitivas, los sujetos con DCL son capaces de compensar ciertas pérdidas utilizando otras capacidades para llevar a cabo las tareas. Por ejemplo, los resultados de este estudio mostraron que las puntuaciones de los sujetos con DCL obtenidas en la ejecución de la prueba Figura de Rey (copia) no presentaron diferencias significativas al ser comparadas con las de los Sanos, lo que indica que la ejecución fue similar. Esta prueba evalúa la capacidad de planificación a la hora de construir la figura a nivel visoespacial. La ausencia de diferencias muestra que la figura fue realizada con éxito.

Ello no implica que las estrategias de planificación que utilizaron los sujetos con DCL fueran buenas, sin embargo, fueron capaces de llegar a su objetivo.

Dentro de las pruebas de funciones ejecutivas, también se utilizaron medidas de fluencia verbal y evocación categorial. Estas pruebas, además de control ejecutivo también evalúan en cierta medida el lenguaje así como el acceso al léxico, capacidades que en muchos casos se muestran deterioradas en el DCL, e indiscutiblemente, en la EA. Los resultados mostraron diferencias entre Sanos y DCL así como entre DCL y EA, resultados que concuerdan con otros estudios como el llevado a cabo por Grundman et al. (2004), lo que corrobora la evidencia del déficit.

También se hizo uso de la escala de dígitos directos para medir la capacidad atencional, y dígitos inversos que también tienen en cuenta las funciones ejecutivas. En la prueba de dígitos directos no se obtuvieron diferencias significativas entre Sanos y DCL, lo que implica un mantenimiento de la atención básica centrada en un único estímulo, pero sí en la prueba de dígitos inversos, lo cual una vez más invita a pensar que la capacidad atencional está relativamente preservada, pero no así la memoria de trabajo, que juega un papel esencial en el desarrollo de la prueba de dígitos inversos.

Por último se utilizó la prueba Stroop, que mide la capacidad de inhibir la interferencia que producen las respuestas previamente automatizadas y no intencionadas. En esta prueba también se obtuvieron diferencias entre Sanos y DCL, y entre DCL y Alzheimer, lo que indica un déficit de la capacidad de inhibición que es evidente en el curso de la demencia tipo Alzheimer, pero también es observable en fases previas, es decir, en el DCL.

Por tanto, se puede concluir que el DCL de tipo amnésico puede ser considerado el inicio de una futura enfermedad de Alzheimer, y que ambas enfermedades se caracterizan por un deterioro de la capacidad mnésica, además de la presencia de alteraciones en otras áreas como las funciones ejecutivas.

Se considera de vital importancia estudiar el diagnóstico así como los síntomas del DCL dada la relevancia que asume la presencia de esta patología en la sociedad actual. Según estudios de prevalencia, entre el 17% y el 34% de las personas mayores de 65 años presenta DCL (Morris et al., 2001), y dada la alta tasa de conversión a demencia tipo Alzheimer,

basándose en estudios empíricos que han observado que el 15% de éstos se convierten en demencia por año (Petersen et al., 2009). Por ello, es necesario detectar el tipo de deterioro (amnésico, multidominio o no amnésico) y el grado que representa, con el fin de diferenciar entre un envejecimiento normativo que cursa con quejas subjetivas o la presencia de un deterioro objetivo, que supondría un posible DCL; y además es preciso diferenciar éste estadio de una demencia inminente. Saber cuáles son las áreas afectadas y cuales son aquellas preservadas sería de gran ayuda a la hora de plantear intervenciones con estos sujetos, con el fin de minimizar el impacto que tiene el deterioro cognitivo en el día a día, ya sea mediante estimulación cognitiva u otro tipo de estimulación que maximice el mantenimiento de la independencia y la calidad de vida de los sujetos.

La siguiente hipótesis (H.1.2.) valoraba las diferencias entre el grupo de Parkinson y el grupo de Sanos, sugiriendo que el grupo de EP obtendría puntuaciones similares a los Sanos en memoria, no siendo significativas las diferencias en las pruebas que miden dicha capacidad, pero sí lo serían significativamente peores en las pruebas que miden función ejecutiva, donde se encontrarán al nivel del grupo DCL.

Los resultados muestran en el caso de memoria que los sujetos con EP se encuentran en un punto muy similar a los sujetos Sanos, por ejemplo, en las pruebas de rey diferido o dígitos directos no se observaron diferencias significativas con el grupo de Sanos. En la prueba TAVEC tanto la puntuación total como la diferida, se obtuvieron diferencias significativas con los sujetos Sanos, pero la ejecución también se diferenció significativamente del grupo de patología DCL, por lo que a pesar de presentar una peor ejecución que los sujetos Sanos, se mantiene relativamente preservada la capacidad de aprendizaje.

En cuanto a las pruebas de funciones ejecutivas, el grupo de EP se encontraba en la mayoría de casos en una posición intermedia entre los sujetos Sanos y el grupo de DCL, no observándose diferencias significativas entre ambos pares en las pruebas de Stroop, fluencia verbal o dígitos indirectos. No obstante, en las pruebas de evocación categorial y en la ejecución de la Figura de Rey copia las diferencias entre EP y Sanos fueron significativas, mientras que entre DCL y EP no se obtuvieron, lo que evidencia el déficit ejecutivo que empieza a ser evidente en este grupo.

Existen síntomas cognitivos, asociados a la enfermedad, que según la literatura pueden observarse desde fases iniciales, entre los cuales se encuentran los déficits ejecutivos (Cooper et al., 1991; García-Rodríguez et al., 2012). Por ello, no es de extrañar que se evidencien en este trabajo diferencias en la ejecución en este tipo de pruebas. En esta línea, en un estudio llevado a cabo por Foltynie, Brayne, Robbins y Barker (2004), realizado con 159 pacientes recientemente diagnosticados se observaron anormalidades cognitivas identificadas a través de pruebas neuropsicológicas en un 36% de la muestra, a pesar de que la relación entre estos déficits y una futura demencia no ha sido demostrada. Igualmente, en una revisión de la literatura Hubble et al. (1998) señaló que aproximadamente un 19% (rango 17-53%) de los pacientes con EP tratados y no tratados, que no presentaban demencia mostraban disfunción cognitiva.

Los déficits en atención y en funciones ejecutivas en EP se suelen asociar con la disfunción de lóbulo frontal. Aun así, este tipo de pacientes suele ejecutar relativamente bien aquellas tareas que requieren atención como la retención de dígitos, coincidiendo con estudios previos (Meara y Koller, 2000). Sin embargo, no ocurre lo mismo con otras tareas dependientes del control ejecutivo como puede ser la planificación visoespacial, donde los déficits son más visibles como se ha podido observar en la copia de la figura de Rey. Además, las construcciones gráficas de este tipo de pacientes típicamente presentan trazos inseguros, figuras pequeñas y rotadas con falta de perspectiva pudiéndose encontrar también perseveraciones, lo que implica una dificultad extra en la ejecución. También son más evidentes los déficits en tareas de fluencia verbal o recuerdo libre (Bondi et al., 1993).

Por otro lado, en cuanto a la ejecución en las pruebas de memoria, no se esperaban diferencias con el grupo de Sanos dado que no es un déficit típico en aquellos sujetos que cursan la enfermedad de Parkinson sin demencia. Sin embargo, se ha podido observar que éstos sí que muestran un deterioro del aprendizaje y un retraso en la recuperación, que sumado a las dificultades para evocar espontáneamente información, podría explicar las diferencias observadas en la prueba TAVEC. En línea con esto, se ha sugerido que los pacientes con EP ejecutan correctamente las pruebas de codificaciones seriales pero presentan dificultades a la hora de codificar semánticamente, es decir, recordar palabras en función de su categoría semántica (Buytenhuijs et al., 1994).

Dando paso al estudio de las variables emocionales, se plantearon tres hipótesis, la primera de ellas (H.1.3.) sugería que los sujetos con EA, DCL y Parkinson mostrarán mayores niveles de sintomatología depresiva, medida a través de las escalas CAE y BHS, en comparación con los sujetos Sanos, dada la conciencia de enfermedad que pudiera existir. Sin embargo, los resultados muestran en relación a la escala de depresión CES-D, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos. Una de las razones principales pudiera ser que en los criterios de exclusión, se eliminaron aquellos sujetos con puntuaciones superiores a 16 en dicha escala, quedando fuera del estudio cualquier persona que tuviera una mínima sintomatología depresiva. En la escala BHS, sin embargo, se obtuvieron diferencias exclusivamente al comparar Sanos con el grupo de Parkinson, siendo mayores las puntuaciones obtenidas por el grupo de EP.

En relación con la diferencia observada en el grupo de Parkinson, la investigación ha demostrado que determinados síntomas como la depresión la apatía o la ansiedad son comúnmente asociados a la enfermedad y en muchos casos han sido observados en las fases más tempranas (Chaudhuri et al., 2005). Aproximadamente, la mitad de los pacientes con EP han estado deprimidos en algún punto del transcurso de la enfermedad (Dooneief et al., 1992), mientras que la otra mitad desarrolla depresión mayor. La depresión se conoce como un factor de riesgo para la EP y la EP relacionada con demencia (Hubble, Cao, Hassanein, Neuberger y Roller, 1993; Marder et al., 1995) y se ha observado que tiene un impacto negativo en la habilidad funcional (Cole, Woodard, Juncos, Kogos, Youngstrom y Watts, 1996; Starkstein et al., 1992) y además, acelera la progresión del declive cognitivo en EP (Sano, Stern, Williams, Coté, Rosenstein y Mayeux, 1989; Starkstein, Preziosi, Bolduc y Robinson, 1990). Si bien es cierto que nuestra muestra no presenta depresión, sí que es cierto que el grupo de Parkinson es en general el que puntuaciones más altas han obtenido de los cuatro grupos, por lo que podría significar una tendencia hacia desarrollar sintomatología depresiva en un futuro próximo. Por ello, consideramos de vital importancia que a la hora de aplicar el tratamiento o intervenciones se valore previamente si el déficit cognitivo o funcional es a causa de la neurodegeneración o bien debido a una posible depresión, ya que probablemente y según algunos autores, personas con Parkinson y depresión comórbida mejoren cuando se aplique un tratamiento o intervención que ataje los síntomas depresivos.

Con respecto a los grupos DCL y EA, la literatura científica ha comprobado que es “normal” que aquellas personas mayores afectadas por enfermedades cerebrales que disminuyen el rendimiento cognitivo sufran alteraciones emocionales y presenten una mayor probabilidad de desarrollar un estado de ánimo deprimido (Li et al., 2011), considerándolo normal, puesto que estas enfermedades implican un riesgo vital, un alto grado de incapacidad y son progresivas. Sin embargo, existen estudios que ponen en evidencia que muchos trastornos emocionales asociados al deterioro cognitivo son síntomas fundamentales de la enfermedad en sí, y no sólo una respuesta emocional a una situación desesperada. No obstante, es importante valorar que la depresión en algunos casos puede enmascarar los síntomas de una demencia dificultando el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia o la posible existencia de ambas, ya que algunos cuadros depresivos evidencian síntomas clínicos muy similares a la demencia. Esto se conoce como “pseudodemencia depresiva” (Junqué y Jurado, 1994), refiriéndose a aquellos casos que suscitan dudas de diagnóstico debido a su similitud entre la el cuadro depresivo con las primeras fases de demencia. Sin embargo, en este estudio no se han observado diferencias significativas entre el grupo de Sanos y los grupos DCL y EA en ninguna de las dos pruebas, por lo que no resulta evidente a priori la presencia de sintomatología depresiva, al menos en esta muestra.

La siguiente hipótesis (H.1.4.) planteaba que los sujetos Sanos mostrarán mayores puntuaciones en las escalas que miden bienestar psicológico y satisfacción vital (EBR y SWLS), en comparación con el resto de grupos. Con respecto a satisfacción vital no se observaron diferencias significativas entre los diferentes grupos. Por otro lado, en la escala de bienestar psicológico sí que se obtuvieron diferencias en las siguientes dimensiones: relaciones positivas y autonomía, siendo el grupo de Parkinson el que mayor puntuación obtuvo en comparación con el resto; en crecimiento personal, siendo el grupo de Alzheimer el que menor puntuación obtuvo en comparación con el resto; y en propósito con la vida, siendo significativa la diferencia entre Sanos y EA, los cuales obtuvieron puntuaciones inferiores.

Pudiera resultar curioso que el grupo de Parkinson, del cual en la hipótesis anterior se comentaba que suele cursar la enfermedad con síntomas depresivos, obtenga resultados

superiores en algunas dimensiones de bienestar que el resto de grupos. Sin embargo, no resulta tan extraño que estas dimensiones sean concretamente relaciones positivas y autonomía. Dado que los sujetos se encuentran en fases iniciales del diagnóstico, siendo totalmente conscientes de la situación, es probable que encuentren en las relaciones cercanas de su entorno una fuente de bienestar y de apoyo que ayude a sobrellevar las dificultades que conlleva la enfermedad, entre ellas, las consecuencias emocionales de padecer una enfermedad neurodegenerativa. Es probable que se le dé más valor a estas relaciones, y que los sujetos busquen o alimenten exclusivamente aquellas que sean más positivas con el fin de potenciar su bienestar.

Por otro lado, con respecto a la autonomía, es razonable que los sujetos con Parkinson (que en fases iniciales son totalmente autónomos) pongan en valor esta autonomía, que les permite tomar las riendas de su vida y no depender de nadie directamente. El saberse autónomo guarda relación con el bienestar emocional ya que muchas personas lo asocian a ser independientes y seguir haciendo lo que quieran, manteniendo el poder de tomar sus propias decisiones sin depender de nadie. Por ello, y siendo conscientes de que existe la posibilidad de que el futuro vayan perdiendo dicha autonomía, valoran la independencia incluso más que los sujetos sanos.

No obstante, con el avance de la enfermedad, y con la agravación de los síntomas, es probable que esta autonomía se vea mermada, siendo necesaria la intervención emocional además de la cognitiva, con el fin de lograr que la persona acepte la enfermedad y se adapte a los cambios que llegan. Es importante ofrecerle herramientas a la persona para que aprenda a manejar sus emociones, con el fin de mejorar el estado de ánimo y prevenir una posible depresión. Para ello, las relaciones sociales y familiares serán de vital importancia, siendo de gran ayuda para mejorar la autoestima y en definitiva, el bienestar emocional.

En los resultados destaca también la diferencia obtenida en la dimensión de crecimiento personal, donde el grupo de EA obtuvo la menor puntuación. El crecimiento personal se entiende como la capacidad de la persona para generar condiciones que ayuden a desarrollar sus potenciales y seguir creciendo como persona. Es evidente que una persona que sufre la enfermedad de Alzheimer tendrá menor capacidad para seguir desarrollando sus potencialidades, debido a la sintomatología que acompaña la enfermedad, que limita la

independencia de la persona así como su autonomía, impidiéndole en muchos casos seguir creciendo como persona.

Pero, ¿impidiéndole quién? ¿La enfermedad o su entorno? En muchas ocasiones, dadas las premisas que acompañan a la palabra Alzheimer, el propio entorno cercano de la persona, y la sociedad misma, desarrollan la creencia de que la persona que sufre de Alzheimer no es capaz de hacer nada por sí misma, convirtiéndose en alguien totalmente dependiente, precisando de ayuda para tomar decisiones sobre que quiere hacer o no hacer, y en suma, incapacitando a la persona en su día a día. Sin embargo, aunque esto no siempre es así, sí que es cierto que las personas que se encuentran en el entorno del sujeto con Alzheimer deben plantearse que según el tipo de persona, el nivel de deterioro, el avance de la enfermedad, etc. la persona será capaz con ayuda de hacer, decidir, y en definitiva participar en su propia vida, reforzando la dignidad de la persona, y sin ninguna duda mejorando su bienestar emocional. Desafortunadamente, esta visión no está instaurada en la sociedad, ni en los hospitales, ni en las residencias, lo que hace que en muchos casos el cuidado que se ofrece a las personas enfermas de Alzheimer vaya dirigido a mantener su salud física, a estimular sus capacidades cognitivas pero no a motivar sus emociones. Este planteamiento está basado en el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona planteado por Teresa Martínez (2015).

Las emociones en la EA están presentes durante toda la enfermedad, y al contrario que las capacidades cognitivas, la capacidad de sentir emociones, así como la memoria afectiva se mantiene preservadas durante la patología. La intensidad emocional es la misma que siente una persona sana, y es por eso que las emociones son una pieza clave que se debe tener en cuenta para mejorar el bienestar de la persona, y por ende su calidad de vida. Este hecho es relevante para las personas que padecen la enfermedad, pero también para su entorno y sus cuidadores.

Por tanto, no solo es importante la atención médica, la estimulación cognitiva o el diseño de ambientes seguros, también lo son aquellas intervenciones o estrategias que permitan respetar la identidad, la autonomía y la dignidad de las personas, lo cual tendrá un impacto positivo en su bienestar emocional. En línea con Bendicho (2012), todas las personas, independientemente de la enfermedad que les acompañe, precisan sentirse útiles,

valorados y socialmente capaces; es importante que antes de aplicar cualquier tipo de actividad o intervención se genere o motive el interés por el entorno, y por las relaciones que se van a establecer. Ello fomentará una actitud positiva que facilitará la aplicación de dicha intervención.

Por tanto, y resumiendo, dado el inminente avance de la enfermedad resulta lógico que las puntuaciones obtenidas en crecimiento personal o en propósito por la vida sean tan bajas en comparación con los Sanos. Pero teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, sabemos que existe la posibilidad de estimular estas dimensiones poniendo el foco en la persona, en sus emociones, en capacidades preservadas, su identidad, y su dignidad y no en la enfermedad y en el déficit cognitivo. Haciéndolo, aseguraremos una calidad de vida aceptable a pesar de las adversidades que acompañan a cualquier enfermedad.

Por último, y con respecto a la dimensión de propósito con la vida cuya puntuación en Sanos destaca por encima del resto, significativamente, del grupo de EA. Plantearse objetivos nuevos es importante durante todo el ciclo vital pero todavía lo es más en la etapa del envejecimiento, ya que ayuda a mantener una buena salud, tanto física como mental. Mantener propósitos vitales es esencial para dar sentido a nuestras experiencias y a nuestro día a día. Los propósitos vitales incluyen metas y deseos relacionados con distintas facetas del desarrollo personal y social como puede ser la familia y amigos, la cultura, aficiones o simplemente un modo de vivir (Boyle, Barnes, Buchman y Bennett, 2009). Como decíamos, el propósito con la vida es tan importante en el envejecimiento sano como en el que se cursa con alguna enfermedad, ya sea DCL, EA o EP. Es importante en los distintos estados, replantearse cuáles son los objetivos o metas del presente y del futuro, y en aquellos casos donde se precise ayuda para definirlos, la familia o el entorno más cercano serán la clave para conocerlos.

La última hipótesis (H.1.5.) de este objetivo sugería que el grupo de Sanos obtendrían mejores puntuaciones de afrontamiento, concretamente en el factor de focalización en solución de problema, comparado con los otros tres grupos; al igual que en la variable resiliencia. Los resultados muestran diferencias únicamente entre Sanos y EA en cuanto al factor de afrontamiento por focalización en la solución de problemas. Estas diferencias se deben probablemente a la dificultad de acceso que tienen las personas con Alzheimer a los

recuerdos episódicos de su vida, los cuales son clave para el afrontamiento a distintas situaciones o conflictos del presente. Las personas tendemos a apoyarnos en sucesos y eventos de nuestro propio pasado, basando en nuestra experiencia y conocimiento, buscando en nuestro histórico eventos que puedan ser similares a lo que nos enfrentamos en el presente. Por ese motivo, si el acceso a la memoria episódica autobiográfica se muestra afectada, las personas tendrán más dificultades para focalizarse en el problema y buscar una solución.

Por lo que respecta a la resiliencia, las diferencias significativas se obtuvieron al comparar EA con Sanos y con EP, lo que significa que ambos grupos puntúan similar en esta escala. Esto significa que tanto los sujetos Sanos como aquellos diagnosticados de EP recientemente utilizan estrategias resilientes que les ayudan a hacer frente a situaciones difíciles, desarrollando procesos adaptativos manteniendo su bienestar emocional.

La resiliencia en el curso de un envejecimiento saludable es bastante común, como se plateará más adelante en el objetivo 4. Sin embargo, la resiliencia en el curso de una enfermedad neurodegenerativa como es el Parkinson no es tan común. En estos casos, ser resiliente pasa por aceptar la enfermedad, convivir con ella y ser capaz de buscar aspectos positivos de la situación. Sería ideal y quizás una utopía que esta capacidad adaptativa y resiliente se diera en todas las personas que sufren enfermedades, pero la realidad muestra que no siempre es así, o al menos no todo el tiempo. Las personas que sufren este tipo de enfermedades pasan por distintas fases y como todo, hay días que se lleva mejor y días que se lleva peor. No obstante, la resiliencia es una capacidad que, como la mayoría, se puede trabajar y se puede desarrollar, y la aceptación de la enfermedad, es el primer paso que permitirá a posteriori un mejor afrontamiento de los síntomas, y un cambio de perspectiva vital. Una visión optimista, confiar en uno mismo, apoyarse en la familia y en los amigos, y marcarse nuevos objetivos y metas y mantener un pensamiento constructivo son algunas de las claves para desarrollar la resiliencia. En este estudio, los sujetos con EP mantienen niveles de resiliencia similares al grupo de Sanos; sería conveniente trabajar por mantener esta resiliencia y reforzarla en las distintas fases por las que pasarán los sujetos a lo largo del curso de la enfermedad.

Discusión Objetivo 2.

Con respecto al objetivo 2, se pretendía describir las características del recuerdo autobiográfico en el envejecimiento sano y en las patologías neurodegenerativas estudiadas, medido a través de la entrevista AMI. Además también se pretendía analizar las diferencias que se observan entre los diferentes grupos en función de la etapa de recuerdo (Objetivo 2.1.), tipo de recuerdo (Objetivo 2.2.) y su interacción (Objetivo 2.3.).

De acuerdo con la etapa del recuerdo, se pretendía analizar la curva de recuerdo autobiográfico total en las diferentes etapas estudiadas por cada grupo, esperándose que los sujetos Sanos mostraran un patrón caracterizado por un pico de recuerdo en la juventud (bump de reminiscencia) y otro pico en vida reciente (efecto de recencia). En cambio, los sujetos que sufren DCL o EA, debido a la amnesia anterógrada que sufren, no mostrarían el efecto de recencia. A continuación se presentan los resultados según las hipótesis planteadas.

Según la H.2.1.1., todos los grupos mostrarán significativamente mayor cantidad de recuerdo en la etapa de juventud-adulthood, en comparación al resto de etapas (bump de reminiscencia). Esta hipótesis se cumple para el grupo de DCL y EA, ya que ambos muestran diferencias significativas al compararse la etapa de juventud con infancia y vida reciente. Sin embargo, en el grupo de Sanos, así como en el grupo de Parkinson, solo se observa una diferencia significativa entre la etapa de juventud al compararse con infancia, pero no con vida reciente.

Por tanto, el pico de recuerdo es evidente en los cuatro grupos, siendo más evidente en DCL y EA debido al déficit observado para la etapa de recuerdo reciente, que hace más pronunciado todavía el despunte en la etapa de juventud. En Sanos y EP, debido a que se mantiene intacta la memoria reciente, el pico no es tan destacable, pero existe, ya que aunque no se trate de una diferencia significativa, la cantidad de recuerdo en la etapa de juventud es mayor que en las otras dos etapas.

Este pico de recuerdo, también conocido como bump de reminiscencia ha sido evidenciado en la literatura científica a lo largo de las últimas décadas, tanto en muestras sanas como en sujetos con deterioro cognitivo (Barnabe et al., 2012; Fromholt y Larsen, 1991; Rathbone, Moulin y Conway, 2008; Rubin y Berntsen, 2003; Rubin et al., 1998),

coincidiendo todos ellos en que la mayoría de los recuerdos evocados por los sujetos provienen de la etapa de adultez temprana.

Más concretamente, el bump de reminiscencia ha sido observado en estudios sobre memorias escritas (Conway y Haque, 1999, Jansari y Parkin, 1996, Rubin y Schulkind, 1997a, 1997b; Rubin et al., 1986, Schrauf y Rubin, 1998) en estudios donde se le pide a los sujetos que aporten sus recuerdos más vívidos (Cohen y Faulkner, 1988), sus recuerdos más importantes (Fitzgerald, 1996, Rubin y Schulkind, 1997a, 1997b), y sus narrativas de vida (Fromholt y Larsen, 1991). También se ha encontrado este pico de recuerdo en algunos estudios que evalúan la información objetiva adquirida durante diferentes períodos de vida, así como el conocimiento de acontecimientos históricos, políticos y culturales (Belli, Schuman y Jackson, 1997; Rubin et al., 1998; Schuman y Rieger, 1992).

Estos recuerdos pertenecientes a la etapa de juventud-adulthood suelen caracterizarse por ser recuerdos relevantes para uno mismo en el momento en el que ocurrieron, y de alguna manera, también siguen siéndolo en el presente. Esta concordancia entre la importancia de un hecho concreto entre pasado y presente se conoce como coherencia causal (Bluck y Hamermas, 2000). Por lo tanto, los eventos recordados procedentes de la etapa del bump, suelen ser eventos que ejercen cierta influencia en el desarrollo de la persona en el presente, y por ende es más probable que se evoquen, en comparación con aquellos más irrelevantes.

En línea con Conway et al. (2004), el bump de reminiscencia es uno de los componentes que mejor define el Self dentro de la memoria autobiográfica, ya que estaría formado por aquellos recuerdos más significativos, que ayudan a definirse a uno mismo, y con contenido emocional y en resumen, con un alto impacto en el sentido de la identidad.

Aquellos sujetos que presentan deterioro cognitivo (DCL y EA), dado que mantienen hasta fases moderadas de la enfermedad los recuerdos remotos, también se ven beneficiados del bump de reminiscencia, lo que implica que en la mayoría de casos estos sujetos son capaces de evocar memorias procedentes de dicha etapa y así lo muestra la literatura, y los resultados de este estudio. Un estudio que coincide en este hecho sería el llevado a cabo por Fromholt et al. (2003), quienes reportaron que la mayoría de los recuerdos autobiográficos aportados por los participantes con EA provenían del bump de

reminiscencia. No obstante, es evidente que estos recuerdos no poseen las mismas características que los evocados por sujetos que no sufren patología; más bien se trata de recuerdos generales y con bajos niveles de especificidad, como veremos más adelante.

Según la H.2.1.2., los grupos de Sanos y EP mostrarán un efecto de recencia, con un alta cantidad de recuerdo en vida reciente, mientras que en DCL y EA se observará significativamente menor cantidad de recuerdo al comparar con la etapa de juventud (efecto de recencia). Esta hipótesis se cumple, observándose en efecto, significativamente menor cantidad de recuerdo en vida reciente en DCL y EA, al comparar con juventud, diferencia no observada en Sanos y EP, donde se mantiene el recuerdo reciente.

El motivo más evidente por el cual en estas patologías no existe un efecto de recencia es debido a que presentan como uno de sus síntomas iniciales más característicos la pérdida de memoria reciente o amnesia anterógrada, lo cual implica que la cantidad de recuerdo en la etapa de vida reciente es menor, comparado con los recuerdos remotos. Sin embargo, en los sujetos del grupo de Sanos, así como en los sujetos con Parkinson, el recuerdo reciente se mantiene, debido a que ni en el curso del envejecimiento normativo, ni en la enfermedad de Parkinson no demencial se observa una pérdida de memoria reciente.

Con respecto a la hipótesis H.2.1.3., ésta planteaba la existencia de diferencias significativas en la etapa de vida reciente; por un lado al comparar Sanos con los grupos de DCL y EA (siendo significativamente mayor en el grupo de Sanos), pero asumía que no se observarían diferencias entre DCL con Alzheimer. Esta hipótesis se cumple parcialmente, mostrando los resultados una mayor cantidad de recuerdo en vida reciente para Sanos que para DCL y EA. No obstante, si existen diferencias significativas para el grupo de DCL y EA. Con respecto al grupo de EP, los resultados son muy similares al grupo de Sanos, tal y como se planteaba en la hipótesis.

Por lo tanto, los resultados muestran que existe un factor común entre los sujetos que presentan DCL y los sujetos que ya tienen un diagnóstico de EA: el déficit en memoria reciente, encontrándose el DCL en un punto intermedio entre sanos y EA.

Por otro lado, y en último lugar la hipótesis H.2.1.4., planteaba que en la etapa de juventud-adulthood no existirían diferencias significativas entre Sanos, EP y DCL, pero sí entre estos grupos al compararse con Alzheimer. Los resultados muestran que, en efecto, sí

existen diferencias significativas al comparar EA con los otros tres grupos, siendo menor la cantidad de recuerdo aportada por los EA, pero sin embargo, también existen diferencias significativa al comparar DCL con Sanos y EP, siendo menor la cantidad aportada por el grupo de DCL. Esto demuestra que incluso los sujetos que no han desarrollado una demencia, pero que ya tienen un deterioro evidente, como es el DCL, evidencian una pérdida significativa de recuerdo en la etapa de juventud, al comparar con los sujetos Sanos, y no solo en vida reciente. Estos resultados indican una vez más que el deterioro cognitivo leve se encuentra en una posición central entre los sujetos Sanos y los sujetos con EA. Es decir, existe un continuum cognitivo en el que en un extremo se encontrarían los sujetos Sanos que no padecen ningún tipo de patología, o como mucho pérdidas de memoria asociadas a la edad, y en el otro extremo se encontrarían las personas con un diagnóstico diferencial de demencia, en este caso, de tipo Alzheimer. La literatura plantea que el deterioro cognitivo leve (DCL) de carácter amnésico se encontraría en el centro de este continuum diferenciando los sujetos normales de aquellos con demencia. Estos sujetos se encuentran en fases muy iniciales de deterioro, manteniendo en la mayoría de los casos gran parte de sus capacidades cognitivas y funcionales, pero presentando un déficit significativo de memoria. En estos casos existe una posibilidad evidente de que a posteriori el sujeto con DCL desarrolle la enfermedad de Alzheimer, pero no en todos los casos ocurrirá ya que existen otros factores relevantes que influirán en el transcurso de la enfermedad así como en su posible conversión a demencia. Entre estos se encuentran la edad, nivel educativo y tipo de profesión, etc. Otro factor que influye en la evolución del deterioro es la plasticidad cognitiva, definida por Baltes y Willis (1982) como la diferencia en el desempeño individual en una tarea y la evaluación de esta tarea tras un entrenamiento y/o ayuda que mostraría su nivel de potencial de aprendizaje o plasticidad. De hecho, esta medida ha sido empleada como diagnóstico diferencial entre personas sanas, y aquellas con DCL y con demencia (Baltes y Kuhl, 1992; Singer, Lindenberger y Baltes, 2003; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Tárraga, 2005), de forma que parece ser útil como marcador de riesgo de una futura demencia en personas sanas y/o personas con DCL con mayor capacidad predictiva que otras.

Por lo tanto, resulta de vital importancia el diagnóstico temprano con el fin de frenar los síntomas de la enfermedad y mantener el mayor tiempo posible la calidad de vida de los

pacientes y sus familiares. En esta línea, es importante conocer las posibles variables asociadas y predictoras del DCL, y podríamos afirmar que el déficit en la memoria autobiográfica total es un claro signo de que existe un deterioro cognitivo.

Con respecto al tipo de recuerdo, diferentes estudios han demostrado que el recuerdo episódico se va deteriorando en el proceso de envejecimiento, debido al declive cognitivo que aparece en la vejez en determinadas habilidades cognitivas. Cuando existe una patología como el DCL o EA, el déficit en M.A. episódica se agrava, debido a la dependencia que existe entre este tipo de memoria y el hipocampo, y el daño que se produce en esta área ante estas patologías. Con respecto a este tipo de recuerdo se plantearon diferentes hipótesis desglosadas a continuación.

La hipótesis H.2.2.1., planteaba que todos los grupos mostrarán significativamente menor cantidad de recuerdo episódico que de recuerdo semántico. Esta hipótesis se cumple en los 4 grupos. Tal y como se comentaba al comienzo del párrafo, cuando existe una patología que afecta, entre otras funciones cognitivas, a la memoria, como es el caso del DCL o de la EA, es esperable que exista un déficit en aquellos recuerdos de carácter específico, como es el caso de los eventos autobiográficos episódicos, que como ya se sabe, son eventos que tuvieron lugar en un momento temporal y en un lugar concreto y que están relacionados con el pasado personal de la persona. Uno de los motivos principales es el deterioro del lóbulo temporal medial del hipocampo que se evidencia desde fases iniciales en dichas patologías. Esta área resulta imprescindible para la recuperación de los recuerdos autobiográficos específicos y, por ende, si existe un déficit en ésta, existirán dificultades a la hora de evocar recuerdos específicos. Estos resultados coinciden con otras investigaciones donde también se observa un deterioro en los recuerdos de carácter específicos, independientemente de la etapa en la que tuvo lugar el recuerdo (Irish et al., 2011b; Ivanoiu et al., 2006; Piolino et al., 2003). Sin embargo, los recuerdos semánticos tienden a mantenerse en comparación con los episódicos.

Este hecho suele deberse a que los recuerdos semánticos, al contrario que los episódicos, no permanecen dependientes del lóbulo temporal medial toda la vida, si no que tienden a consolidarse en las redes corticales de la corteza cerebral, específicamente, en el lóbulo temporal anterior izquierdo (Budson y Price, 2005), y las estructuras temporales

mediales pasan a ser innecesarias para su recuperación, hecho por el cual estos recuerdos se integran más fuertemente en la mente, consolidándose mejor, y por tanto, es más difícil que se degraden en la EA. Este planteamiento se basa en los principios de la Teoría de la Huella Múltiple (Nadel y Moscovitch, 1997; Nadel et al., 2007), la cual predice que los recuerdos autobiográficos semánticos son más propensos a mantenerse ante la presencia de una enfermedad como la EA, comparados con los episódicos, que son por consiguiente, más vulnerables a ser perdidos. No obstante, esto ocurrirá con los recuerdos semánticos más remotos, y únicamente hasta etapas moderadas de la enfermedad; con el transcurso de la misma es probable que acaben perdiéndose.

Sin embargo, tal y como muestran los resultados, esta diferencia entre cantidad de recuerdo episódico y semántico también es evidente cuando no existe patología cognitiva, como es el caso de los sujetos Sanos, o del grupo de EP.

Esta evidencia ya ha sido observada en otros muchos estudios (Addis et al., 2008; Bluck, Levine y Laulhere 1999; Fromholt et al., 2003; Levine et al., 2002; Piolino et al., 2010; St. Jacques y Levine, 2007), los cuales también coinciden en que la memoria autobiográfica episódica se muestra disminuida si la comparamos con la semántica en la vejez normativa. La mayoría de estos estudios han comparado un grupo de sujetos mayores con sujetos jóvenes. Concretamente Piolino et al., (2002) afirma que existe un declive en la M.A. episódica que se hace evidente a los 60 años.

Este declive suele ir acompañado de un mantenimiento de los recuerdos semánticos, lo que podría corresponder con un proceso de semantización del recuerdo autobiográfico, es decir, la pérdida de detalles episódicos podría coincidir a una mayor producción de recuerdos semánticos sin contexto. Esta teoría es respaldada desde hace años por teóricos relevantes de la materia, como son Levine et al. (2002) o Piolino et al. (2002), y podría ser una manera en la que los sujetos mayores compensen la pérdida de detalles de los recuerdos de su vida. Así pues, el recuerdo en sí no se perdería si no que se transformaría en un recuerdo más general, más semantizado. Concretamente, Levine et al. (2002) mostró en su trabajo que las personas mayores recordaban menos detalles autobiográficos episódicos, referentes a lugares, hechos, percepciones o pensamientos y, por el contrario, recordaban más detalles semánticos que no estaban conectados con un lugar o momentos particular, en

comparación con adultos jóvenes. Esta idea también está estrechamente relacionada con lo planteado en relación a la teoría de la huella múltiple; cuando se codifica un recuerdo, inicialmente episódico, éste se “almacena” en el hipocampo: con el paso del tiempo, este recuerdo irá perdiendo calidad, y se irá convirtiendo en un recuerdo más general, olvidando ciertos detalles iniciales, pasando así a consolidarse de una manera fija en la corteza cerebral, habiéndose convertido en un recuerdo semantizado.

Con respecto a la hipótesis H.2.2.2., se planteaba que la cantidad de recuerdo episódico aportado por los sujetos Sanos será significativamente mayor que el aportado por los sujetos con DCL y EA, pero no se espera obtener diferencias significativas con el grupo EP. Además, también se espera encontrar que el grupo con DCL aportara significativamente más información episódica que los EA.

Los resultados muestran que se cumple la hipótesis: los sujetos Sanos mostraron significativamente mayor cantidad de recuerdo episódico que los sujetos con DCL y con EA, mientras que no se observaron diferencias entre Sanos y EP. Además, se obtuvieron diferencias significativas en recuerdo episódico al comparar DCL con EA.

Debe tenerse en cuenta cuando no existe patología cognitiva como es el caso del grupo de Sanos o el grupo de EP, la memoria autobiográfica episódica se mantiene relativamente preservada, y los recuerdos específicos son accesibles para estos grupos. Sin embargo, una vez existe un déficit cognitivo, como es el caso de una demencia tipo Alzheimer, este tipo de recuerdos de carácter específico se muestran muy deteriorados, coincidiendo los resultados con los obtenidos en otros trabajos similares (Barnabe et al., 2012; El Haj, Postal, Le Gall y Allin, 2011; El Haj et al., 2015; Graham y Hodges, 1997; Greene et al., 1995; Hou et al., 2005; Irish et al., 2011b; Ivanoiu et al., 2006; Leyhe et al., 2009; Meeter et al., 2006; Moses et al., 2004; Müller et al., 2013; Seidl et al., 2011), donde la pérdida de recuerdo episódico cuando existe una EA es evidente.

Con respecto al grupo DCL, se esperaba que mantuvieran relativamente preservados los recuerdos episódicos al compararse con los sujetos con EA, hecho que ocurre, tal y como se observa en los resultados. Este hecho invita a pensar que, a pesar de que en el DCL existe un déficit en recuerdos episódicos evidente, que no existe en el grupo de Sanos el EP, este tipo de recuerdos no están perdidos del todo, si no que se mantienen parcialmente, aunque

con el avance de la enfermedad es más probable que se vayan perdiendo, hecho que se evidencia al comparar las puntuaciones con el grupo de EA. Aunque este hecho ya ha sido observado en trabajos anteriores (Addis y Tippett, 2004; Greene et al., 1995; Gilboa et al., 2005; Irish et al., 2011b; Kopelman, 1989; Leyhe et al., 2009), resulta relevante, ya que podría ser un elemento clave a la hora de saber el nivel de deterioro que sufre el paciente, así como a la hora de plantear intervenciones cognitivas y psicológicas.

Con respecto al recuerdo autobiográfico semántico, la literatura señala que este se mantiene intacto en el envejecimiento sano, debido en parte a la teoría de semantización que se explicaba en el punto anterior. En personas que padecen DCL así como en etapas iniciales de demencia, también se espera que gran parte del recuerdo semántico se mantenga relativamente a salvo, ya que, según la teoría, los recuerdos semánticos remotos no se almacenan en el hipocampo, y por tanto se mantienen tras el daño hipocampal, hasta que la enfermedad avanza. Siguiendo esta premisa, la hipótesis H.2.2.3., planteaba que, al comparar entre los distintos grupos, no se observarían diferencias significativas en la cantidad de recuerdo semántico entre Sanos, EP y DCL, pero sí al comparar estos grupos con EA. La segunda parte de esta hipótesis si se cumple, es decir, existen diferencias significativas al comparar EA con los otros tres grupos. Sin embargo, según los resultados, y con referencia a la primera parte de la hipótesis, sí que existen diferencias al comparar los resultados obtenidos por el grupo de DCL con Sanos y EP, siendo la cantidad total de recuerdo semántico obtenida por DCL significativamente menor que la obtenida por los otros dos grupos.

Por tanto, en cuanto a los enfermos de EA nos encontramos en la misma premisa que en la hipótesis anterior, con respecto al recuerdo episódico. Estos sujetos, debido al avance de la enfermedad, también ven afectados sus recuerdos autobiográficos semánticos. Una de las razones principales de que esto ocurra es a causa del avance del daño cerebral, que pasa del hipocampo a otras zonas cerebrales, entre las que se encontraría la corteza cerebral.

Por otro lado, los sujetos con DCL, si bien es cierto que muestran diferencias significativas con el grupo de Sanos y de EP, dato que evidencia la presencia de deterioro en la capacidad mnésica, también muestran diferencias con el grupo de EA, lo que sitúa una vez más al DCL en una fase intermedia entre el grupo de Sanos y el grupo de EA.

Es decir, existe un deterioro observable en la memoria autobiográfica semántica, en comparación con los grupos que no padecen ningún déficit cognitivo diagnosticado en la actualidad (Sanos y EP), pero estos recuerdos se mantienen relativamente si los comparamos con un avance inminente del deterioro, como sería la enfermedad de Alzheimer. Además, si unimos esta información con la obtenida en la hipótesis primera de este objetivo, la cual demostraba que existe mayor cantidad de recuerdo semántico que episódico, se cumple la teoría de que el recuerdo semántico se mantiene durante más tiempo en la memoria, hasta fases avanzadas de la enfermedad. Es decir, con el avance de la enfermedad, se observa una pérdida substancial en los detalles procedentes de la M.A. episódica y esta pérdida conduce a la descontextualización o semantización de los recuerdos autobiográficos, y a un cambio en la habilidad de revivir mentalmente los eventos del pasado, siendo una sensación más general de familiaridad que puede ser expresado por los sujetos con deterioro cognitivo como la sensación de “haber experimentado esto antes”. En la siguiente hipótesis se verá exactamente qué tipos de recuerdo son más susceptibles de mantenerse, y cuáles de perderse.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otros trabajos, observamos que hay disparidad en cuanto al grupo de DCL. Hay trabajos que coinciden en que existe una pérdida de memoria autobiográfica, tanto episódica como semántica, en comparación con el grupo de Sanos, siendo mucho más significativas las pérdidas en la memoria episódica (Donix et al., 2010; Gamboz et al., 2010; Irish et al, 2010; Leyhe et al., 2009), resultados que coinciden con los obtenidos en este trabajo; también hay estudios que indican una pérdida de memoria episódica, pero un mantenimiento de memoria semántica hasta fases avanzadas de la enfermedad (Barnabe et al., 2012). Por último, como ya se ha comentado previamente, existen una investigación que muestra un aumento en la memoria semántica en sujetos con DCL comparados con sujetos Sanos (Murphy et al., 2008). Estas variaciones en los resultados pueden deberse a las diferencias en el grado de deterioro que poseen los sujetos con los que se han realizados los distintos estudios.

Es importante tener en cuenta que todos los sujetos de los diferentes estudios nombrados presentan DCL amnésico, hecho observable en el déficit mnésico que presenta en las pruebas de memoria. Estos sujetos tienen una mayor probabilidad de desarrollar el en

futuro una demencia de Alzheimer, lo cual explicaría sus puntuaciones intermedias en las pruebas entre el grupo de Sanos y el grupo de Alzheimer.

Con respecto al Objetivo 2.3., se pretendía analizar la interacción entre tipo de recuerdo (episódico y semántico) y etapa (infancia, juventud, vida reciente), planteándose 3 hipótesis referentes al recuerdo episódico, y 3 en cuanto al recuerdo semántico.

La hipótesis H.2.3.1., planteaba que tanto el grupo de Sanos como el de Enfermos de Parkinson, no mostrarían diferencias significativas por etapa en recuerdo episódico. En efecto, los resultados no mostraron diferencias en el grupo de Sanos pero sí en el grupo de EP. Las diferencias se obtuvieron al comparar infancia con juventud, siendo más grande la cantidad obtenida en la etapa de juventud. Entre juventud y vida reciente no se obtuvieron diferencias significativas, ni al comparar vida reciente con infancia.

Los resultados en el grupo de Sanos son esperables, ya que al no padecer ningún tipo de enfermedad, sus recuerdos episódicos se mantienen estables en las diferentes etapas, mostrando un correcto acceso a cualquiera de ellos independientemente del momento en el que tuviera lugar el recuerdo. Muestra por tanto un correcto funcionamiento cognitivo. Los resultados en el grupo de EP son, a grandes rasgos, también esperables pero resulta curiosa la diferencia que se muestra entre la cantidad de recuerdo episódico en la etapa de infancia y juventud. Si se interpreta teniendo en cuenta las tres etapas evaluadas se entiende que los recuerdos de vida reciente se encuentran en un punto intermedio entre los recuerdos de la infancia y de la juventud, es decir, la cantidad obtenida de recuerdo reciente es ligeramente menor que la cantidad obtenida en juventud, y ligeramente mayor que la obtenida en infancia, aunque estas últimas diferencias no sean significativas, como ya hemos dicho. Esto puede deberse a dos motivos: el primero de ellos podría ser que debido a que los sujetos con Parkinson son altamente conscientes de su enfermedad, podrían estar “evitando” inconscientemente los recuerdos más recientes, que probablemente estén relacionados con el diagnóstico de la enfermedad y cómo ello ha condicionado su día a día en el presente así como en el pasado reciente. En esta línea, debido a que los recuerdos de la juventud son altamente significativos para la persona y se relacionan con acontecimientos importantes y relevantes de la vida, es posible que se le dé más peso a estos en la actualidad, quizás como método de regulación emocional, manteniendo un buen acceso y recuperándolos más

fácilmente, a modo de selección inconsciente. El segundo motivo podría deberse a una leve dificultad en el acceso al recuerdo reciente debido a algún síntoma relacionado con la enfermedad. Se consideraría leve debido a que ni si quiera existe diferencia significativa entre esta etapa y la juventud. En el siguiente apartado, cuando se compare estos resultados con los obtenidos por el grupo de Sanos se podrá esclarecer si se debe a la patología o no.

La siguiente hipótesis H.2.3.2., planteaba que, en el grupo de DCL, la cantidad de recuerdo episódico en vida reciente será significativamente menor que en la etapa de juventud. Los resultados muestran que se cumple la hipótesis, obteniéndose diferencias significativas en M.A. episódica al comparar juventud y vida reciente ($p = ,005$). Estos datos muestran la temprana pérdida de recuerdo reciente, o amnesia retrógrada, que sufren los sujetos diagnosticados de DCL, siendo uno de los primeros síntomas en evidenciarse. Por otro lado, los recuerdos de la etapa de juventud se mantienen en la memoria durante más tiempo, ya que se trata de recuerdos más remotos y generalmente más significativos, así como los de la infancia, que debido a la amnesia infantil no son muchos los que se recuerdan, pero los que se almacenan se mantienen durante más tiempo, a pesar de la enfermedad. Así pues, en esta línea y coincidiendo con otros autores, (Barnabe, 2012; Fromholt y Larsen, 1991; Rathbone et al., 2008; Rubin y Berntsen, 2003) es de esperar que la mayoría de los recuerdos evocados por los sujetos provengan de la etapa de juventud o adultez temprana, formando un pico de recuerdo, ya conocido como bump de reminiscencia. Esta diferencia evidente entre recuerdo reciente y recuerdo remoto podría ser interpretada como un ligero gradiente temporal de pérdida de memoria, conocido como gradiente de Ribot. Estudios previos también han observado una tendencia hacia un gradiente temporal en la memoria episódica con pacientes DCL (Greene et al., 1995; Leyhe et al., 2009).

Por último, con respecto al grupo de Alzheimer, la hipótesis H.2.3.3., señalaba que este grupo no mostraría diferencias significativas en el recuerdo episódico entre etapas. Sin embargo, los resultados muestran que si existen diferencias al comparar vida reciente con las otras dos etapas, siendo menor la cantidad de recuerdo en vida reciente que en juventud, y en juventud que en infancia, lo cual muestra un claro gradiente de pérdida, siendo la memoria remota la más mantenida, y la reciente la más afectada, situándose la memoria para la etapa de juventud en un punto intermedio. Varios estudios coinciden en

que los sujetos en fases iniciales de EA poseen una mejor capacidad para evocar recuerdos remotos que recientes (Greene et al., 1995; Hou et al., 2005; Irish et al., 2011b; Ivanoiu et al., 2006; Leyhe et al., 2009; Meeter et al., 2006).

Algunos estudios ya nombrados (Barnabe et al., 2012; Fromholt y Larsen, 1991; Rathbone et al., 2008; Rubin y Berntsen, 2003) también observaron un claro gradiente temporal de pérdida de recuerdo, en cuanto a la memoria episódica se refiere, en el grupo de EA. Éstos mostraron concretamente una menor cantidad de recuerdo reciente comparado como los recuerdos remotos. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores (Addis y Tippett, 2004; Gilboa et al., 2005; Greene et al., 1995; Irish et al., 2011b; Kopelman, 1989; Leyhe et al., 2009). No obstante, cabe destacar que la existencia del gradiente de Ribot puede coincidir con el comienzo de la enfermedad de Alzheimer, lo cual puede superponerse la pérdida de recuerdo reciente, con la formación de memorias para la etapa de vida reciente.

En cuanto al recuerdo semántico por etapa en cada grupo, se plantearon tres hipótesis diferentes. Según la H.2.3.4., en el grupo de Sanos así como en el de Enfermos de Parkinson, la cantidad de recuerdo semántico para la etapa de juventud y vida reciente sería significativamente mayor que para infancia. Los resultados se cumplen parcialmente: efectivamente, en Sanos se observa diferencias significativas entre la infancia y las etapas de juventud y vida reciente, siendo menor la cantidad obtenida en infancia. Sin embargo, en el grupo de EP, solo se observan diferencias entre infancia y juventud pero no entre infancia y vida reciente.

El patrón de estos resultados es muy similar a los obtenidos en memoria episódica para el grupo de Sanos y para el grupo de EP. En los Sanos, se mantienen los recuerdos semánticos en la etapa de vida reciente, debido al efecto de recencia, así como en juventud, siendo estos resultados normales en ausencia de patología. Por otra parte, la menor cantidad de recuerdos obtenidos en la etapa de la infancia son consecuencia de la denominada amnesia infantil, que conlleva como resultado la obtención de una baja cantidad de recuerdos almacenados para dicha etapa.

Con respecto al grupo de Parkinson se observó el mismo patrón de resultados, con un pico de recuerdo en juventud, y manteniéndose los recuerdos de vida reciente en un

punto intermedio entre la etapa del bump de reminiscencia y la etapa de infancia. Como ya se ha señalado en la hipótesis de M.A. episódica, se plantea que este resultado que pueda deberse a una evitación del recuerdo reciente debido a la relación entre esta etapa y el diagnóstico de la enfermedad.

La hipótesis H.2.3.5., planteaba que los sujetos con DCL mostrarán diferencias significativas al comparar la etapa de juventud con la etapa de vida reciente. Los resultados, además de coincidir con la hipótesis, también muestran diferencias entre juventud e infancia, siendo muy evidente el pico de recuerdo en la etapa de juventud.

Como ya se ha comentado, el relativo mantenimiento de la memoria semántica en DCL, considerada una semantización del recuerdo específico, implica el acceso a determinados recuerdos caracterizados por poseer un carácter general y descontextualizado, así como el mantenimiento de los recuerdos de la etapa de juventud, por tratarse de una etapa de carácter más remoto, así como de alta relevancia para el individuo debido a los acontecimientos significativos que tuvieron lugar en ella. Estos resultados ponen en relación dos aspectos clave en el estudio de la M.A. en pacientes con DCL, mostrando cuales son los recuerdos más susceptibles de mantenerse en este grupo: los recuerdos autobiográficos semánticos procedentes de la etapa del bump de reminiscencia. Este dato es muy interesante, y debe tenerse en cuenta a la hora de plantear terapias o intervenciones psicológicas así como para el establecimiento de diagnósticos clínicos máxime cuando exista dificultad para establecer una caracterización específica. El bump de reminiscencia es el componente que mejor define el self dentro de la memoria, ya que está formado por recuerdos autodefinitorios, y eventos que mantienen un alto contenido emocional, y por tanto presentan un alto impacto en el sentido de identidad (Conway, et al., 2004), es por ello que el sujeto puede utilizar este tipo de recuerdo como una estrategia compensatoria que minimice los déficits pero a la vez que enmascare el diagnóstico.

La hipótesis H.2.3.6., proponía que los sujetos EA obtendrían en vida reciente puntuaciones significativamente menores que en la etapa de juventud. Los resultados muestran que se cumple la hipótesis, siendo además significativa también la diferencia entre vida reciente e infancia. En este caso, a diferencia de la memoria episódica, no se evidencia un claro gradiente de pérdida, manteniéndose lo más remoto y perdiéndose gradualmente

lo más reciente. Esto es debido a que existe un pico de recuerdo en juventud que hace que estos recuerdos se mantengan en cierta medida, al igual que los recuerdos referentes a la infancia (no hay diferencias entre ambos), y observándose una caída brusca de los recuerdos más recientes. Por tanto, sí que hay una diferencia clara entre recuerdo remoto y reciente pero no una continua degradación, ya que los recuerdos de juventud despuntan. Otros estudios tampoco han observado gradiente temporal de recuerdo semántico en EA (Addis et al., 2009; Barnabe et al., 2012; Graham y Hodges, 1997; Gilboa et al., 2005; Greene et al., 1995).

Dado que los recuerdos remotos se mantienen mejor que los recientes, al menos hasta fases moderadas de la enfermedad, el bump de reminiscencia facilita una porción significativa de aquellos eventos que han definido sus historias de vida. Numerosos estudios que han investigado el efecto de la Enfermedad de Alzheimer en los recuerdos autodefinitorios han observado que la mayoría de los recuerdos autobiográficos aportados por los participantes con EA provenían del bump de reminiscencia (Fromholt et al., 2003).

Las hipótesis que planteaban diferencias entre grupos en función del tipo de recuerdo por etapa fueron las siguientes.

En relación a las diferencias entre los grupos en función del tipo de recuerdo por etapa, se establecieron diferentes hipótesis; en primer lugar (H.2.3.7.), se planteó que al comparar Sanos, EP, DCL y EA, se obtendrían diferencias significativas tanto en recuerdo episódico como semántico, en vida reciente, siendo significativamente mayor la cantidad de recuerdo de ambos tipos en Sanos que en DCL, y en DCL que en EA.

Los resultados mostraron diferencias en vida reciente, tanto en recuerdo episódico como semántico, al comparar el grupo de EA con los grupos de Sanos, EP y DCL, siendo significativamente menor la cantidad de recuerdo en el grupo EA. Además también se observaron diferencias significativas en ambos tipos de memoria al comparar el grupo de DCL con los grupos de Sanos y EP.

Estos resultados ponen en evidencia la sintomatología amnésica patológica que padecen los sujetos que sufren DCL y EA. Estos síntomas afectan tanto a la memoria semántica como a la memoria episódica, aunque en los objetivos anteriores hemos podido observar que se muestra más afectada la segunda que la primera.

También se observaron diferencias en la etapa de juventud; por un lado en memoria semántica las diferencias se observaron al comparar EA con Sanos, DCL y EP y además al comparar DCL con Sanos y EP; por otro lado, en memoria episódica también al comparar EA con Sanos, DCL y EP y además DCL con Sanos y EP.

Por último, también se observaron diferencias significativas en la etapa de infancia, concretamente en la memoria semántica al comparar EA con Sanos y EP, siendo menor el recuerdo de los EA, y por otro lado, no se obtuvieron diferencias entre el grupo de DCL y el grupo de Sanos y EP, ni tampoco con EA. En episódica también se observaron diferencias al comparar EA con Sanos y EP, con menores puntuaciones en el grupo de EA; además se obtuvieron diferencias marginalmente significativas entre EA y DCL; finalmente destacar que se obtuvieron diferencias significativas entre DCL y Sanos.

Estos resultados sitúan una vez más a los sujetos que padecen DCL en un punto intermedio entre los sujetos Sanos (y sujetos con EP) y los sujetos con EA. Como ya se ha comentado, los pacientes con DCL amnésico tienen un alto riesgo de padecer demencia, con un ratio de conversión del 10-15% anual (Gauthier et al., 2006; Petersen et al., 2001).

La última hipótesis, H.2.3.8., planteaba que al comparar Sanos con EP se obtendrán diferencias significativas en episódico en vida reciente mientras que en semántico no se obtendrán diferencias significativas entre las diferentes etapas. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias entre el grupo de Sanos y el grupo de EP en ninguna de las etapas, en ambos tipos de memoria. Con lo cual, podemos concluir que las diferencias obtenidas en el objetivo anterior, respecto al cual se situaban los recuerdos recientes en un punto intermedio entre los recuerdos de la etapa de juventud y los recuerdos de la infancia, puede deberse a una estrategia de regulación interna que facilita el acceso a los recuerdos del bump de reminiscencia, por encima de los recuerdos del pasado reciente, ya que a nivel cognitivo no se observan diferencias con los sujetos Sanos, lo que excluye que se deba a un déficit patológico.

Discusión Objetivo 3.

Con respecto al objetivo 3, este pretendía describir el patrón de recuerdo autobiográfico medido a través del AMT en los diferentes grupos, analizando la valencia (positiva, negativa o neutra) el tipo de especificidad de recuerdo (específico, general o vago)

y la etapa en la que tuvo lugar el recuerdo (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez). Además, también pretendía analizar las diferencias que se observan en dichas variables entre los diferentes grupos, Sanos DCL y EA por un lado, y Sanos y EP por otro.

En primer lugar se plantearon hipótesis con respecto a la valencia del recuerdo. Gran parte de la literatura señala que es probable observar un efecto de “positividad” en el recuerdo en la etapa de vejez, es decir, se podría esperar que los adultos mayores, con el fin de fomentar su propia integridad, le dan más prioridad a la gratificación emocional positiva, recordando eventos que incrementen su bienestar, comparados con jóvenes. Por el contrario, se espera que recuerden con peor calidad (recuerdos de tipo general o vago) los recuerdos de valencia negativa. Por tanto, según la primera hipótesis H.3.1.1., se espera encontrar que la cantidad de recuerdo positivo será significativamente mayor que la cantidad de recuerdo negativo y neutro, en los cuatro grupos respectivamente.

Los resultados sin embargo no mostraron diferencias entre recuerdos positivos y negativos ni en Sanos, ni en DCL ni en EA. Sí que se obtuvieron en el grupo de EP, donde se observaron mayor cantidad de recuerdos negativos que positivos. También cabe destacar que el grupo de Sanos y DCL, obtuvieron significativamente menor cantidad de recuerdos neutros, mientras que el grupo de EA no se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones de sus valencias. El grupo de Parkinson por su parte, obtuvo diferencias entre los recuerdos negativos y los neutros, pero no entre los positivos y los neutros.

Con respecto a la ausencia de diferencias entre recuerdos positivos y negativos cabe decir que los resultados no son novedosos, ya que existen otros muchos estudios donde no se han observado diferencias en la valencia en personas mayores, sugiriendo dudas acerca de la credibilidad y la fortaleza de este efecto (por ejemplo Gallo, Foster y Johnson, 2009).

Estos resultados nos llevan a valorar diferentes posibilidades que podrían estar influyendo, directa o indirectamente, en el sesgo de positividad. En primer lugar, cabe analizar en detalle el planteamiento de la teoría socioemocional selectiva de Carstensen, (2006) la cual es una de las pioneras en destacar el sesgo de positividad en el recuerdo de las personas mayores. Esta teoría, demostrada con diferentes estudios experimentales, aporta información sobre en qué circunstancias se observa el efecto de positividad y sobre cuales no se observa (Reed y Carstensen, 2012). Un factor que suelen tener en común aquellos

estudios donde no se observa el sesgo de positividad, y que recoge el meta-análisis llevado a cabo por Reed, Chan y Mikels (2014), sería aquellos casos donde se llevan a cabo determinadas restricciones experimentales en el proceso de información, alterando la ejecución de la prueba.

Según Reed y Carstensen (2012), la positividad se reduce cuando los experimentos requieren que los participantes que procesen un estímulo en una manera particular, por ejemplo dándole instrucciones sobre cómo codificar la valencia de los estímulos (Kensinger, Brierley, Medford, Growdon y Corkin, 2002) o bien pidiéndole a los participantes que recuerden específicamente toda la información (Grühn, Smith y Baltes, 2005). Concretamente, en la prueba utilizada (AMT), se le pide a los participantes que evoquen recuerdos del pasado asociados con una palabra clave, todo lo específico como les sea posible, y por tanto, el tipo de instrucción ofrecida a los participantes podría estar sesgando el efecto de positividad. De hecho, hay estudios que, a pesar de reconocer que los eventos positivos se recuerdan mejor que los negativos, también afirman que cuando se utiliza la técnica de palabras clave de Galton-Croviz no se observan diferencias al comparar adultos jóvenes y adultos mayores (Janssen y Murre, 2008).

Otra de las razones por las cuales es poco probable encontrar en este estudio el sesgo de positividad es porque este efecto, según la Teoría Socioemocional Selectiva, se basa esencialmente en las diferencias observadas al comparar el recuerdo entre personas jóvenes y mayores.

La SST se basa en la percepción del tiempo futuro que tienen las personas, en función de su edad. Cuando el futuro es largo e indeciso, la adquisición de nuevos conocimientos y la ayuda exploratoria prepara a los individuos para la formación de cambios que le vienen por delante. Por ende, no se le da prioridad a la información emocional si no a aquella útil para afrontar el futuro y adquirir nuevos aprendizajes. Sin embargo, cuando la percepción del tiempo es finita, los objetivos y las metas orientadas al futuro relacionadas con la preparación a largo plazo disminuyen y pierden importancia, y los objetivos y metas orientadas al presente aumentan, la regulación emocional y el bienestar ganan prioridad.

De acuerdo con esto, se esperarían encontrar cambios relacionados con la edad en la emoción, en la cognición y en el comportamiento. En esta línea, estudios previos sugieren

que mientras que las personas jóvenes parece que priorizan la información negativa en el procesamiento cognitivo (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer y Vohs, 2001; Rozin y Royzman, 2001), las personas mayores dan prioridad a la información positiva, con el fin de proteger su integridad, y su bienestar emocional.

Sin embargo, existen diferentes posibilidades a la hora de encontrar diferencias en la interacción entre edad. La más lógica es que el sesgo positivo sea el resultado de un aumento en el procesamiento de recuerdos positivos, comparado con el grupo de jóvenes. Pero también puede deberse a una reducción en el procesamiento de la información negativa. Incluso cuando las personas mayores muestran un aumento en la atención a la información negativa, por encima de la positiva, pero atienden significativamente menos a la información negativa que los jóvenes adultos, este patrón sería calificado conceptualmente como un efecto de positividad.

Así pues, el efecto positividad surge de todas las combinaciones donde se enfatice el procesamiento de lo positivo y se vea reducido el de la información negativa, comparándose con jóvenes. En algunos estudios, las diferencias vienen causadas por las personas jóvenes, por un mejor funcionamiento en memoria o atención para el material negativo (Charles et al., 2003; Ready, Weinberger y Jones, 2007; Shamaskin, Mikels y Reed, 2010). En otros estudios, las diferencias reflejan un procesamiento más profundo del material positivo para las personas mayores, incluso cuando el procesamiento del material positivo es menor que el negativo en personas mayores (Isaacowitz et al., 2006; Mather, Knight y McCaffrey, 2005). Numerosas investigaciones señalan que mientras ambos, mayores y jóvenes, atienden al material negativo más que al positivo, las personas mayores lo hacen significativamente menos que las jóvenes. (Comblain, D'Argembeau, Van der Linden y Aldenhoff, 2004; Kensinger, O'Brien, Swanberg, Garoff-Eaton y Schacter, 2007).

Volviendo otra vez a la base de la teoría, esta se basa principalmente en que las personas mayores, al acercarse el final de sus vidas, dan prioridad a la información emocional con el fin de mantener su bienestar, mientras que los jóvenes toman por igual la información positiva y negativa ya que se basan en el conocimiento y la experiencia que les aporta y no en la emoción que conlleva. Sin embargo, ¿qué pasaría si las personas jóvenes percibieran su tiempo limitado, o bien las personas mayores perciben el futuro como

relativamente largo? Posiblemente estas diferencias se verían reducidas o eliminadas.

Más allá de la edad de los sujetos, cabe destacar que el enfoque social está experimentando un cambio en la actualidad, y el grupo de personas mayores está evolucionando rápidamente. Sumándose a la heterogeneidad natural que caracteriza a este grupo, las personas mayores están ganando terreno en la sociedad, convirtiéndose poco a poco en un grupo participativo y visible. Cada vez hay más personas mayores activas, preocupadas por su salud, por su bienestar, motivadas por aprender, y por disfrutar de la vida. La edad mental se sitúa por encima de la biológica, y a pesar de las limitaciones que vienen de la mano del envejecimiento, se da valor a las oportunidades y en muchos casos se mantiene el espíritu joven. Este tipo de envejecimiento no representa a todos, pero cada vez es más común.

Este prototipo de “mayor” se ve representado en los sujetos que han sido evaluados en este trabajo, en el grupo de Sanos: personas que asisten a clases en el programa la Nau Gran de la Universitat de Valencia, que compaginan sus estudios en muchos casos con otras actividades físicas, sociales o con el cuidado de nietos. Sujetos activos con una vida repleta de metas y nuevos retos, que no sufren ninguna patología y que, poco probablemente, piensen que van a morir a corto plazo.

Este hecho no significa que no se le otorgue importancia a la información con contenido emocional, si no que no tiene porqué evidenciarse un sesgo de positividad a la hora de recordar, frente a la información emocional negativa. Más bien, el sesgo se producirá hacia los recuerdos significativos, que hayan sido relevantes para la persona a lo largo del ciclo vital, y éstos en la mayoría de los casos van de la mano de una alta intensidad emocional, ya sea positiva o negativa. De hecho, la literatura referente a la valencia emocional en sujetos Sanos, coincide en que se recuerda mejor el material emocional, independientemente de la valencia (Neisser y Libby, 2000; Kensinger y Corkin, 2004).

Referente a los sujetos con EA y DCL, las investigaciones sobre la memoria y la emoción han aportado resultados diferentes, reportando tanto un efecto en los recuerdos con valencia emocional (Giffard, Laisney, Desgranges y Eustache, 2015) así como una ausencia de dicho efecto (Abrisqueta-Gomez, Bueno, Oliveira y Bertolucci, 2002; Kensinger, Brierley, Medford, Growdon y Corkin, 2002). También hay estudios que informan de un

efecto en la valencia positiva (Kalenzaga, Piolino y Clarys, 2015; Maki, Yoshida, Yamaguchi y Yamaguchi, 2013; Werheid, McDonald, Simmons-Stern, Ally y Budson, 2011) y estudios que reportan un efecto en valencia negativa (Dohnel, Sommer, Ibach, Rothmayr, Meinhardt y Hajak, 2008; Kalenzaga, Bugańska y Clarys, 2013; Kalenzaga y Clarys, 2013). No obstante, este efecto solo es posible observarse esencialmente en componentes semánticos (memorias generalizadas).

Con respecto a los resultados obtenidos por el grupo de Parkinson, los resultados varían con respecto a lo esperado ya que este grupo informó significativamente mayor cantidad de recuerdos negativos que positivos. No sorprende que este grupo presente estos resultados, ya que, como se ha planteado en objetivos anteriores, estos sujetos se encuentran en un momento vital muy peculiar. Personas adultas, autónomas, que han sido diagnosticados de una enfermedad que en el presente no les limita pero que saben que, dado su carácter neurodegenerativo, en un futuro próximo se verán gravemente afectados. Estas personas, son plenamente conscientes de la situación y es probable que sientan mayor desesperanza y malestar emocional que aquellas personas que no padecen esta enfermedad. Este estado emocional negativo en el presente podría estar promoviendo que los sujetos de este grupo tiendan a recordar mayor cantidad de recuerdos negativos que positivos. Este planteamiento está basado en la teoría de la memoria congruente con el estado de ánimo.

Siguiendo con la hipótesis H.3.1.2., al comparar los grupos, no se esperaba obtener diferencias significativas en función de la valencia del recuerdo positivo y negativo, pero sí en las respuestas de valencia neutra, donde los EA obtendrían puntuaciones significativamente mayores que los otros grupos. La hipótesis se cumple parcialmente, ya que los resultados muestran diferencias en los recuerdos neutros al comparar EA con Sanos y marginalmente con DCL, pero no con EP. Por otro lado, también se obtuvieron diferencias significativas en los recuerdos negativos al comparar el grupo de EA con Sanos y con DCL. Finalmente, en valencia positiva no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos.

De este modo, se puede afirmar que los sujetos con EA recordaban mayor cantidad de recuerdos neutros que el resto de grupos (incluyendo el grupo de EP, aunque no sea una diferencia significativa). Si tenemos en cuenta además que el grupo con EA no mostró

diferencias significativas en función de la valencia (es decir, que se obtuvo la misma cantidad de recuerdos neutros que de valencia positiva o negativa), podríamos concluir que los sujetos con EA no tienen mayor facilidad para recordar eventos emocional que neutros.

Tales hallazgos son justificables a causa de la enfermedad, ya que, y coincidiendo con parte de la literatura, los sujetos que padecen EA presentan un déficit que no siempre les permite beneficiarse de la mejora del recuerdo que implica la información con contenido emocional, de la misma forma que lo hace un sujeto mayor sin patología (Abrisqueta-Gomez et al., 2002; Kazui et al., 2003; Kensinger et al., 2002). Una de las principales causas que podrían justificar dicho déficit es la atrofia de la amígdala así como del hipocampo, dos estructuras clave en el proceso y recuerdo emocional, que podría conducir a que los sujetos presenten dificultades a la hora evocar por si mismos recuerdos emocionales.

Es decir, mientras que el hipocampo juega un papel central en el recuerdo de la M.A. (Svoboda et al., 2006), la relación del recuerdo con las emociones se establece con otras regiones límbicas como la amígdala. La amígdala está presente durante las fases de codificación y consolidación (Adolphs, Cahill, Schul y Babinsky, 1997; Cahill et al., 1996; Canli et al., 2000; Dolcos, LaBar y Cabeza, 2004) así como en la fase de recuerdo tanto en tareas de laboratorio (Dolcos, LaBar y Cabeza, 2005; Sharot, Delgado y Phelps, 2004; Smith, Hopkins y Squire, 2006) como recolecciones autobiográficas (Buchanan, 2007; Greenberg et al., 2005).

Sin embargo, si analizamos con más al detalle los resultados de este trabajo, no podemos pasar por alto los resultados en las valencias emocionales. Por una parte, no se obtuvieron diferencias significativas en los recuerdos de valencia positiva, es decir, los sujetos con EA aportaron la misma cantidad de recuerdos positivos que el resto de grupos. Por otro lado, si existieron diferencias en valencia negativa, obteniendo el grupo de EA menor cantidad de recuerdo negativo que el resto de grupos.

Estos resultados invitan a pensar que los sujetos con EA mantienen la capacidad de evocar recuerdos emocionales siempre y cuando sean de valencia positiva. Estos resultados ya han sido observados en estudios previos. Por ejemplo, Kensinger et al. (2002) observó que los pacientes con EA mostraban una mayor tendencia hacia el recuerdo de palabras positivas, por encima de las negativas. Otro trabajo, Hamman (2001), señaló que los sujetos

con EA mantenían el efecto de mejora del recuerdo emocional para los estímulos positivos pero no para los negativos, haciendo uso de una tarea de recuerdo libre. En cambio, para los sujetos sanos y con DCL se mantuvo el efecto de mejora del recuerdo tanto para positivo como para negativo. La mejora del recuerdo para los estímulos positivos sugiere que el deterioro del efecto de la memoria emocional podría ser selectivo, afectando a los recuerdos negativos, pero no a los positivos.

Resulta complicado explicar por qué el grupo de EA solo muestra deteriorada la capacidad para recordar los estímulos negativos, y no los positivos, ya que si se debe a daños cognitivos asociados a regiones cerebrales como la amígdala, deberían mostrarse deteriorados ambos tipos de recuerdo (positivo y negativo). Si estos resultados son ciertos, existe la posibilidad de que sean diferentes factores cognitivos los que afecten a los recuerdos positivos y negativos, posibilitando así que únicamente aquellos asociados con los estímulos negativos se muestren deteriorados en EA.

Con respecto al grupo DCL los resultados se asemejan al grupo de Sanos y EP, no diferenciándose con estos en ninguna valencia. Por su parte, el grupo de EP se encuentra en un punto central entre estos, ya que por un lado no muestra diferencias significativas con el grupo de Sanos en ningún tipo de recuerdo pero tampoco con el grupo de EA, obteniendo resultados similares en recuerdo neutro.

Con respecto al tipo de recuerdo, la teoría postula que los adultos mayores Sanos deben conservar su capacidad de evocar recuerdos específicos. Sin embargo, aquellos sujetos que presentan DCL o demencia, tenderán a evocar recuerdos de carácter general o vago dependiendo de la atrofia hipocampal y del déficit que presenten en determinadas habilidades cognitivas como la memoria o las funciones ejecutivas. Con respecto a los sujetos que sufren enfermedad de Parkinson, la teoría plantea que conforme avanza la enfermedad, las funciones ejecutivas se van deteriorando cada vez más, lo que podría dificultar el acceso a los recuerdos específicos.

Siguiendo esta premisa, la hipótesis H.3.2.1., esperaba comprobar que en el grupo de sujetos Sanos la cantidad de recuerdo específico era significativamente mayor que los recuerdos de tipo general y vago, mientras que en los sujetos con EP no se observarían diferencias significativas.

Según los resultados obtenidos, la hipótesis se cumple parcialmente, ya que el grupo de Sanos mostró significativamente mayor cantidad de recuerdo específico en comparación con los recuerdos de tipo vago, pero no con los generales. Con lo cual, se puede afirmar que las personas mayores sanas mantienen un correcto acceso a los recuerdos específicos, siendo capaces de aportar en la mayoría de los casos referencias temporales y espaciales, refiriéndose a eventos concretos y únicos (con detalles sensorio-perceptivos) y generalmente incluyendo visualización del recuerdo, en lugar de experiencias abstractas o poco definidas. Sin embargo, que los sujetos Sanos mantengan su capacidad de evocar determinados eventos específicos no quiere decir que todos los eventos que recuerdan sean de estas características y que por ello no evoquen eventos generales. De hecho, los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas entre la cantidad aportada de un tipo o de otro.

Discutir estos resultados implica, en primer lugar, analizar el proceso de generación de un recuerdo autobiográfico; según numerosos estudios, la memoria autobiográfica se organiza jerárquicamente (Conway y Bekerian 1987; Linton, 1986; Schooler y Hermann, 1992). Concretamente, Conway y Rubin (1993) diferenciaron tres niveles de conocimiento autobiográfico definidos como periodos de vida, eventos generales y conocimiento específico o ESK. Los periodos de vida corresponden a experiencias duraderas de la vida, medidas en años o décadas; el nivel general corresponde a experiencias generales, como por ejemplo eventos repetidos distribuidos en el tiempo, medidos en días, semanas, semanas o un único día (Conway y Bekerian, 1987) y los eventos específicos son recuerdos de episodios ligados a un contexto espacio- temporal, registros esquematizados de los procesamientos sensorio-perceptivos y conceptual-afectivos propios de las experiencias concretas (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). Cuando las personas tratan de recordar eventos de su pasado, primeramente acceden a un nivel más "alto", es decir, a descripciones más generales, usando estas como pasos intermedios para acceder al nivel de recuerdo más bajo, las representaciones específicas (Reiser, Black y Abelson, 1985; Rubin, 1996). Es decir, no es común encontrar un recuerdo específico aislado, a no ser que se acceda por medio de una evocación directa (cuando aparece una evocación espontánea del recuerdo, que aparece cuando una clave interna o externa produce una inmediata activación para el nivel específico).

Cuando el recuerdo es generativo, para evocar un recuerdo, en la mayoría de ocasiones se entrecruzan diferentes niveles de conocimiento autobiográfico en el mismo recuerdo (Barsalou, 1988; Conway, 1996), y es difícil observar un único tipo de conocimiento autobiográfico. Es decir, los detalles específicos suelen aparecer contextualizados en dentro de un evento generalizado, que a la vez está ubicado en uno o más periodos de vida, que sitúan el evento específico dentro del sistema mnésico autobiográfico de la persona.

Por ende, las personas mayores sanas, que no sufren ninguna patología neuropsicológica, ni trastornos emocionales, logran en la mayoría de las ocasiones acceder al recuerdo específico con éxito. En otras ocasiones, esto no ocurre, y se quedan en el nivel más general o categórico, aportando información meramente descriptiva, dando como resultado un recuerdo más general (Conway y Pleydell-Pearce, 2000) o semantizado.

En relación a los recuerdos sobregeneralizados en la vejez, Winthorpe y Rabbitt (1988) hallaron que la aparición de recuerdos sobregeneralizados está relacionado con un déficit en de memoria de trabajo. Este planteamiento va en la misma línea que la teoría planteada por Williams, que pone en relación la sobregeneralización con una posible falta de recursos cognitivos y, en especial, un déficit en la memoria de trabajo, el cual suele acompañar a la vejez. Así mismo, los recuerdos de los mayores tienden a ser más generales que los de los jóvenes, salvo cuando se trata de material emocional o se produce un acceso al recuerdo a través de claves, donde no siempre se ha demostrado dichas diferencias asociadas a la edad.

Cuando se trata de recuerdos emocionales o más significativos apenas existen diferencias con otros grupos de edad. Tal y como señalaron Piolino et al. (2006) hay recuerdos que mantienen las mismas características independientemente de la edad de los participantes, es decir, presentan la misma capacidad para revivir detalles afectivos y perceptuales, presentan espontaneidad, y mezclan perspectivas de campo y de observador. Este hecho puede deberse a que existen determinados recuerdos autobiográficos que se caracterizan por definir nuestra identidad. Estos, suelen ser recuerdos que contienen aspectos afectivos e imagería visual, que tienen un alto nivel de ensayo (por haber sido narrados numerosas veces) y que además se encuentran vinculados a memorias similares, con las que comparten el tema y la accesibilidad (Conway et al., 2004).

Con respecto al grupo de Parkinson, estos mostraron diferencias significativas entre los recuerdos generales y los específicos. Además, el análisis de sus resultados muestra que la mayoría de los recuerdos aportados por este grupo fueron o vagos, o de carácter específicos.

Según la siguiente hipótesis H.3.2.2., los sujetos con DCL obtendrían mayor cantidad de recuerdos generales y vagos, en comparación con los específicos. La hipótesis no se cumple, ya que el grupo de DCL no mostró diferencias entre los tres tipos de recuerdo.

Es decir, los sujetos con DCL fueron capaces de aportar recuerdos de carácter específico, general y vago de forma similar. Estos resultados apoyan una vez más la teoría de que el grupo de DCL muestra un déficit evidente en el recuerdo, pero todavía es capaz de evocar determinados recuerdos específicos. Estos recuerdos suelen tener unas características concretas: suele tratarse de recuerdos significativos para la persona, de carácter remoto, basados en muchas repeticiones, y relevantes para la identidad personal del sujeto.

El resto de recuerdos van perdiendo detalle y tiende a semantizarse a medida que avanza la enfermedad. Estudios como el de Donix, Brons, Jurjanz, Poettrich, Winiecki y Holthoff (2010) coinciden en que la memoria autobiográfica pierde especificidad con el inicio de la patología, pero estos recuerdos sobregeneralizados se mantienen hasta fases moderadas, mientras que los recuerdos más específicos se deterioran más rápidamente.

Es importante tener en cuenta que existen determinados recuerdos específicos que se mantienen. Probablemente, estos resultados puedan estar asociados con la noción de plasticidad cerebral, que todavía se evidencia en los sujetos con DCL. Esta capacidad permite a las personas optimizar lo que ya saben y compensar las pérdidas seleccionando las actividades, o en este caso la información, sobre la cual aún tiene un buen desempeño. El carácter de la prueba AMT permite a los sujetos seleccionar relativamente el recuerdo que quieran, ya que no existen restricciones específicas sobre una temática, etapa, o unas características concretas, más allá de la clave verbal.

Por otro lado, aunque no se haya tenido en cuenta en la evaluación de este trabajo, la frecuencia de repetición del recuerdo es un factor clave para la evocación, incluso en personas con deterioro cognitivo en fases moderadas. Parece ser que existe una mejor

ejecución del recuerdo cuando aumenta la frecuencia en recordar el evento, frente a aquellos recuerdos menos frecuentemente recordados, independientemente de lo remoto que sea el recuerdo.

La siguiente hipótesis H.3.2.3., sugería que los sujetos con EA obtendrían mayor cantidad de recuerdos vagos que generales y específicos. Esta hipótesis se cumple; se obtuvieron diferencias significativas al comparar los recuerdos vagos con los generales y específicos.

Numerosos autores han demostrado que los pacientes con EA presentan un deterioro severo de la memoria autobiográfica episódica que podría explicar la dificultad que presentan en viajar mentalmente al pasado, con el fin de re-experienciar eventos pasados desde una perspectiva personal (Kalenzaga, Bugajska y Clarys, 2013; Kalenzaga y Clarys, 2013).

Además, los sujetos que padecen la enfermedad de Alzheimer presentan determinados síntomas que afectan directamente al recuerdo autobiográfico. Una de las áreas que se ven afectadas, y que influye directamente en el proceso de recuperación de memoria, es la atención. La atención es necesaria para la evocación consciente de los recuerdos autobiográficos específicos (Dhanjal y Wise, 2014) y disminuye con la EA (Kim, Jeneson, Van der Horst, Frascino, Hopkins y Squire, 2011).

Otro proceso que se ve afectado en la EA es la inhibición (Amieva, Phillips, Della Sala y Henry, 2004) y este proceso también participa directamente en las tareas de recuerdo (Collette, Schmidt, Scherrer, Adam y Salmon, 2009; El Haj et al., 2015), ya que para acceder a un recuerdo concreto es preciso inhibir la información irrelevante (El Haj, Postal, Le Gall y Allain, 2011). Ambos procesos dependen de la función ejecutiva, con lo cual, es evidente la estrecha relación entre el déficit en esta área y los procesos de recuperación de la memoria autobiográfica en la EA.

Debido a que la M.A. es esencial para el sentido de continuidad del self a lo largo del ciclo vital, la sobregeneralización del recuerdo, junto con los problemas de memoria que cursan con la enfermedad podrían venir seguidos de una pérdida de actualización del conocimiento personal, que puede conducir a un sentimiento desactualizado del self así como una evaluación inexacta sobre las habilidades presentes dando como resultado una

pérdida de la identidad (Bluck, 2003; Conway, Meares y Standart, 2004; Conway et al., 2004; Klein y Gangi, 2010).

Sin embargo, el self no es una entidad única, sino que está formada por múltiples procesos interrelacionados. De acuerdo con Klein y Gangi (2010), no solo la memoria específica contribuye a la formación del self; también los recuerdos generales, así como aquellos de tipo semántico. El conocimiento semántico, formado por características de la personalidad también definen el sentido de la identidad, y esta información se mantiene hasta fases moderadas en pacientes con enfermedad de Alzheimer (Duval et al., 2007; Piolino et al., 2006). La mayoría de las veces, estos pacientes muestran un sentido de identidad preservado, a través de un visión positiva general de ellos mismos, no siempre fiel a la realidad, cuando son comparados con mayores Sanos (Eustache et al., 2013; Kalenzaga y Clarys, 2013; Lalanne, Rozenberg, Grolleau y Piolino, 2013). Uno de los factores que explican esta visión positiva de sí mismos a pesar de la enfermedad es su incapacidad para aprender nueva información y actualizar el conocimiento acerca de su yo actual (Lalanne et al., 2013; Naylor y Clare, 2008). Aun así, conforme la enfermedad avanza, numerosos estudios en EA han demostrado que un déficit severo en M.A. conlleva a un deterioro inminente del sentido del self (Addis y Tippett, 2004; Fargeau, Jaafari, Ragot, Houeto, Pluchon y Gil, 2011; Massimi, Berry, Browne, Smyth, Watson y Baecker, 2008; Orona, 1990).

La hipótesis H.3.2.4., planteaba que al realizar comparaciones entre grupos, los sujetos Sanos obtendrán significativamente mayor cantidad de recuerdo específico que los sujetos EP, DCL y EA. Esta hipótesis no se cumple completamente, ya que solo se obtuvieron diferencias significativas en recuerdo específico al comparar el grupo de EA con el grupo de Sanos y de EP. Es decir, el grupo de Sanos y EP tuvieron puntuaciones muy similares en recuerdo específico. El grupo de DCL obtuvo una puntuación intermedia ente estos grupos y el grupo de EA. Estos resultados coinciden con la idea de que las personas mayores, incluso cuando existe un deterioro cognitivo evidente en fases iniciales, pueden recordar eventos específicos, cuando estos son altamente relevantes para uno mismo (Conway, 2005; Duval et al., 2007; Singer et al., 2007). Sin embargo, conforme este deterioro avanza, sobre todo en aquellos casos que deriva en una demencia tipo Alzheimer, estos recuerdos pierden calidad, convirtiéndose en recuerdos sobregeneralizados, o información meramente vaga.

No obstante esta información es alentadora para aquellos sujetos que padezcan un déficit en fases iniciales, ya que a través de estos recuerdos pueden trabajarse diferentes áreas cognitivas, la autoestima, la integridad personal, el bienestar emocional, etc., utilizando como herramienta de intervención basada en la historia de vida de los pacientes o mediante reminiscencia.

La hipótesis H.3.2.5., planteaba que los sujetos con EA obtendrían mayor cantidad de recuerdos vagos en comparación con EP, DCL y EA. Esta hipótesis se cumple. Las razones han sido explicadas en el apartado anterior, donde se hacía referencia a la dificultad de las personas con EA para acceder al recuerdo específico, debido principalmente a déficits en las funciones ejecutivas que truncan el acceso al recuerdo específico, quedándose en mera información descriptiva o vaga.

Con respecto a la interacción entre el tipo de especificidad del recuerdo y la valencia por grupo se plantearon las siguientes hipótesis.

La hipótesis H.3.3.1., planteaba que la mayoría de recuerdos evocados por el grupo de Sanos serían positivos y específicos, mientras que para el grupo de EP no habrá diferencias significativas en función del tipo de especificidad. Esta hipótesis no se cumple, ya que en el grupo de Sanos la mayoría de recuerdos evocados fueron específicos-negativos, igual que ocurre con el grupo de EP.

La hipótesis H.3.3.2., predecía que los sujetos con DCL obtendrían mayor cantidad de recuerdos de carácter general y positivo, mientras que los sujetos con EA no mostrarían diferencias significativas en función del tipo y la valencia. La hipótesis no se cumple, ya que la mayoría de recuerdos obtenidos por el grupo de DCL fueron específicos y negativos. Los segundos recuerdos más evocados fueron generales-positivos. Con respecto al grupo de EA, la mayoría de los recuerdos fueron neutros-vagos, seguidos de positivos-vagos.

Con respecto a la etapa en la que tuvo lugar el recuerdo, como ya se ha comentado previamente, la curva del recuerdo autobiográfico tiende a caracterizarse por la amnesia infantil o pocos recuerdos de la etapa de la infancia, un pico de recuerdo en la etapa de juventud (bump de reminiscencia) y por una alta cantidad de recuerdos de la vida reciente o efecto de recencia, siempre y cuando los sujetos no presenten deterioro cognitivo o amnesia anterógrada. Por tanto, se espera (H.3.4.1.) observar en todos los grupos una significativa

mayor cantidad de recuerdo en la etapa de juventud, en comparación a la etapa de infancia y adolescencia (bump de reminiscencia) y además, también se observará un efecto de recencia en los grupos sin deterioro cognitivo.

En cuanto al bump de reminiscencia, esta hipótesis no se cumple para todos los grupos. En primer lugar, el grupo de Sanos no mostró diferencias al comparar la etapa de juventud con las etapas de infancia y adolescencia. El recuerdo en etapa de juventud solo se diferenció significativamente con el aportado en la etapa de vejez, siendo la cantidad de recuerdo aportada en esta última etapa significativamente mayor que la de juventud. La etapa de adultez, en cambio, sí que mostró diferencias significativas con infancia y adolescencia, pero no con juventud. En la figura presentada en resultados se puede observar que la curva de recuerdo del grupo de Sanos es lineal y de carácter ascendente, sin picos destacables, mostrando un gradiente temporal inverso al referido por Ribot (1881), donde la mayor cantidad de recuerdo aportada procede de las etapas más recientes y se reduce conforme se “retrocede” hacia recuerdos remotos.

En el grupo de DCL obtuvo exactamente el mismo patrón que el grupo de Sanos; una línea recta con su máximo pico en vida reciente y el punto mínimo en la etapa más remota: infancia.

El grupo de EA en cambio sí que muestra un pico de recuerdo en juventud, mostrando diferencias significativas entre esta etapa e infancia. No obstante también se observa un pico de recuerdo en vejez, no siendo significativa la diferencia entre la cantidad de recuerdo aportada entre juventud y vejez.

Por último, el grupo de EP también muestra un pico de recuerdo en juventud (obteniendo diferencias significativas entre esta etapa e infancia y adolescencia). Una vez más también se observa un pico de recuerdo en vejez, aunque no hay diferencias significativas entre esta etapa y juventud.

Con respecto al efecto de recencia, este se evidenció en los cuatro grupos, no solo en el de Sanos y EP como se esperaba. No obstante, en la siguiente hipótesis se comprobará si al comparar entre grupos, existe en efecto, una clara tendencia a la reducción de los recuerdos recientes en los grupos con deterioro cognitivo.

A continuación se explica más detenidamente la curva de recuerdo autobiográfico de cada grupo

En primer lugar, el grupo de Sanos muestra un patrón de recuerdo en parte esperable, de acuerdo con gran parte de la teoría. La curva de recuerdo es similar a la obtenida en la entrevista AMI, con la diferencia de que en este test el ciclo vital se divide en cinco etapas, mientras que en el AMI solo existen tres. Esto puede hacer que, al existir la etapa de adolescencia y de adultez, además de las básicas (infancia, juventud, vejez), los recuerdos se repartan más y no sean tan evidentes las diferencias entre etapas.

Aun así, podríamos decir que concuerda con la literatura (Rubin et al., 1998; Rubin et al., 1986; Rybash, 1999), ya que se muestran representados los tres puntos característicos de la curva de recuerdo del ciclo vital de Rubin: existe un punto de amnesia infantil, siendo dicha etapa la que menor cantidad de recuerdo aporta; existe un pico de recuerdo en juventud existiendo mayor cantidad de recuerdo que en etapas anteriores (aunque no sean significativas estas diferencias) y existe un pico de recencia muy evidente que hace referencia a la buena capacidad de recuerdo de las etapas más recientes. Un aspecto destacable aunque quizás menos esperable, es la aportación de recuerdos procedentes de la etapa adultez, similares en cantidad a los aportados en juventud.

Las diferencias observadas en cuanto a la localización real del bump de reminiscencia, a través de los diferentes métodos de evaluación, no ha recibido demasiada atención por parte de la literatura, pero éstas son muy evidentes al comparar diferentes tipos de trabajos, tal y como se puede observar en revisiones como la llevada a cabo por Koppel y Berntsen (2015). Tal y como estos autores resaltan, la mayoría de trabajos realizados en el ámbito de la psicología cognitiva, tienden a describir el bump como un fenómeno único, ubicado en la etapa de juventud. Sin embargo, existen evidencias en múltiples trabajos que demuestran que la localización del bump puede variar hacia etapas más tardías (adultez temprana) o más tempranas (adolescencia), en función del tipo de prueba que se utiliza.

Cuando se aplica la técnica de evocación de recuerdo a través de palabras clave se observan ciertas peculiaridades que influyen a la hora de recordar (Janssen, Rubin y St Jacques, 2011); por ejemplo, el bump de reminiscencia que surge de las claves de palabras

consiste no solo en los eventos más importantes, y novedosos, sino también en aquellos más comunes, o menos relevantes que pueden asociarse a dichas claves. Por el contrario, si se utiliza la técnica de recuerdos relevantes, que consiste en pedirle al participante específicamente que aporte un recuerdo importante o un evento emocional positivo, lo más probable es que proceda de la etapa de la juventud. Otros trabajos también han observado que existen claras diferencias entre estos métodos, así Fromholt et al. (2003), llevaron a cabo un estudio comparativo de ambos métodos de evocación, en el que se observó que el bump de reminiscencia se reflejaba menos en el método de palabras claves, y sin embargo con el recuerdo con claves de palabras se produjo una mayor proporción de recuerdos procedentes de etapas recientes. Una hipótesis que plantean estos autores para ambos efectos es que el método de requerimiento de evocación que se utiliza en los trabajos para una narrativa de vida o para la evocación libre de recuerdos relevantes puede invocar una búsqueda más orientada a relatar una historia de vida canónica y por tanto, es posible que se enfatice el periodo del bump (Conway y Pleydell-Pearce, 2000; Fromholt et al., 2003; Habermas y Bluck, 2001). Por el contrario, las claves de palabras sirven como claves asociativas totalmente aisladas e individuales, que conducen a evocar cualquier tipo de recuerdo que sea más altamente accesible para los sujetos. Ello incluye eventos procedentes del bump, pero también, y en una mayor proporción, recuerdos que son altamente accesibles porque son más recientes.

Por último, el carácter de la prueba AMT que divide el ciclo vital en cinco etapas, podría influir también a la hora de asignar los recuerdos a una etapa. Además, el hecho de que las etapas estén delimitadas únicamente a nivel conceptual y no a nivel cronológico puede suponer una limitación tanto para el sujeto como para el propio evaluador, ya que pueden surgir dudas acerca de la etapa o edad real a la cual se está refiriendo la persona cuando evoca un recuerdo. Es más, como se venía comentando, la propia literatura no es unánime a la hora de ubicar la etapa real del bump de reminiscencia. Hay estudios que lo ubican en la década de los veinte, mientras que otros estudios lo ubican por la tercera década (Rubin y Schulkind, 1997a).

Es importante señalar que existen diferentes aproximaciones que tratan de dar explicación al fenómeno del bump, destacando: (1) la teoría de la formación de la identidad

(Conway y Pleydell-Pearce, 2000); (2) la teoría del guión de vida (Berntsen y Rubin, 2004; Rubin y Berntsen, 2003); (3) la teoría cognitiva (Pillemer, 2001; Robinson, 1992; Rubin et al., 1998); (4) la teoría de las habilidades cognitivas (Janssen, Kristo, Rouw y Murre, 2015); y (5) la teoría de la historia de vida (Glück y Bluck, 2007; Bluck y Habermas, 2000, 2015; Janssen y Murre, 2008; Rubin et al., 1998).

La teoría de la formación de la identidad es una de las teorías más citadas en la literatura y está basada en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. Concretamente, las dos etapas donde se desarrolla la identidad, adolescencia y adultez temprana, serían las etapas coincidentes con el bump.

La teoría del guion de vida, se basa en un esquema de eventos normativos que se espera que ocurran a la mayoría de las personas. En otras palabras, este modelo asume que las personas tienen un guion interno de aquellos eventos que conforman un curso esperado de la vida, y lo utilizan cuando quieren acceder a un recuerdo. Así pues, dicho guion actúa como una plantilla para la evocación de aquellos eventos que asociamos con cada fase vital. Ambas teorías, tanto la de formación de identidad como la referente al guion vital, podrían explicar el pico de recuerdo en la juventud y adultez temprana utilizando el método por evocación de recuerdos relevantes. Sin embargo, estas teorías no pueden explicar de la misma manera la curva de recuerdo obtenida con el método por clave de palabras, donde no es tan evidente el pico de recuerdo en juventud, coincidiendo con sus propios autores (Berntsen y Rubin, 2004).

La teoría cognitiva, por otro lado, plantea que los eventos que tiene lugar en adolescencia y adultez temprana se caracterizan por ser eventos que representan un momento temporal de cambio y se caracterizan por ser eventos novedosos. A nivel cognitivo, el carácter novedoso de estos eventos los hacen más susceptibles de ser recordados en el futuro, presentando beneficios mnemotécnicos (Rubin et al., 1998). Esta teoría se basa más bien en procesos de codificación y retención, que en procesos de evocación, por lo que no terminaría de explicar totalmente la formación del bump. Una de las explicaciones podría ser que dada las características de los eventos, haya más porcentaje de recuerdos codificados de esa etapa que de otras, por lo tanto la probabilidad de evocarlos es mayor.

La teoría de las habilidades cognitivas se basa en que los eventos que proceden de la etapa del bump fueron codificados más eficientemente que aquellos codificados en otras etapas, debido principalmente a que en dicho periodo las capacidades cognitivas están en su máximo pico de efectividad, con un punto de inflexión localizado en torno a los 20 años. Esta teoría tiene la misma limitación que la anterior, que se centra en los procesos de codificación, sin hacer referencia a los procesos de evocación.

Por último, la teoría de la historia de vida, integra las cuatro teorías anteriores. Este planteamiento parte de que la adolescencia y la adultez temprana es un único periodo de crecimiento continuo. Esta etapa, representa un momento de desarrollo cognitivo, y en ella se desarrollan y nuevas habilidades y técnicas, que conducen a la ocurrencia de eventos distintivos y novedosos en este periodo (Koppel y Berntsen, 2015); además, ocurren eventos significativos que son centrales para el desarrollo de la identidad de la persona; y por último, ocurren eventos culturalmente esperados y normativos, que son comunes en todas las personas.

Además que en esta etapa las personas toman las riendas y el control de su vida, tomando importantes decisiones que en muchas ocasiones determinaran su futuro. Desde esta aproximación, se defiende la individualidad por encima del carácter cultural a la hora de evocar unos recuerdos por encima de otros. Éstos consideran que un evento significativo tiene que ser considerado a nivel personal como un punto de transición en la propia vida para ser recordado (Glück and Bluck, 2007); Demiray, Gülgöz y Bluck, 2009).

Por lo tanto aquellos eventos más susceptibles de recordar serían (1) eventos que son recordados como significativos por haber ejercido control en la propia vida y (2) aquellos acontecimientos relevantes que los propios sujetos consideran que han influido en su desarrollo a lo largo del tiempo.

Centrándonos ahora en el grupo de DCL los resultados fueron muy similares al grupo de Sanos, eso sí, aportando una menor cantidad de recuerdo en determinadas etapas como se verá en la siguiente hipótesis. La explicación para este grupo se basa en las mismas premisas que para el grupo de Sanos. Sin embargo, la patología leve que padecen estos sujetos afecta en gran medida a la especificidad del recuerdo, sobre todo a aquellos más recientes, ya que se encuentran en una fase temprana de la enfermedad. Cuando hablamos

de recuerdos recientes, se hace referencia a la amnesia anterógrada que sufren estos pacientes, y que les incapacita en gran medida a la hora de registrar nuevos recuerdos desde que surge la enfermedad degenerativa. No obstante, los recuerdos que tuvieron lugar antes de la enfermedad, y que están consolidados en el cerebro, no se pierden repentinamente, sino que permanecen relativamente conservados, y van perdiéndose conforme avanza la enfermedad. Aquellos que permanecen dependientes del hipocampo (recuerdos episódicos, o muy recientes) serán más susceptibles de perderse, mientras que aquellos que hayan sido consolidados en la corteza cerebral (recuerdos semantizados de carácter general), caracterizados por ser recuerdos más significativos, evocados con más frecuencia, y de carácter más remoto, permanecerán hasta fases más avanzadas.

En el grupo de EP y EA en cambio, sí que se aprecia claramente el pico de recuerdo en la etapa de juventud, decreciendo la cantidad de recuerdo en la etapa de adultez y aumentando levemente en la etapa de vejez.

Con respecto al grupo de Alzheimer se esperaba que no se mantuvieran recuerdos procedentes de la etapa de vejez, teniendo en cuenta que la memoria más afectada en esta patología es la memoria reciente. No obstante, si tenemos en cuenta como cursa el avance de la demencia, inicialmente, los déficits que afectan a la M.A. se evidencian por la inaccesibilidad o pérdida de recuerdos, y en fases más avanzadas, por la pérdida de detalles en las memorias recordadas, así como un deterioro en la estructura temporal. Autores como Fromholt y Larsen (1991) plantean que aquellos eventos que marcan transiciones en las vidas de las personas, también conocidos como puntos de referencia, son menos susceptibles de ser olvidados en comparación con aquellos eventos menos relevantes.

Y estos eventos significativos, totalmente instalados en nuestro cerebro por formar parte de nuestra identidad, no forman parte exclusivamente de la etapa de juventud. Por ejemplo, McAdams (1987) y Robinson y Taylor (1998) puntualizaron que además de la juventud como punto esencial en la vida de una persona, los cambios en la adultez que ocurren en las últimas etapas de la vida (experiencias de separación, muerte de seres queridos, etc.) también son relevantes y resultan necesarias para la definición del self y el desarrollo de nuevas narrativas de vida. Así pues, estos periodos de vida también podrían contener recuerdos autobiográficos significativos que definan la identidad (Addis y Tippett,

2004). Es probable que estos recuerdos, sobre todo los procedentes de etapas más recientes, se recuerden de forma vaga e imprecisa, debido a la patología que afecta fuertemente a la especificidad, pero todavía quedan resquicios de dichos eventos.

En el caso del grupo de Parkinson, además de lo ya comentado, la etapa de vida reciente todavía es más significativa para este grupo, ya que probablemente coincida con el diagnóstico de la enfermedad, hecho que hace que los sujetos se replanteen su vida, y por ende exista un proceso de reformulación de la propia identidad. Probablemente, estos sujetos, al ser conscientes de la enfermedad y mantener en este momento las capacidades cognitivas relativamente intactas, den una mayor importancia al curso del presente y a los acontecimientos vividos en los últimos meses.

La última hipótesis (H.3.4.2.) de este objetivo planteaba que, al comparar los grupos, se observarían diferencias significativas en la etapa de vejez al comparar Sanos con DCL y EA (siendo significativamente mayor en grupo de Sanos), pero no entre DCL con EA, ni entre Sanos y EP.

La hipótesis se cumple parcialmente ya que los resultados muestran diferencias significativas entre la cantidad de recuerdo aportada en la etapa de vejez entre el grupo de Sanos y EA, siendo mayor la cantidad aportada por Sanos. No obstante, el grupo de DCL no se diferencia ni de Sanos ni de EA, por lo que este queda situado una vez más en una posición central entre la ausencia de patología y el deterioro inminente. Lo mismo ocurre con el grupo de EP en cuanto a la etapa de vejez, siendo similares sus resultados al del grupo de DCL.

Estos resultados evidencian una vez más el deterioro de la memoria reciente que presentan los sujetos con Alzheimer, comparado con el grupo de Sanos. Aun así, como hemos visto en la hipótesis anterior, este grupo, al igual que el de DCL, todavía es capaz de aportar información de su etapa de vejez, independientemente del nivel de detalle o especificidad que aporten los sujetos, aspecto que no se valora en función de la etapa en este trabajo.

Ténganse en cuenta que la etapa de vejez en adultos de 75-85 años se extiende entre 10 y 20 años, tomando como punto de partida los 65 años de edad. Por ello, y partiendo de estos resultados, aun teniendo en cuenta la amnesia anterógrada que sufren estos

pacientes, es probable que existan recuerdos muy significativos de las dos últimas décadas (vejez) que tuvieron lugar antes de que surgiera la enfermedad y que es probable que todavía queden resquicios de estos recuerdos. Es por esto que los sujetos aún son capaces de evocar recuerdos de su vejez, a pesar de que la mayoría de las veces se trata de mera información descriptiva, sin contexto y escasa de detalles.

Discusión Objetivo 4.

El objetivo 4 tenía como meta analizar la relación entre las pruebas AMI y AMT y distintas variables cognitivas y emocionales. Para las variables cognitivas se establecieron objetivos e hipótesis en función de cada prueba (AMI y AMT). Para las variables emocionales sin embargo, se planteó un análisis de carácter exploratorio, también en función de cada prueba

En primer lugar (4.1.), con respecto a la relación entre variables cognitivas y la prueba AMI, se establecieron dos hipótesis (una para memoria episódica y otra para memoria semántica).

La primera hipótesis (4.1.1.) planteaba que la cantidad de recuerdo episódico correlacionaría con las pruebas que miden memoria general (TAVEC, Dígitos directos, Figura de Rey diferida) funciones ejecutivas (Dígitos inversos, Fluencia verbal, Evocación categorial, Figura de Rey copia y Stroop), así como con el MMSE y la prueba de vocabulario del WAIS.

Esta hipótesis se cumple, ya que correlaciona con las pruebas de memoria, exceptuando la escala de dígitos en orden directo. Además, correlacionó con todas las escalas que medían funciones ejecutivas: Fluencia verbal y evocación categorial, TAVEC directo y diferido, Figura de Rey copia y diferido, Stroop y Dígitos en orden inverso. Además también correlaciona con las escalas WAIS y MMSE.

La segunda hipótesis (4.1.2.) indicaba que la cantidad de recuerdo semántico correlacionaría con la prueba de vocabulario WAIS, con las pruebas que miden memoria general, así como con las escalas de fluencia verbal y evocación categorial. , En este caso, los resultados también coinciden con lo planteado en cuanto a fluencia verbal y evocación categorial así como las pruebas de memoria, salvo para la prueba de dígitos directos, que no

mostró una relación significativa. Cabe destacar que además, también se obtuvieron relaciones significativas para el resto de las escalas que medían funciones ejecutivas.

Es evidente que existe una base cognitiva en la memoria autobiográfica que engloba diferentes procesos y habilidades. Esta evidencia ha sido planteada en numerosas investigaciones, según las cuales, la M.A. incluye a la hora de recordar procesos visuales, auditivos, olfativos, gustativos, de tacto, de lenguaje y además también se relaciona con contenido espacial, temporal, emocional y narrativo. Ello implica que la presencia de déficits en estas capacidades cognitivas conducirá a deficiencias en el contenido fenomenológico de la M.A. (Jassen et al., 2015).

Estos procesos cognitivos se ven reflejados en áreas cerebrales que se activan en el momento en el que las personas evocan recuerdos autobiográficos. Entre ellas se encontrarían la corteza lateral prefrontal, donde se localizan los procesos que referencia a uno mismo; el hipocampo y el LTM, que se encarga de la recolección de detalles específicos del recuerdo; la amígdala, que procesa las emociones del evento; y las regiones occipitales que entre otras son las encargadas de procesar la imagería visual. Aunque cada uno de estos sistemas tiene sus propias funciones, procesos y sustratos neurológicos, éstos interactúan entre sí para dotar de forma y contenido al recuerdo autobiográfico.

Según este planteamiento, las personas que mantengan sus capacidades cognitivas correctamente preservadas, procesaran la información de manera efectiva y este hecho les facilitara la formación y evocación de los recuerdos autobiográficos. Por ende, aquellas personas que sean menos capaces de almacenar y recuperar información verbal o visoespacial, presentarán dificultades a la hora de evocar recuerdos que tengan que ver con su pasado personal (Janssen et al., 2015).

Las evidencias científicas que han corroborado esta relación son múltiples. Hace décadas Holland ya sugirió, basándose en sujetos que padecían depresión, que podría existir una relación entre el recuerdo sobregeneralizado y las habilidades cognitivas deterioradas por esta psicopatología. Posteriormente, numerosos estudios han encontrado relaciones significativas entre determinadas habilidades cognitivas y la MA, siendo algunos ejemplos de ello la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo o la memoria episódica. (Clarys, Bugajska, Tapia y Baudouin, 2009; Hertzog, Dixon, Hultsch y MacDonald, 2003; Park et al.,

1996). Destaca el trabajo llevado a cabo por Janssen et al. (2015), quien comprobó la relación existente entre la memoria verbal y visoespacial y la generación y evocación de recuerdos autobiográficos encontrando relaciones significativas entre ambas capacidades. Varios estudios han observado que la especificidad del recuerdo autobiográfico en personas mayores está relacionada con otras habilidades cognitivas, sobre todo con las funciones ejecutivas (Beaman, Pushkar, Etezadi, Bye y Conway, 2007; Holland y Rabbitt, 1990; Piolino et al., 2010). Concretamente, el estudio llevado a cabo por Piolino et al. (2010) obtuvieron evidencias acerca de que la especificidad del recuerdo autobiográfico depende de las funciones ejecutivas, concretamente de las funciones de actualización e inhibición de la información. Estos autores también destacaron que la relación dependía específicamente de las capacidades cognitivas y no de la edad de los sujetos.

Con respecto a la función mnésica, es evidente la relación que existe entre ambos tipos de recuerdo autobiográfico y las pruebas que miden memoria, partiendo del hecho de que el recuerdo autobiográfico es un subtipo de la memoria a largo plazo. Por ende, un déficit en este tipo de memoria podría afectar a la evocación de eventos relacionados con nuestra vida. Además, a pesar de que la memoria en muchos casos se define como un conjunto de capacidades independientes que tienen como objetivo retener información (Squire, Knowlton y Musen, 1993) es indiscutible que los diferentes sistemas mnésicos se relacionan entre sí. Por ejemplo, la información almacenada a largo plazo, primero tiene que ser procesada como memoria a corto plazo, y previamente tiene que haber sido procesada por la memoria de trabajo. Cuanto más tiempo permanezca la información mantenida a corto plazo, mayor probabilidad habrá de que sea transferida a largo plazo. Estas interacciones podrían causar diferencias individuales en las habilidades cognitivas y podrían predecir otros tipo de capacidades cognitivas (Janssen et al., 2015) como es el caso de la memoria autobiográfica.

En cuanto a las funciones cognitivas, se esperaba que correlacionaran únicamente con la M.A. episódica, ya que la relación entre funciones ejecutivas y especificidad del recuerdo ha obtenido mucho apoyo, como ya se ha nombrado anteriormente. Sin embargo, con memoria semántica solo se esperaban correlaciones con las pruebas de fluencia verbal y evocación categorial, dado el carácter semántico de estas pruebas y de este tipo de

memoria. Los resultados en realidad muestran que la M.A. semántica también correlaciona con el resto de escalas que miden función ejecutiva, por lo tanto, al menos en este estudio, tanto la M.A. episódica como la semántica están relacionadas con dichas capacidades.

Estos resultados pueden parecer, en un principio, chocantes ya que todos los estudios han centralizado el protagonismo de las funciones ejecutivas en la especificidad de recuerdo autobiográfico episódico, sin embargo, no hay que perder de vista que en la prueba AMI los sujetos son preguntados por conceptos semánticos: nombres de sus amigos de la infancia, direcciones de residencia, padrinos de boda, etc. Este tipo de información, a pesar de no poseer detalles fenomenológicos ni información detallada del contexto, sí que posee un carácter único y exclusivo, que hace que la búsqueda dependa también de los sustratos neurológicos dependientes de las funciones ejecutivas, ya que también se precisa de la función de actualización e inhibición para desechar información que no responde a la pregunta. Por ello, es de destacar como las pruebas de fluencia verbal o evocación categorial, que miden la capacidad de acceso y evocación de elementos del almacén léxico y semántico, correlacionan con este tipo de conocimiento autobiográfico. En resumen, son varios los procesos cognitivos que se activan en el desarrollo de la tarea, como la atención, la memoria semántica, la velocidad de procesamiento de la información, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo (Ruff et al., 1997).

Diferentes estudios que han evaluado esta relación han encontrado resultados dispares. Por ejemplo, existen estudios que muestran una relación significativa entre estos dos conceptos: fluencia verbal y M.A. semántica (Eustache et al., 2004; Moses et al., 2004); también entre la fluencia verbal y la memoria episódica (Greene et al., 2005), existen estudios que obtienen relación con ambas, episódica y semántica (Sartori, Snitz, Sorcinelli y Daum, 2004), o con ninguna (Ivanoiu et al., 2006).

Con respecto a la escala WAIS, se esperaba que ambos tipos de memoria mostraran relaciones significativas con ésta, y así se ha revelado en los resultados. Era de esperar ya que dicha prueba refleja entre otras habilidades, la capacidad de aprendizaje, la evocación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica. Se esperaba que se relacionara con ambos tipos de memoria porque dichas aptitudes son necesarias para la formación de recuerdos autobiográficos y por ende, para el correcto desempeño de la prueba AMI, tanto

en la parte episódica como en la parte semántica.

En segundo lugar (4.2.), con respecto a la relación entre las variables emocionales y la prueba AMI diferenciando el recuerdo episódico y semántico, se realizó un análisis de carácter exploratorio. A continuación se exponen y explican las correlaciones significativas que resultaron de dicho análisis.

Con respecto al recuerdo episódico del AMI, se obtuvieron relaciones significativas entre éste y la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas. Por otro lado, con la escala EBR de bienestar, se obtuvieron relaciones significativas con la dimensión de relaciones positivas y crecimiento personal y con autonomía. Además, también se obtuvieron relaciones significativas con la escala de resiliencia BRCS y con la dimensión de evitación del CAE.

La relación entre recuerdo autobiográfico y un enfoque de afrontamiento centrado en la solución de problemas es esperable, y respaldada durante años por la investigación científica en el tema; un correcto acceso a los recuerdos autobiográficos permite a las personas valerse de su experiencia personal en situaciones pasadas para hacer frente a problemas del presente. Por el contrario, un acceso deficiente limitará a los sujetos a no poder disponer de ejemplos vitales de situaciones similares que le proporcionen ayuda para resolver conflictos en la actualidad.

Con respecto a la escala de bienestar, concretamente a las dimensiones de relaciones positivas, crecimiento personal y autonomía han mostrado relaciones significativas, existen varias explicaciones que pueden dar cabida en esta relación. Para empezar, la manera en la que recordamos el pasado influye indudablemente en cómo nos vemos a nosotros mismos, y por ende afecta a nuestro bienestar general. Un correcto acceso a los recuerdos procedentes de la historia vital, permiten a las personas mantener el sentido de identidad preservado, proporcionando información sobre quiénes son, de dónde vienen, qué objetivos y metas tienen, etc. Los recuerdos autobiográficos permiten a las personas crear un continuum entre el pasado, el presente y el futuro, lo que asegura un mantenimiento del crecimiento personal, ya que la persona siente que sigue desarrollándose a lo largo del tiempo; ello explicaría la relación existente entre M.A. episódica y crecimiento personal.

Por otra parte, la memoria autobiográfica proporciona a los sujetos experiencias de

diversas temáticas que posibilitan crear lazos con otras personas de la misma o diferente generación. Es decir, que una persona recuerde eventos específicos de su vida le permitirá que pueda compartir dicha información con amigos, familiares u otras personas, mejorando así las relaciones sociales y ofreciendo oportunidades para crear nuevas relaciones interpersonales satisfactorias y de confianza. Ello explicaría la correlación entre M.A. y la dimensión de relaciones personales de la escala de EBR de Ryff.

Por tanto, un correcto acceso a los recuerdos autobiográficos mantiene la identidad y sirve de guía a la persona para saber quién ha sido y quien quiere ser, ofrece herramientas para afrontar distintos problemas basándose en experiencias previas, sumado a un mantenimiento de las relaciones sociales, y motivado por un sentimiento de crecimiento personal, permite el desarrollo de un mayor sentimiento de autonomía, que hace que las personas mayores que mantienen dichas capacidades, se consideren personas independientes y autodeterminadas, capaz de hacer frente a distintas situaciones.

Analizando investigaciones previas que ponen en manifiesto la relación existente entre M.A. y bienestar psicológico, sale a flote el enfoque teórico sobre las tres funciones básicas de la MA, teoría que se ve plasmada en los resultados obtenidos en este estudio. Aunque ningunas de las funciones que veremos a continuación se basa directamente en el mantenimiento o desarrollo del bienestar, no se puede negar la estrecha relación que existen entre cada una de ellas y este concepto. Dichas funciones son la definición del Self, la creación y el mantenimiento de relaciones sociales y la función de dirigir el comportamiento futuro (Bluck y Alea, 2011). La función del self hace referencia a cómo la M.A. ayuda a las personas a entender quiénes son, y a crear un representación de sí mismos estable y duradera a lo largo de su ciclo vital (Bluck, 2003; Conway, 2005; Wilson y Ross, 2003). La función social implica el uso de los recuerdos autobiográficos para crear y mantener la confianza con otras personas compartiendo recuerdos personales, a la par que se crean una historia compartida entre personas. Esta función posee un carácter adaptativo ya que ayuda a crear redes de apoyo social que facilitan un bienestar psicológico y emocional positivo (Bluck et al., 2005; Fivush, Haden y Reese, 1996; Waters, Shallcross y Fivush, 2013). Por último, la función directiva hace referencia al uso de información autobiográfica a la hora de tomar decisiones, que proporcionan información sobre aspectos relevantes de la vida en el

pasado (Krans, Näring, Becker y Holmes, 2009; Pillemer, 1998, 2003). En resumen, podemos afirmar que el recuerdo autobiográfico sirve de base para el bienestar psicológico positivo, aflorando sentimientos de crecimiento personal, autonomía y relaciones positivas con el entorno.

Con respecto a la resiliencia y su relación con la MA, dados los diferentes problemas a los que se enfrentan regularmente las personas mayores, con su potencial de agravarse conforme avanza la edad, la resiliencia es especialmente importante en el final de la vida. Las personas mayores en la mayoría de los casos cursan dicha etapa de la vida haciendo frente a situaciones complicadas (enfermedades, pérdida de capacidades, duelos por la pérdida de algún ser querido...) siendo necesario poner en marcha estrategias, de manera consciente o inconsciente, que les permiten no solo hacer frente a estos problemas, y les permitan superar dichas situaciones adversas. La información episódica ofrece información sobre situaciones previas que pueden ser la base pasada para la superación actual o futura; además, las situaciones resilientes que el sujeto ha debido superar posiblemente tengan una mayor carga emocional lo que facilitaría su recuerdo presente.

Por otra parte, existen evidencias acerca de que aquellos recuerdos más significativos o altamente emocionales podrían tener una función resiliente en el envejecimiento sano y patológico, comparados con otros tipos de recuerdos episódicos (Martinelli, et al., 2013; Martinelli y Piolino, 2009). Por tanto, los recuerdos autobiográficos que dan forma a nuestra identidad, creando una historia de vida coherente son clave para la resiliencia (Alex y Lundman, 2011).

La memoria autobiográfica permite recordar tanto eventos positivos como de elementos conflictivos, lo que ayuda a desarrollar, estrategias de afrontamiento orientadas a mejorar la adaptación ante acontecimientos estresantes, superándolos de manera exitosa, o adaptándose a la nueva situación de manera resiliente. Por lo tanto, la resolución de este tipo de conflictos favorece un envejecimiento más adaptativo, más satisfactorio y más resiliente.

También merece la pena analizar la relación significativa entre M.A. y el afrontamiento por evitación. Esta estrategia incluye la negación y evitación de pensamiento o conductas similares hacia el acontecimiento negativo. Una explicación que encontramos a

esta relación es que las personas mayores podrían estar utilizando estrategias de evitación de aquel contenido que no les aporte ningún bien, como medio de protección emocional. Diversos autores han amparado esta causa como una estrategia de regulación emocional. Una muestra sería el estudio de Charles et al. (2003) que observaron en su estudio experimental la existencia de sesgos atencionales a partir de la evitación de caras que expresaban emociones negativas y prestando mayor atención a caras positivas. Estos autores, bajo el paraguas de la Teoría Socioemocional Selectiva de Carstensen sugieren que los sujetos se centran en objetivos y metas con mayor valor emocional, a la par que alejan o evitan aquella información que no les aporta nada bueno a nivel emocional. En esta línea, una persona mayor que mantiene la capacidad de acceder al material autobiográfico, basado en un mantenimiento de las capacidades cognitivas, utilizará estrategias de evitación para alejar su atención de aquella información más dañina que pueda poner en riesgo su bienestar emocional.

En cuanto a las relaciones significativas entre M.A. semántica y las variables emocionales se han obtenido relaciones significativas entre ésta y las dimensiones de afrontamiento del CAE focalizado en la solución de problemas, y también con evitación y con la búsqueda de apoyo social. Además también se observaron relaciones significativas con la escala de bienestar EBR en crecimiento personal. Y por último, también con la escala de resiliencia. Estos resultados colocan a la M.A. semántica como un recurso relevante a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento, tanto como la M.A. episódica, viendo que los resultados son muy similares entre ambos tipos. También demuestran que este tipo de memoria juega un papel importante en el crecimiento personal así como en la capacidad de ser resiliente en el envejecimiento.

La memoria autobiográfica semántica está formada por conocimientos e imágenes íntimamente relacionadas con el self, como por ejemplo información relevante sobre nuestra identidad, rasgos de personalidad, roles familiares y creencias personales. Estos conocimientos incluyen nombres de personas relevantes, ciudades de veraneo, fechas relevantes, etc. También incluyen rasgos, roles y conocimientos como saber el lugar donde trabaja o vive, si es madre/padre abuelo/abuela, etc. Por tanto el conocimiento semántico es especialmente relevante para el desarrollo y mantenimiento de la identidad. Como ya se

ha visto a lo largo de todo el trabajo, la literatura coincide en que conforme las personas envejecen, la información autobiográfica episódica se vuelve menos accesible, mientras que los recuerdos semánticos se mantienen durante más tiempo (Levine et al., 2002; Piolino et al., 2002).

Por tanto, y coincidiendo con otros trabajos (Bohn y Berntsen, 2011; Klein y Lax, 2010; Prebble et al., 2013; Thomsen, 2009) la memoria autobiográfica semántica juega un papel muy importante en la identidad personal y por tanto, en el bienestar. Otros trabajos enfatizan el rol que la M.A. semántica juega a la hora de organizar y estructurar el recuerdo pasado así como en la construcción de futuros eventos (Bohn y Berntsen, 2011; Irish et al., 2012; Prebble, Addis y Tippet, 2013) dando forma a la historia de vida y manteniendo la identidad personal haciendo frente a los déficits episódicos de una manera claramente adaptativa y resiliente.

Es esta línea, podemos afirmar que la memoria autobiográfica semántica es la forma más resiliente del recuerdo autobiográfico, ya que es el tipo de recuerdo que se mantiene inmune a los déficits del envejecimiento (Levine et al., 2002; Piolino et al., 2002), así como en distintas patologías como amnesia retrograda (Klein y Lax, 2010; Rathbone et al., 2009), depresión (Dalgleish et al., 2007), autismo, (Crane y Goddard, 2008) y demencia tipo Alzheimer (Martinelli et al., 2013).

En relación a la segunda medida estudiada, el AMT, se establecieron diferentes objetivos e hipótesis analizando la relación entre especificidad del recuerdo autobiográfico y las escalas cognitivas (4.3.), en primer lugar.

La primera hipótesis (H.4.3.1.), estipulaba que la cantidad de recuerdo específico correlacionaría positivamente con las escalas de memoria y funciones cognitivas, así como con la puntuación del MMSE y WAIS vocabulario. La hipótesis se cumple observándose correlaciones entre este tipo de recuerdo y MMSE, WAIS, TAVEC total y diferido, figura de Rey copia y diferida, fluencia verbal y evocación categorial y dígitos inversos.

La siguiente hipótesis (H.4.3.2.) planteaba que la cantidad de recuerdo general no mostraría relaciones significativas con las pruebas de memoria ni de funciones ejecutivas. Únicamente correlacionará positivamente con la escala WAIS. Los resultados muestran únicamente correlaciones con la escala WAIS y el TAVEC total, pero no el diferido, por lo que

la hipótesis se cumple de manera parcial.

En la tercera hipótesis (H.4.3.3.) se esperaba que la cantidad de recuerdo vago correlacionase negativamente con MMSE, WAIS y con las pruebas que miden memoria y funciones ejecutivas. La hipótesis se cumple ya que se obtuvieron relaciones significativas negativas entre éstos y prácticamente todas las escalas cognitivas: MEC, WAIS, TAVEC total y diferido, figura de Rey copia y diferido y con dígitos inversos. Por último, se obtuvo una relación positiva entre los recuerdos vagos y los dígitos directos.

Los resultados de estas hipótesis corroboran la influencia de las capacidades cognitivas en el acceso al recuerdo autobiográfico, en especial la función mnésica y las funciones ejecutivas, altamente relacionadas con este tipo de memoria. Esta relación implica que cuanto mejores puntuaciones se obtienen en las pruebas cognitivas, mejor acceso al recuerdo autobiográfico específico existe, mientras que cuanto peores sean esas puntuaciones, mayor probabilidad hay de aportar información vaga y descontextualizada. En un punto intermedio, donde se encuentra el recuerdo generalizado, resulta curioso destacar que este tipo de recuerdos correlacionen con la puntuación total de la escala TAVEC, así como con la escala WAIS. Con respecto a la prueba TAVEC, teniendo en cuenta que la puntuación total mide capacidad de aprendizaje, los resultados invitan a pensar que aquellas personas que todavía conservan esta capacidad, puedan aportar recuerdos autobiográficos de carácter general o específico. Lo mismo ocurre con la escala WAIS, que mide el mantenimiento de las capacidades intelectuales así como la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica. Las personas que mantienen estas capacidades son capaces de aportar recuerdos específicos, o en su defecto, generales. Por tanto, una vez más vemos el recuerdo generalizado como el tipo más adaptativo de recuerdo en aquellos casos donde ya existe un déficit mnésico y/o ejecutivo, ya sea debido a la edad, a una enfermedad cognitiva o a una depresión. Mientras la persona mantenga su capacidad de aprendizaje, medida a través de estas pruebas, todavía será capaz de aportar recuerdos de carácter general o categórico, como medida de compensación a las pérdidas acontecidas. Sin embargo, cuando dicha capacidad de aprendizaje se ve afectada por la enfermedad como es el caso de la demencia tipo Alzheimer, la capacidad para aportar información general se desvanece, obteniéndose

únicamente información vaga.

Por último, respecto a las relaciones entre las variables emocionales y el tipo de recuerdo, así como la valencia, medido a través del AMT, se realizó un análisis de carácter exploratorio (4.4.). A continuación se exponen y explican las correlaciones significativas, en primer lugar con respecto al tipo de recuerdo y posteriormente con respecto a la valencia.

Con respecto al tipo de recuerdo específico, éste mostró correlaciones significativas con las dimensiones de crecimiento personal y autonomía, de la escala de bienestar. Por otro lado, en referencia al recuerdo general se obtuvo, una relación significativa con la escala de depresión CES-D además de correlacionar con la dimensión de autofocalización negativa de la escala de afrontamiento CAE. Por último, la cantidad de recuerdo vago mostró una correlación negativa con la escala de resiliencia BRCS, además de una relación significativa también de carácter negativo con la dimensión de crecimiento personal, procedente de la escala EBR.

La asociación del bienestar personal con una tendencia al recuerdo específico, y por el contrario, sintomatología depresiva asociada al recuerdo general o vago ha sido respaldada por la literatura en numerosos estudios. Uno de los más conocidos es el caso de la teoría de la Sobregeneralización de la Memoria Autobiográfica (OAM) planteada por Williams et al., (1996). Según esta teoría, las personas que presentan síntomas de depresión o desesperanza, tienden a generar mayor cantidad de recuerdos sobregeneralizados. Este autor se basa en que los sujetos con diagnóstico de depresión pierden la capacidad de evocar recuerdos específicos, convirtiéndolos en generales o vagos dada la minimización de los detalles (Conway y Fthenaki, 2000; Hodges y McCarthy, 1993).

Estos resultados pueden deberse a que los sujetos que presentan sintomatología depresiva, tiendan a hacer uso de la estrategia de rumiación o bien de evitación funcional planteada por Williams et al., (2007) en su modelo CarFaX. A través de esta estrategia, y dada la correlación con la estrategia de afrontamiento de autofocalización negativa, es probable que aquellos sujetos con mayor puntuación en depresión, estén utilizando mecanismos de rumiación que les evita poder acceder al recuerdo específico, generando una sobregeneralización del recuerdo. ¿Cómo afecta la rumiación o la autofocalización negativa al recuerdo autobiográfico? Tal y como explica Williams et al. (2007) cuando las personas

focalizan toda su atención y recuerdos cognitivos en rumiar determinada información, a menudo negativa, sufren dificultades para poder acceder a otros recuerdos diferentes, ya que los recursos atencionales están focalizados en otro sitio, lo que él denominó bloqueo mnemotécnico. Esto da lugar a que dichos sujetos se queden en niveles más generales del conocimiento autobiográfico, generando recuerdos más sobregeneralizados, generalmente faltos de detalle e información contextual.

Si bien es cierto, este trabajo no incluye en su muestra sujetos con diagnóstico de depresión, debe tenerse en cuenta que algunos autores han observado el fenómeno OAM en sujetos sin diagnóstico clínico de depresión (Raes et al., 2007; Raes, Watkins, Williams y Hermans, 2008). La información proporcionada por estas muestras que no están diagnosticadas de trastornos emocionales puede ser muy útil desde un punto de vista preventivo, ya que un recuerdo autobiográfico sobregeneralizado en sujetos no depresivos, podría predecir futuros problemas en el estado de ánimo (Williams et al., 2007).

También es interesante la relación existente entre recuerdo específico y bienestar emocional, concretamente en las escalas de crecimiento personal y autonomía. Si partimos de la premisa de que la memoria autobiográfica sobregeneralizada puede indicar la posible presencia (presente o futura) de trastornos depresivos, también puede ocurrir lo contrario, es decir, es probable que la presencia de recuerdos autobiográficos específicos actúe como factor protector emocional, previniendo síntomas depresivos.

Por último, la relación significativa y negativa existente entre cantidad de recuerdo vago y resiliencia nos demuestra la importancia de poder acceder correctamente a los recuerdos autobiográficos para un envejecimiento adaptativo y resiliente. El acceso a la historia de vida implica un contacto constante con nuestra identidad, pudiendo hacer uso de nuestros recuerdos para hacer frente a situaciones del día, relacionarnos a nivel social, o simplemente recordar quienes somos y a donde nos dirigimos. Un deficiente acceso a los recuerdos, nos hace más vulnerables impidiendo el desarrollo personal del sujeto.

Con respecto a las relaciones existentes entre la valencia del recuerdo y las variables emocionales, destaca que la cantidad de recuerdo de valencia negativa correlacionó significativamente con la escala CES-D así como con la dimensión de expresión emocional abierta del CAE que se plantea como una estrategia desadaptativa; la cantidad de recuerdo

de valencia positiva correlacionó con la escala de bienestar psicológico, en las dimensiones de autoaceptación así como en la de propósito con la vida. Además, también se obtuvo relaciones positivas con la escala de afrontamiento CAE en la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas así como en búsqueda de apoyo social. Por último, la cantidad de recuerdo de valencia neutra correlacionó negativamente con la estrategia de afrontamiento expresión emocional abierta, y con las estrategias adaptativas de afrontamiento focalizado en la solución de problemas, reevaluación positiva, y búsqueda de apoyo social; Además correlacionó negativamente con la escala de resiliencia.

Desde un planteamiento global, los resultados señalados pueden tener su base explicativa en la teoría conocida como Memoria Congruente con el Estado de Ánimo. Según esta teoría, es más fácil recordar información que posea un carácter emocional similar al estado de ánimo que se posee en el momento de la evocación. En esta línea, una persona deprimida tenderá a recordar información negativa, ya que esta información es coincidente con cómo se siente, sus expectativas y su modo de ver la realidad. Por el contrario, una persona que se sienta alegre, feliz y satisfecha tenderá a evocar más recuerdos de carácter positivo.

La investigación ha demostrado en varias ocasiones que, por ejemplo, aquellos sujetos deprimidos dirigen su atención principalmente hacia los estímulos negativos (Matthews y Harley, 1996; Williams et al., 1996); recuerdan más información negativa que positiva (Blaney, 1986; Matt, Vazquez y Campbell, 1992); e interpretan la información neutra como negativa de manera mucho más frecuente que las personas que no presentan estas patologías (Williams, Conner, Siegle, Ingram y Cole, 1998; Watkins, 2002). Por tanto, el estado emocional que presenta el sujeto en el presente podría determinar hacia donde dirige la atención a la hora de recordar o interpretar información.

Esta teoría podría explicar que las personas que han puntuado alto en recuerdos autobiográficos con valencia emocional negativa, también hayan puntuado alto en sintomatología depresiva, medida a través de la escala CES-D. Así mismo, también explicaría que aquellas personas que han puntuado alto en recuerdos con valencia positiva, también hayan obtenido puntuaciones altas en bienestar, concretamente en las dimensiones de autoaceptación y propósito con la vida. Además, estas personas también han puntuado alto

en las estrategias de afrontamiento centrado en la solución de problemas, y en apoyo social, lo que invita a pensar que los recuerdos positivos son lo que utilizan aquellas personas que se apoyan en sus experiencias previas para hacer frente a conflictos o situaciones difíciles en el presente. Igualmente en cuanto a apoyo social, es probable que aquellas personas que recuerden su pasado de una manera más “positiva” tengan mayor facilidad para desarrollar relaciones sociales y apoyarse en esta a la hora de hacer frente a un problema.

Por último, los recuerdos de valencia neutra, es decir, que no guardan relación con contenido ni positivo ni negativo para la persona, correlacionaron negativamente con varias estrategias de afrontamiento como solución de problemas, apoyo social, expresión emocional abierta o reevaluación positiva. Este tipo de recuerdos suelen estar “vacíos” de contenido emocional. Sin embargo, la relación existente entre estado emocional y M.A. es bidireccional, y de la misma manera que las emociones influyen en el recuerdo autobiográfico, éste también podría ser utilizado para modificar nuestro estado de ánimo en el presente. Es decir, la M.A. podría ser utilizada como un factor regulador de las emociones en el presente.

Discusión Objetivo 5.

El objetivo 5 pretendía desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales teniendo en cuenta el estado de ánimo para analizar las relaciones entre un factor de funciones ejecutivas, la memoria autobiográfica episódica del AMI y la capacidad de solucionar problemas de forma adaptativa. En esta línea, se planteó una hipótesis que predecía que las funciones ejecutivas serán un predictor de la capacidad de adaptación del sujeto en solución de problema, estando mediada esta relación por el recuerdo autobiográfico de tipo episódico. Tal y como se pudo comprobar a través de los resultados del modelo la hipótesis se cumple.

Estos resultados, refuerzan la teoría que asocia las funciones ejecutivas con la capacidad de enfrentarse a un problema. Tal y como aboga la literatura, las funciones ejecutivas están formadas por el conjunto de diferentes procesos mentales entre los que se encuentran la memoria de trabajo, la orientación, las funciones atencionales, la inhibición, el control de respuestas ante situaciones determinadas y la supervisión de la conducta en

referencia a estados motivacionales y emocionales. Todas estas funciones sirven para modular otras capacidades entre las que se encuentra la capacidad del individuo para hacer frente a una situación o problema concreto (Tirapu, Muñoz-Céspedes y Pelegrín, 2002).

Pero ¿qué papel juega la memoria autobiográfica episódica? Las funciones ejecutivas, especialmente la memoria de trabajo están implicadas en la recuperación del recuerdo autobiográfico, tanto en los procesos de reconstrucción del recuerdo como en los procesos de verificación. Esta capacidad permite a los individuos acceder al conocimiento autobiográfico específico, a nivel sensorial y perceptual, por ejemplo a través de imágenes revividas o emociones. Las funciones ejecutivas se encargan de controlar y monitorizar el flujo de la información, a la par que se encargan de inhibir el resto de procesos o datos irrelevantes. En esta línea, autores como Conway y Pleydell-Pearce (2000) plantearon que los procesos de inhibición y actualización de la memoria de trabajo eran esenciales en el acceso al recuerdo autobiográfico específico.

Williams (1996) fue uno de los pioneros en apoyar la relación entre la memoria autobiográfica y las funciones ejecutivas. En esta línea y, basándose en el planteamiento de recuerdo bloqueado, aportó a la investigación distintas ideas que podían ser de interés. La primera de ellas afirma que, si existe un déficit en los controles ejecutivos, el individuo presentará dificultades para inhibir las descripciones categóricas y por tanto, le será difícil acceder al nivel específico de recuerdo. El segundo apunte plantea que las señales o claves específicas (concretas e imaginables) que derivan del contexto en el que tuvo lugar el evento recordado, ayudan al sujeto a interrumpir el ciclo de búsqueda categórica y acceder al nivel específico (Mark et al., 1992). Por último, planteó que al recuperar recuerdos, las exigencias de búsqueda más autofocalizadas hacen que sea más probable el bloqueo del recuerdo y, en consecuencia, la memoria sobregeneralizada; es decir, es más difícil evitar el bloqueo si el recuerdo se refiere a características propias de uno mismo (Singer y Moffitt, 1992).

Otro de los modelos que ponen en relación las funciones cognitivas con el recuerdo episódico es el planteado por Conway y Pleydell-Pearce (2000). Este modelo plantea que el recuerdo generativo requiere el uso de las funciones ejecutivas. Por tanto, déficits en dicha área podrían afectar al recuerdo, tanto al acceso como mantenerlo en la memoria de trabajo. Un déficit en dicha área también podría afectar a los procesos de control que se

encargan de inhibir el material autobiográfico irrelevante durante la búsqueda, así como de mantener el recuerdo en la memoria al final de la búsqueda.

Dicho déficit en el acceso al recuerdo autobiográfico episódico es conocido como sobregeneralización del recuerdo, en referencia a la falta de capacidad para generar eventos específicos que tuvieron lugar en momento y lugar concreto, cuando se le da al sujeto una palabra clave. Las personas tienden a reportar recuerdos extendidos o bien recuerdos categóricos. Este fenómeno se produce debido a que con el bloqueo del recuerdo solo se accede a descripciones generales que conducen a otras descripciones generales intermedias en lugar de acceder a representaciones específicas del evento. Williams (2006) postuló que el bloqueo mnemotécnico está causado por una insuficiencia en la capacidad cognitiva para inhibir el paso de descripciones generales y desplazarse hacia otros recuerdos más específicos. Y planteó un modelo teórico conocido como CarFAX que propone tres mecanismos responsables de la OGM. El primero denominado Captura y rumiación (Car), el segundo Evitación funcional (FA) que conduce a la sobregeneralización a causa de la evitación del proceso de recuerdo debido a estrategias aprendidas como medida de protección emocional y por último las Funciones ejecutivas (X), siendo el deterioro del control ejecutivo debido al déficit en los procesos cognitivos el causante de la sobregeneralización.

El fenómeno de la OGM ha sido estudiado ampliamente en sujetos depresivos (Park, Goodyer y Teasdale, 2002; Raes et al., 2005; Serrano Latorre y Gatz, 2007; Serrano, Latorre, Gatz y Montanes, 2004; Williams, 1996), concluyendo que el estado de ánimo depresivo podía predecir el recuerdo sobregeneralizado. Los sujetos deprimidos, haciendo uso de estrategias de rumiación, o lo contrario, de evitación funcional, bloquean el acceso a determinados recuerdos específicos. En esta línea, el estado de ánimo depresivo también se ha asociado con déficits en el sistema inhibitorio o la atención, ambas funciones dependientes de las funciones ejecutivas (Dalgleish et al., 2007; Mathews y MacLeod, 2005; Power, Dalgleish, y Claudio, Tata y Kentish, 2000; Williams y Broadbent, 1986). La relación entre las funciones ejecutivas y la depresión ha sido observada en distintos estudios, y esta relación puede entenderse de dos maneras: bien que aquellas personas con afección en las funciones ejecutivas podrían ser más vulnerables a la depresión, es decir, el control ejecutivo

es un factor de riesgo en la aparición de la depresión o bien en la recuperación de la depresión (Klein y Boals 2001). También, podría ser que los sujetos que sufren depresión presenten problemas en aquellas tareas que requieran el uso de las funciones cognitivas.

Además del estado de ánimo, otros factores afectan en el recuerdo autobiográfico específico, como la edad, tal y como hemos visto a lo largo de todo este trabajo. Más evidente que la edad, es el deterioro cognitivo causado por patologías neurodegenerativas, motivo que también causa una sobregeneralización del recuerdo autobiográfico. Moses et al. (2004) observaron una reducción de la especificidad en el recuerdo autobiográfico en personas con DCL y con EA moderado. La causa podría ser una vez más un déficit en las funciones ejecutivas, tal y como ya auguraron Greene et al. (1995), el déficit mostrado por estos sujetos a la hora de reexperienciar imágenes o emociones podría estar en parte relacionado con los déficits ejecutivos característicos de esta patología.

En esta línea, en estudios llevados a cabo con sujetos que padecen demencia tipo Alzheimer se ha puesto en evidencia la estrecha relación que existe entre el déficit en el control y la sobregeneralización de recuerdo autobiográfico. En este tipo de patología, desde fases iniciales, existe un deterioro en el área ejecutiva que afecta sobre todo a la capacidad para resolver problemas, a la fluencia verbal y a la flexibilidad cognitiva (Koerts et al., 2012; Lange, et al., 2003). Otros estudios empíricos han mostrado correlaciones significativas entre las puntuaciones en M.A. y pruebas de funciones ejecutivas, tales como tareas duales de procesamiento (pruebas de atención), tareas de fluencia verbal (Della Sala et al., 1993). En trabajos similares, el deterioro en la función ejecutiva también se ha relacionado con la sobregeneralización de la M.A. en EA (Addis et al., 2008; Moses et al., 2004). Por tanto, existe consenso en que el deterioro de la M.A. en la EA es la consecuencia de la disfunción que afecta a las estrategias de organización, elaboración y búsqueda del recuerdo, y no con la pérdida de las representaciones del recuerdo almacenados. Cuando existe un déficit en las funciones ejecutivas, la generación del recuerdo se ve interrumpido, y por tanto la búsqueda es ineficiente, ya que no se puede acceder a los episodios específicos, dando como resultado un recuerdo autobiográfico sobregeneralizado manifestando desproporcionalmente mayor contenido semántico en las reproducciones autobiográficas (Sumner, Griffith, Mineka, Rekart, Zinbarg y Craske, 2011). Diversos estudios han observado una clara relación entre las

capacidades cognitivas y la especificidad de la M.A. en personas mayores (Beaman et al., 2007), mientras que otros estudios como el llevado a cabo por Dalgleish et al. (2007) ha demostrado que la función ejecutiva y en general las capacidades cognitivas predicen directamente la especificidad de la MA; independientemente de la presencia de depresión u otra psicopatología.

Piolino et al. (2010) analizaron de qué manera influían las funciones ejecutivas en el recuerdo autobiográfico, a través de análisis de regresión. Los resultados de este estudio mostraron una relación entre los procesos de inhibición así como los procesos generativos de recuerdo y la memoria autobiográfica episódica. En la misma línea, Hascher y Zacks (1988) relacionan el déficit en el proceso de inhibición en personas mayores con dificultades a la hora de bloquear la información irrelevante que entra a través de la memoria de trabajo. Estudios neuropsicológicos demostraron la implicación de los lóbulos frontales en el recuerdo autobiográfico. Investigaciones con pacientes con daño cerebral (Calabrese et al., 1996; Kapur, 1999; Kopelman, 1989, 2000, 2002; Kopelman y Kapur, 2001; Kroll, Markowitsch, Knight y Von Cramon, 1997; Markowitsch, 1995; Piolino et al., 2003), junto con estudios de neuroimagen funcional con sujetos Sanos (Conway et al., 1999; Fink, Markowitsch, Reinkemeier, Bruckbauer, Kessler y Heiss, 1996; Maguire, 2001; Piolino et al., 2004) han demostrado que la región frontotemporal anterior, la cual es la más frecuentemente lesionada tras el daño cerebral (Levine et al., 2004), juega un papel importante a la hora de recuperar recuerdos autobiográficos del pasado. Sin embargo existen otros estudios que no encontraron relaciones directas entre recuerdo autobiográfico episódico y medidas de funciones ejecutivas ni en sujetos Sanos ni en sujetos con DCL (Berna, Schönknecht, Seidl, Toro y Schróder, 2012; Irish et al., 2010; Leyhe et al., 2009) las discrepancias entre los diferentes estudios pueden ser explicadas por diferencias metodológicas.

Por tanto, la relación entre las funciones ejecutivas y memoria autobiográfica es evidente pero ¿de qué manera media el recuerdo autobiográfico entre las funciones ejecutivas y la capacidad para solucionar problemas?

La relación existente entre la capacidad de resolución de problemas y el recuerdo sobregeneralizado fue observada inicialmente en pacientes deprimidos así como en

pacientes con tendencias suicidas (Schotte, Cools y Payvar, 1990; Marx, Williams y Claridge, 1992; Goddard et al., 1996). Paralelamente, Pillemer en 1992, puso en relación ambos conceptos a nivel teórico, a través de la investigación de las funciones principales del recuerdo autobiográfico a nivel teórico (Bluck et al., 2005). Una estas funciones principales es la función directiva. Esta función engloba la capacidad para utilizar el recuerdo del pasado en forma de opiniones, actitudes, pensamientos y razonamientos a modo de guía del comportamiento en el presente. Es decir, según esta función la memoria autobiográfica nos permite consultar información de cuestiones que resolvimos en el pasado con el fin de solucionar problemas del presente así como predecir futuras situaciones (Baddeley, 1987). Para ello entran en juego las capacidades ejecutivas como la planificación o la toma de decisiones sobre comportamientos y situaciones presentes y futuras.

Varios estudios han respaldado esta relación, observando un déficit en la solución de problemas cuando existía un deterioro de las funciones ejecutivas, lo cual dificultaba el acceso a información específica (Evans et al., 1992; Goddard et al., 1997; Raes et al., 2005; Scott, Stanton, Garland y Ferrier, 2000). Además, los recuerdos autobiográficos específicos son importantes para el desarrollo y el funcionamiento social (Arie, Apter, Orbach, Yefet y Zalzman, 2008; Beaman et al., 2007; Williams, 1996) ya que son recuerdos detallados, que ofrecen un gran número de claves que son de ayuda para crear soluciones a posteriori. Son una fuente que proporciona al sujeto analogías o ejemplos útiles durante el proceso de generar soluciones alternativas ante problemas sociales (Beaman et al., 2007). En una situación social problemática (por ejemplo, tomar una decisión teniendo en cuenta múltiples variables), la capacidad de generar numerosas soluciones alternativas es esencial para el proceso de resolución de problemas y además es un valor predictivo de la calidad de la solución (D'Zurilla y Nezu, 1980).

Este hecho fue inicialmente reportado por Williams y Broadbent (1986) en sujetos suicidas pero también ha sido estudiado en pacientes depresivos (van Vreeswijk y de Wilde, 2004). Por este motivo, es de esperar que aquellas personas que no puedan acceder correctamente a este tipo de recuerdos, como los sujetos depresivos, presenten mayores dificultades para hacer frente a problemas concretos.

Por tanto, los resultados de este objetivo, amparándose en la literatura científica

actual, muestran empíricamente que la capacidad de solucionar problemas de un individuo dependerá de la capacidad de acceso al recuerdo autobiográfico específico, que a su vez dependerá del mantenimiento de sus funciones ejecutivas. Paralelamente, el estado de ánimo, y concretamente la depresión, ejercerá un papel modulador, ya que cuando exista sintomatología depresiva, probablemente se verán mermadas algunas habilidades dependientes del control ejecutivo. Así pues, un déficit en funciones ejecutivas, como pueden presentar las personas que sufren una demencia tipo Alzheimer, o en menor medida un DCL, además de tener una especial dificultad para evocar eventos autobiográficos específicos, también mostrarán una baja capacidad en la resolución de problemas.

Limitaciones del estudio.

En este trabajo existen una serie de limitaciones que podrían condicionar los resultados. En este sentido, y en primer lugar, ambas pruebas que miden Memoria Autobiográfica presentan ciertos aspectos procedimentales que habrían podido influir en la evaluación de este trabajo. Con respecto a la escala AMI cabe decir que ambos tipos de memoria (episódica y semántica) son evaluados de forma diferente, lo que podría generar algunas dificultades de análisis. Referente al AMT consideramos una limitación la categoría de “no refiere etapa” a la hora de evaluar la etapa del recuerdo que aportaba el sujeto. Dicha opción conduce a perder información de muchos sujetos que por sí solos no refirieron oralmente el momento en el que tuvo lugar el recuerdo. Evaluando los recuerdos del AMT también es complicado determinar el tipo de información ya que el libre recuerdo permite mezclar información episódica y general al antojo del sujeto, haciendo más complicado al evaluador determinar el carácter del recuerdo.

En esta línea, y respecto al recuerdo aportado en función de la instrucción dada, debe señalarse que el trabajo de Ford, Rubin y Giovanello (2014) en el que comparaba jóvenes y adultos mayores se pudo comprobar cómo los sujetos jóvenes mostraron un claro componente de especificidad en sus respuestas, mientras que en los mayores no existieron diferencias en los tipos de recuerdo. Si bien según los autores, estos dos patrones diferentes de recuerdo pueden tener su base en la condición de la instrucción (recordar M.A. específicas o generales) tal y como ocurre en ambas pruebas; así, según concluyen en los

adultos mayores la condición de la instrucción no influiría en la recuperación sugiriendo que no mantienen ni implementan las instrucciones de la tarea durante la recuperación; mientras que en los jóvenes que obtienen puntuaciones superiores en especificidad existiría modulación en la recuperación lo que demostraría que utilizan la instrucción de la tarea alterando sus procesos de recuperación de la memoria para que coincidan con las instrucciones.

Dejando las escalas de M.A., consideramos que existe otra limitación de este trabajo que debe tenerse en cuenta. A la hora de valorar la capacidad de hacer frente a un problema que tiene un sujeto, se ha tomado como medida la dimensión de Afrontamiento centrado en la solución de un problema, y no una escala concreta que midiera dicha variable de un modo más específico. Ambas medidas son muy similares, ya que la dimensión del CAE hace referencia a las estrategias que pone en marcha una persona con el fin de modificar la situación conflictiva o problema, por lo que se ha considerado que es una medida válida para estudiar dicha capacidad.

En último lugar, el hecho de incluir el grupo de Enfermos de Parkinson en este trabajo podría ser considerado una limitación ya que se trata de un grupo que no presenta déficit cognitivo como criterio de inclusión, y por ende, no se puede equiparar a los otros dos grupos patológicos (DCL y EA) que sí que presentan un deterioro claro y objetivo. Esta decisión se ha tomado siendo conscientes de dicha limitación, pero confiando en que merecía la pena incluir este grupo, ya que los resultados aportarían información relevante para el desarrollo sintomatológico de la enfermedad, que claramente desembocará en un deterioro cognitivo inminente. En esta línea, los resultados han mostrado información esclarecedora que permite entrever los primeros síntomas que acompañan a la enfermedad, tanto cognitivos, como emocionales, aun cuando no son evidentes a nivel clínico.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

Objetivo 1.

Conclusión 1. El DCL de tipo amnésico puede ser considerado el inicio de una futura enfermedad de Alzheimer, teniendo como factor común el deterioro de la capacidad mnésica y de algunas capacidades dependientes de las funciones ejecutivas.

Conclusión 2. Resulta de vital importancia conocer las áreas afectadas en el DCL así como aquellas preservadas a la hora de plantear intervenciones con sujetos con DCL, con el fin de minimizar el impacto que tiene el deterioro cognitivo en el día a día.

Conclusión 3. Existen síntomas cognitivos, asociados a la enfermedad de Parkinson, que pueden observarse desde fases iniciales, entre los cuales se encuentran los déficits en algunas capacidades ejecutivas, como la planificación viso-espacial, fluencia verbal, recuerdo libre.

Conclusión 4. Las relaciones cercanas positivas de los sujetos con EP son una fuente de bienestar y de apoyo que ayude a sobrellevar las dificultades que conlleva la enfermedad, entre ellas, las consecuencias emocionales de padecer una enfermedad neurodegenerativa.

Conclusión 5. Los sujetos con Parkinson en fases iniciales ponen en valor la autonomía de la que disponen incluso más que los sujetos Sanos. No obstante, con el avance de la enfermedad, y con la agravación de los síntomas, es probable que esta autonomía se vea mermada, siendo necesaria la intervención emocional además de la cognitiva, con el fin de lograr que la persona acepte la enfermedad y se adapte a los cambios que llegan.

Conclusión 6. Es preciso analizar si los bajos niveles de crecimiento personal que poseen las personas con EA son causados por la propia enfermedad o por el entorno que envuelve al paciente. Las personas que se encuentran en el entorno del sujeto con Alzheimer deben plantearse el modelo de atención y cuidados que ofrecen, ya que según el tipo de persona, el nivel de deterioro y otros factores ésta será capaz (a menudo con ayuda) de hacer, decidir, y participar en su propia vida. Si se tiene estos factores en cuenta y se fomenta en la medida de lo posible la autonomía, la identidad y la dignidad de la persona, es muy probable que mejore su bienestar emocional.

Objetivo 2.

Conclusión 1. El conocimiento semántico se preserva durante más tiempo que los recuerdos episódicos, independientemente de la etapa evaluada, e independientemente de si existe o no patología.

Conclusión 2. Los recuerdos procedentes de la etapa de juventud-adulthood se preservan durante más tiempo, sobre todo en aquellos casos donde existe patología degenerativa (DCL, EA y EP), donde se sitúan por encima de los recuerdos recientes. Cabe destacar además, que en la mayoría de los casos el bump es más evidente en los recuerdos semánticos.

Conclusión 3. Los resultados obtenidos en la entrevista AMI por el grupo de DCL sitúan a este en una posición intermedia entre el grupo de Sanos y el grupo de Alzheimer; esto hace que la evaluación de la M.A. pueda ser tomada como una medida de detección eficaz de dicha patología.

Conclusión 4. Los resultados obtenidos en la entrevista AMI muestran que, en general, no existen grandes diferencias entre los sujetos Sanos y los EP en M.A.

Objetivo 3.

Conclusión 1. El sesgo de positividad no es observable al comparar únicamente recuerdos positivos con negativos en personas mayores, si no son comparados con un grupo de jóvenes. Más bien, el sesgo se producirá hacia los recuerdos significativos, que hayan sido relevantes para la persona a lo largo del ciclo vital, y éstos en la mayoría de los casos van de la mano de una alta intensidad emocional, ya sea positiva o negativa.

Conclusión 2. Los sujetos con EP dado el estado emocional negativo en el presente podrían estar promoviendo que los sujetos de este grupo tiendan a recordar mayor cantidad de recuerdos negativos que positivos.

Conclusión 3. Los sujetos con EA mantienen una mejor capacidad de evocación de recuerdos emocionales positivos en comparación con los negativos.

Conclusión 4. Las personas mayores sanas mantienen en general un correcto acceso a los recuerdos específicos, siendo capaces de aportar en la mayoría de los casos referencias temporales y espaciales, refiriéndose a eventos concretos y únicos.

Conclusión 5. Los resultados con DCL apoyan la teoría de que el grupo de DCL muestra un déficit evidente en el recuerdo, pero todavía es capaz de evocar determinados recuerdos específicos.

Conclusión 6. Los sujetos con EA aportan en general recuerdos vagos, siendo incapaces de viajar mentalmente al pasado, ni reexperimentar eventos pasados desde una perspectiva personal, debida probablemente al deterioro severo de la memoria episódica que padecen. Teniendo en cuenta que la M.A. es esencial para el sentido de continuidad del self a lo largo del ciclo vital, es problema que las dificultades para acceder a ésta den como resultado en los sujetos con EA una pérdida de la identidad.

Conclusión 7. En la curva de recuerdo autobiográfico existe un punto de amnesia infantil, siendo dicha etapa la que menor cantidad de recuerdo aporta; existe un pico de recuerdo en juventud existiendo mayor cantidad de recuerdo que en etapas anteriores y existe un pico de recencia muy evidente que hace referencia a la buena capacidad de recuerdo de las etapas más recientes.

Conclusión 8. Utilizando la prueba AMT en Sanos y DCL la etapa de juventud no

destaca por encima de otras como la adultez o la vida reciente. Las claves de palabras conducen a evocar cualquier tipo de recuerdo que sea más altamente accesible para los sujetos. Ello incluye eventos procedentes del bump, pero también, y en una mayor proporción, recuerdos que son altamente accesibles porque son más recientes.

Conclusión 9. Los sujetos con DCL o EA también son capaces de aportar en mayor medida recuerdos procedentes de etapas recientes, además del ya comentado bump, aunque estos recuerdos sean meras asociaciones semánticas o información descontextualizada. Aquellos eventos que marcan transiciones en las vidas de las personas, también conocidos como puntos de referencia, son menos susceptibles de ser olvidados en comparación con aquellos eventos menos relevantes. Y estos eventos significativos, totalmente instalados en nuestro cerebro por formar parte de nuestra identidad, no forman parte exclusivamente de la etapa de juventud.

Objetivo 4.

Conclusión 1. Aquellas personas que mantengan sus capacidades cognitivas correctamente preservadas, tendrán mayor facilidad para la formación y evocación de los recuerdos autobiográficos. Por ende, aquellas personas que tengan dificultades cognitivas, especialmente mnésicas o en las funciones ejecutivas, presentarán dificultades a la hora de evocar recuerdos que tengan que ver con su pasado personal.

Conclusión 2. No solo la M.A. episódica, también la semántica correlaciona con F.E. Aquellos conceptos puramente semánticos de carácter específico también dependerán de las funciones ejecutivas.

Conclusión 3. Un correcto acceso a los recuerdos autobiográficos se relaciona con el mantenimiento de la identidad, con la capacidad de afrontar distintos problemas basándose en experiencias previas, con un mantenimiento de las relaciones sociales, y con un sentimiento de crecimiento personal, además con un mayor sentimiento de autonomía.

Conclusión 4. La memoria autobiográfica permite recordar tanto eventos positivos como de elementos conflictivos, lo que ayuda a desarrollar, estrategias de afrontamiento orientadas a mejorar la adaptación ante acontecimientos estresantes, o adaptándose a la

nueva situación de manera resiliente. Por lo tanto, la resolución de este tipo de conflictos favorece un envejecimiento más adaptativo, más satisfactorio y más resiliente.

Conclusión 5. La M.A. semántica también es un recurso relevante a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento. Este tipo de memoria también juega un papel importante en el crecimiento personal así como en la capacidad de ser resiliente durante el envejecimiento. Hay que tener en cuenta que es el tipo de recuerdo que se mantiene inmune a los déficits del envejecimiento así como en distintas patologías como amnesia retrograda.

Conclusión 6. Mientras que las personas mayores (con o sin patología diagnosticada) mantengan su capacidad de aprendizaje, todavía serán capaces de general recuerdos de carácter general o categórico, como medida de compensación a la pérdida de contenido específico.

Conclusión 7. Una mayor puntuación en sintomatología depresiva junto con el uso de mecanismos de rumiación de información personal, limita el acceso al recuerdo específico, provocando una sobregeneralización del recuerdo.

Conclusión 8. De la misma manera que las emociones influyen en el recuerdo autobiográfico, la evocación de determinados recuerdos podría ayudar a generar determinadas emociones, convirtiéndose la M.A. en un factor de regulación emocional útil para tener en cuenta en intervenciones.

Objetivo 5.

Conclusión 1. La capacidad de solucionar problemas de un individuo depende de la capacidad de acceso al recuerdo autobiográfico específico, que a su vez depende del mantenimiento de sus funciones ejecutivas, y éstas se ven mediadas por el estado de ánimo del sujeto.

CAPÍTULO 9

REFERENCIAS

- Aarsland, D. y Kurz, M. W. (2010). The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 289, 18-22.
- Aarsland, D., Andersen, K., Larsen, J. P. y Lolk, A. (2003). Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: An 8-year prospective study. *Archives of Neurology*, 60, 387-392.
- Aarsland, D., Brannick, K., Larsen, J. P., Tysnes, O. B. y Alves, G. (2008). Cognitive Impairment in incident, untreated Parkinson disease: The Norwegian ParkWest study. *Neurology*, 72, 1121-1126.
- Aarsland, D., Brønneck, K. y Fladby, T. (2011). Mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11, 371-378.
- Abbott, R. D., Petrovitch, H., White, L. R., Masaki, K. H., Tanner, C. M., Curb, J. D., ... y Ross, G. W. (2001). Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology*, 57, 456-462.
- Abrisqueta-Gomez, J., Bueno, O. F. A., Oliveira, M. G. M. y Bertolucci, P. H. F. (2002).

- Recognition memory for emotional pictures in Alzheimer's patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 105, 51-54.
- Addis, D. R. y Tippett, L. J. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, 56-74.
- Addis, D. R., McIntosh A. R., Moscovitch, M., Crawley A. P. y McAndrews, M. P. (2004). Characterizing spatial and temporal features of autobiographical memory retrieval networks: A partial least squares approach. *Neuroimage*, 23, 1460-1471.
- Addis, D. R., Moscovitch, M., Crawley, A. P. y McAndrews, M. P. (2004). Recollective qualities modulate hippocampal activation during autobiographical memory retrieval. *Hippocampus*, 14, 752-762.
- Addis, D. R., Sacchetti, D. C., Ally, B. A., Budson, A. E. y Schacter, D. L. (2009). Episodic simulation of future events is impaired in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 47, 2660-2671.
- Addis, D. R., Wong, A. T. y Schacter, D. L. (2008). Age-related changes in the episodic simulation of future events. *Psychological Science*, 19, 33-41.
- Adolphs, R., Cahill, L., Schul, R. y Babinsky, R. (1997). Impaired declarative memory for emotional material following bilateral amygdala damage in humans. *Learning & Memory*, 4, 291-300.
- Alberca, R. y López-Pousa, S. (2011). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Albert, M. L., Feldman, R. G. y Willis, A. L. (1974). The subcortical dementia of progressive supranuclear palsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 37, 121-130.
- Albert, M. S., Wolfe, J. y Lafleche, G. (1990). Differences in abstraction ability with age. *Psychology and Aging*, 5, 94-100.
- Alegret, M., Junqué, C., Valldeoriola, F., Vendrell, P., Pilleri, M., Rumia, J. y Tolosa, E. (2001). Effects of bilateral subthalamic stimulation on cognitive function in Parkinson disease. *Archives of Neurology*, 58, 1223-1227.
- Aléx, L. y Lundman, B. (2011). Lack of resilience among very old men and women: a

- qualitative gender analysis. *Research and Theory for Nursing Practice*, 25, 302-316.
- Alexander, G. E., Crutcher, M. D. y DeLong, M. R. (1989). Basal ganglia-thalamocortical circuits: Parallel substrates for motor, oculomotor, prefrontal and limbic functions. *Progress in Brain Research*, 85, 119-146.
- Alexopoulos, P., Grimmer, T., Perneckzy, R., Domes, G. y Kurz, A. (2006). Do all patients with mild cognitive impairment progress to dementia? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1008-1010.
- Allender, J. y Kaszniak, A. W. (1989). Processing of emotional cues in patients with dementia of the Alzheimer's type. *International Journal of Neuroscience*, 46, 147-155.
- Alonso-Prieto, E., Esteban, E. M., Trujillo-Matienzo, C., Lara-Fernandez, G. E., Rousso-Viola, T. E. y Cordero-Eiriz, A. (2003). Specific alterations in attention in early stages of Parkinson's disease. *Revista de Neurología*, 36, 1015-1018
- Alvarez, P. y Squire, L. R. (1994). Memory consolidation and the medial temporal lobe: A simple network model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91, 7041-7045.
- American Psychiatric Association. (1987). DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed., revised). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic criteria from DSM-IV (No. 616.89 A43). American Psychiatric Association. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual-text revision*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Association. Washington, DC: APA.
- Amieva, H., Phillips, L. H., Della Sala, S. y Henry, J. D. (2004). Inhibitory functioning in Alzheimer's disease. *Brain*, 127, 949-964.
- Anderson, S. J. y Conway, M. A. (1993). Investigating the structure of autobiographical memories. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 19, 1178-1196.

- Andrés, P., Parmentier, F. B. y Escera, C. (2006). The effect of age on involuntary capture of attention by irrelevant sounds: A test of the frontal hypothesis of aging. *Neuropsychologia*, *44*, 2564-2568.
- Anstey, K. J. y Luszcz, M. A. (2002). Selective non-response to clinical assessment in the longitudinal study of aging: Implications for estimating population levels of cognitive function and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 704-709.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (1989). Neuropsychological characteristics of normal aging. *Developmental Neuropsychology*, *5*, 307-320.
- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F., Rosselli, M. y Gómez, C. (2000). Age-related cognitive decline during normal aging: The complex effect of education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *15*, 495-513.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y. y Zalzman, G. (2008). Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 22-29.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469-480.
- Arntz, A., Meeren, M. y Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1063-1068.
- Artero, S., Petersen, R., Touchon, J. y Ritchie, K. (2006). Revised criteria for mild cognitive impairment: Validation within a longitudinal population study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *22*, 465-470
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, *12*, 314-319.
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. *Psychology of Learning and Motivation*, *2*, 89-195.
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1971). *The control processes of short-term memory*. Stanford:

Stanford University.

- Axelrod, B. N. y Henry, R. R. (1992). Age-related performance on the Wisconsin Card Sorting, similarities, and controlled oral word association tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 6, 16-26.
- Bäckman, L. (1991). Recognition memory across the adult life span: The role of prior knowledge. *Memory & Cognition*, 19, 63-71.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A. K., Laukka, E. J. y Small, B. (2004). Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease. *Journal of Internal Medicine*, 256, 195-204.
- Baddeley, A. (1987). But what the hell is it for? En M. M. Gruneberg, P. E. Morris y R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: Current research and issues, Vol. 1 Memory in Everyday Life* (pp. 3-18). Chichester, England: John Wiley.
- Baddeley, A. (1998). Recent developments in working memory. *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 234-238.
- Baddeley, A. (2001). The concept of episodic memory. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 356, 1345-1350.
- Baddeley, A. D. (1992). What is autobiographical memory. En M. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 13-29). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Baddeley, A. D. (1999). *Essentials of human memory*. Hove: Psychology Press.
- Baddeley, A. D. y Hitch, G. (1974). Working memory. *The Psychology of Learning and Motivation*, 8, 47-89.
- Bai, F., Shu, N., Yuan, Y., Shi, Y., Yu, H., Wu, D., ... y Zhang, Z. (2012). Topologically convergent and divergent structural connectivity patterns between patients with remitted geriatric depression and amnesic mild cognitive impairment. *The Journal of Neuroscience*, 32, 4307-4318.
- Baltes, M. M. y Kuhl, K. P. (1992). Testing for limits of cognitive reserve capacity: A promising strategy for early diagnosis of dementia? *Journal of Gerontology*, 47, 165-167.

- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. y Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age. En F. I. M. Craik y E. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). USA: Springer
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M. y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38, 323-326.
- Barclay, C. R. (1996). Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves. En D. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 94-125). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Barnabe, A., Whitehead, V., Pilon, R., Arsenault-Lapierre, G. y Chertkow, H. (2012). Autobiographical memory in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A comparison between the Levine and Kopelman interview methodologies. *Hippocampus*, 22, 1809-1825.
- Barrett, T. R. y Watkins, S. K. (1986). Word familiarity and cardiovascular health as determinants of age-related recall differences. *Journal of Gerontology*, 41, 222-224.
- Barsalou, L. W. (1988). The content and organization of autobiographical memories. En U. Neisser y E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory*, (pp. 193-243). New York: Cambridge University Press.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: An experimental and social study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauer, P. J., Hertsgaard, L. A. y Dow, G. A. (1994). After 8 months have passed: Long-term recall of events by 1 to 2 year old children. *Memory*, 2, 353-382.

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. y Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology, 5*, 323-370.
- Bazo, M. A. y Maiztegui, C. (1999). *Sociología de la vejez. Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beaman, A., Pushkar, D., Etezadi, S., Bye, D. y Conway, M. (2007). Autobiographical memory specificity predicts social problem-solving ability in old and young adults. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 60*, 1275-1288.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Belli, R. F., Schuman, H. y Jackson, B. (1997). Autobiographical misremembering: John Dean is not alone. *Applied Cognitive Psychology, 11*, 187-209.
- Bendicho Montés, J. (2012). Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del “Programa de atención a afectados de Alzheimer” de la asociación COTLAS. *Información Psicológica, 104*, 84-99.
- Benedet, M. J. y Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: Test de aprendizaje verbal España-Complutense. Manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Bermejo, F. P. (1998). La enfermedad de Alzheimer 1998. *MTA. Medicina Interna, 16*, 441-485.
- Berna, F., Schönknecht, P., Seidl, U., Toro, P. y Schröder, J. (2012). Episodic autobiographical memory in normal aging and mild cognitive impairment: A population-based study. *Psychiatry research, 200*, 807-812.
- Berntsen, D. y Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology & Aging, 17*, 636-652.
- Berntsen, D. y Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition, 32*, 427-442.
- Berntsen, D., Staugaard, S. R. y Sørensen, L. M. T. (2013). Why am I remembering this now? Predicting the occurrence of involuntary (spontaneous) episodic memories. *Journal of*

Experimental Psychology: General, 142, 426-444.

- Birren, J. E. y Schroots, J. J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *The handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Blacker, D., Lee, H., Muzikansky, A., Martin, E. C., Tanzi, R., McArdle, J. J. ... y Albert, M. (2007). Neuropsychological measures in normal individuals that predict subsequent cognitive decline. *Archives of Neurology*, 64, 862-871.
- Blagov, P. S. y Singer, J. A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality*, 72, 481-511.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. y Briere, N. M. (1989). French-Canadian validation of the satisfaction with life scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 210-223.
- Blanchard-Fields, F. (1998). The role of emotion in social cognition across the adult life span. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 206-237). New York: Springer.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: a review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11, 113-123.
- Bluck, S. y Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn? En J. D. Webster y B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence research: From theory to application* (pp. 61-75). New York: Springer Publishing Company.
- Bluck, S. y Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation & Emotion*, 24, 121-147.
- Bluck, S. y Habermas, T. (2001). Extending the study of autobiographical memory: Thinking back about life across the life span. *Review of General Psychology*, 5, 135-147.
- Bluck, S. y Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.

- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T. y Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition, 23*, 91-117.
- Bluck, S., Levine, L. J. y Lulhere, T. M. (1999). Autobiographical remembering and hypermnesia: A comparison of older and younger adults. *Psychology and Aging, 14*, 671-682.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. y Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11*, 291-300.
- Bohn, A. y Berntsen, D. (2011). The reminiscence bump reconsidered: Children's prospective life stories show a bump in young adulthood. *Psychological Science, 22*, 197-202.
- Boller, F., Marcie, P., Starkstein, S. y Traykov, L. (1998). Memory and depression in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology, 5*, 291-295.
- Bondi, M. W., Kaszniak, A. W., Bayles, K. A. y Vance, K. T. (1993). Contributions of frontal system dysfunction to memory and perceptual abilities in Parkinson's disease. *Neuropsychology, 7*, 89-102.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129-148.
- Bowles, N. L. y Poon, L. W. (1985). Aging and retrieval of words in semantic memory. *Journal of Gerontology, 40*, 71-77.
- Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S. y Bennett, D. A. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine, 71*, 574-579.
- Braak, H., Del Tredici, K., Rüb, U., de Vos, R. A., Steur, E. N. J. y Braak, E. (2003). Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiology of Aging, 24*, 197-211.
- Braver, T. S. y West, R. (2008). Working memory, executive control, and aging. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The Handbook of Aging and Cognition* (pp. 311-372). New York: Psychological Press.
- Brewer, W. F. (1996). What is recollective memory? En D. Rubin (Ed.), *Autobiographical*

- memory (pp. 25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brewin, C. R. (2001). Memory processes in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 13*, 159-163.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. y Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *The British Journal of Psychiatry, 162*, 118-121.
- Broadbent, D. E. (1957). Immediate memory and simultaneous stimuli. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 9*, 1-11.
- Brooker, D. y Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health, 4*, 354-358.
- Brookmeyer, R., Corrada, M. M., Curriero, F. C. y Kawas, C. (2002). Survival following a diagnosis of Alzheimer disease. *Archives of Neurology, 59*, 1764-1767.
- Brooks, L. G. y Loewenstein, D. A. (2010). Assessing the progression of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: Current trends and future directions. *Alzheimer's Research & Therapy, 2*, 1-9.
- Brown, N. R., Shevell, S. K. y Rips, L. J. (1986). Public memories and their personal context. En D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 137-158). New York: Cambridge University Press.
- Brown, R. y Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition, 5*, 73-99.
- Brück, A., Kurki, T., Kaasinen, V., Vahlberg, T. y Rinne, J. O. (2004). Hippocampal and prefrontal atrophy in patients with early non-demented Parkinson's disease is related to cognitive impairment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 75*, 1467-1469.
- Buchanan, T. (2007). *The impact of the Spanish Civil War on Britain: war, loss and memory*. Brighton: Sussex Academic Press.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R. y Schacter, D. L. (2008). The brain's default network.

- Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1-38.
- Bucks, R. S. y Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 8, 222-232.
- Buckwalter, J. G., Sobel, E., Dunn, M. E., Diz, M. M. y Henderson, V. W. (1993). Gender differences on a brief measure of cognitive functioning in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 50, 757-760.
- Budson, A. E. y Price, B. H. (2005). Memory dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 352, 692-699.
- Bunce, D. y Macready, A. (2005). Processing speed, executive function, and age differences in remembering and knowing. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 58, 155-168.
- Burgess, N., Maguire, E. A. y O'Keefe, J. (2002). The human hippocampus and spatial and episodic memory. *Neuron*, 35, 625-641.
- Burgess, P. W. y Shallice, T. (1996). Confabulation and the control of recollection. *Memory*, 4, 359-411.
- Burke, D. M., MacKay, D. G., Worthley, J. S. y Wade, E. (1991). On the tip of the tongue: What causes word-finding failures in young and older adults? *Journal of Memory and Language*, 30, 542-579.
- Burke, M. y Mathews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition & Emotion*, 6, 23-35.
- Burt, C. D. (1992). Reconstruction of the duration of autobiographical events. *Memory & Cognition*, 20, 124-132.
- Busse, A., Angermeyer, M. C. y Riedel-Heller, S. G. (2006). Progression of mild cognitive impairment to dementia: A challenge to current thinking. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 399-404.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the Life Review. *Journal of the American*
-

Geriatrics Society, 22, 529-535.

Butters, N. y Cermak, L. S. (1988). A case study of the forgetting of autobiographical knowledge: implications for the study of retrograde amnesia. En D. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 253-272). New York: Cambridge University Press.

Buytenhuijs, E. L., Berger, H. J., van Spaendonck, K. P., Horstink, M. W., Borm, G. F. y Cools, A. R. (1994). Memory and learning strategies in patients with Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 32, 335-342.

Cabeza, R. y St Jacques, P. (2007). Functional neuroimaging of autobiographical memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 219-227.

Cabeza, R., Daselaar, S. M., Dolcos, F., Prince, S. E., Budde, M. y Nyberg, L. (2004). Task-independent and task-specific age effects on brain activity during working memory, visual attention and episodic retrieval. *Cerebral Cortex*, 14, 364-375.

Cahill, L., Haier, R. J., Fallon, J., Alkire, M. T., Tang, C., Keator, D., ... y Mcgaugh, J. L. (1996). Amygdala activity at encoding correlated with long-term, free recall of emotional information. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 93, 8016-8021.

Calabrese, P., Markowitsch, H. J., Durwen, H. F., Widlitzek, H., Haupts, M., Holinka, B. y Gehlen, W. (1996). Right temporofrontal cortex as critical locus for the ecphory of old episodic memories. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 61, 304-310.

Calder, A. J., Lawrence, A. D. y Young, A. W. (2001). Neuropsychology of fear and loathing. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 352-363.

Canli, T., Zhao, Z., Brewer, J., Gabrieli, J. D. y Cahill, L. (2000). Event-related activation in the human amygdala associates with later memory for individual emotional experience. *Journal of Neuroscience*, 20, RC99.

Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En J. E. Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1992. Developmental perspectives on motivation* (pp. 209-254). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*,

312, 1913-1915.

Carstensen, L. L. y Charles, S. T. (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 144-149.

Carstensen, L. L. y Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology*, 17, 494-503.

Carstensen, L. L. y Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology & Aging*, 9, 259-264.

Carstensen, L. L., Gross, J. J. y Fung, H. H. (1998). The social context of emotional experience. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development* (pp. 325-352). New York: Springer Publishing Company.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.

Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C. (2004a). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38, 469-472.

Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C. (2004b). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20, 227-233.

Cermak, L. S. (1984). The episodic-semantic distinction in amnesia. En L. R. Squire y N. Butters (Eds.), *The neuropsychology of memory* (pp. 55-62). New York: Guilford Press

Chacon, J., Dinca-Avarvarei, L., Acosta, J., Pastor-Cruz, M., Burguera-Hernandez, J. A., Calopa-Garriga, M. y Aguilar-Barbera, M. (2006). Early-onset Parkinsonism. A report on a Spanish series. *Revista de Neurología*, 45, 323-327.

Charles, S. T., Mather, M. y Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The

- forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132, 310-324.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Chaudhuri, K. R., Yates, L. y Martinez-Martin, P. (2005). The non-motor symptom complex of Parkinson's disease: A comprehensive assessment is essential. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 5, 275-283.
- Chetelat, G., Desgranges, B., De La Sayette, V., Viader, F., Eustache, F. y Baron, J. C. (2003). Mild cognitive impairment can FDG-PET predict who is to rapidly convert to Alzheimer's disease? *Neurology*, 60, 1374-1377.
- Christensen, H. (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 768-775.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*, 374, 1196-1208.
- Christianson, S. A. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284-309.
- Christianson, S. A. y Safer, M. A. (1996) Emotional events and emotions in autobiographical memories. En D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 218-243). Cambridge: Cambridge University Press
- Clark, D. M. y Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87-95.
- Clark, L. F., Collins, J. E. y Henry, S. M. (1994). Biasing effects of retrospective reports on current self-assessments. En N. Schwarz y S. Sudman (Eds.), *Autobiographical memory and the validity of retrospective reports* (pp. 291-304). New York: Springer.
- Clarys, D., Bugajska, A., Tapia, G. y Alexia Baudouin, A. (2009). Ageing, remembering, and executive function. *Memory*, 17, 158-168.

- Cohen G. (1998). The effects of aging on autobiographical memory. En C. P. Thompson, D. J. Hermann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne y J. P. Tolia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 105-123). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, G. y Faulkner, D. (1988). Life span changes in autobiographical memory. En M. M. Gruneberg y P. E. Morris (Eds.), *Practical aspects of memory: Current research and issues* (pp. 277-282). New York: Wiley.
- Cohen, G. y Faulkner, D. (1989). Age differences in source forgetting: Effects on reality monitoring and on eyewitness testimony. *Psychology and Aging, 4*, 10–17.
- Cohen, G., Conway, M. A. y Maylor, E. A. (1994). Flashbulb memories in older adults. *Psychology and Aging, 9*, 454-463.
- Cole, S. A., Woodard, J. L., Juncos, J. L., Kogos, J. L., Youngstrom, E. A. y Watts, R. L. (1996). Depression and disability in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences, 8*, 20-25.
- Collette, F., Schmidt, C., Scherrer, C., Adam, S. y Salmon, E. (2009). Specificity of inhibitory deficits in normal aging and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging, 30*, 875-889.
- Comalli Jr, P. E., Wapner, S. y Werner, H. (1962). Interference effects of Stroop color-word test in childhood, adulthood, and aging. *The Journal of Genetic Psychology, 100*, 47-53.
- Comblain, C., D'Argembeau, A., Van der Linden, M. y Aldenhoff, L. (2004). The effect of ageing on the recollection of emotional and neutral pictures. *Memory 12*, 673-684.
- Conway, M. A. (1990). Associations between autobiographical memories and concepts. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 16*, 799-812.
- Conway, M. A. (1992). A structural model of autobiographical memory. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 167-193). Netherlands: Springer.
- Conway, M. A. (1993). Impairments of autobiographical memory. En F. Boller y J. Grafman (Eds.), *Handbook of neuropsychology* (pp. 175-191). Amsterdam: Elsevier.

- Conway, M. A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. En D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 67-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Conway, M. A. (1997). The inventory of experience: Memory and identity. En J. W. Pennebaker, D. Paez y B. Rimé (Eds.), *Collective memory of political events: Social psychological perspectives* (pp. 21-45). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, M. A. (2001). Sensory-perceptual episodic memory and its context: Autobiographical memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 356, 1375-1384.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Conway, M. A. y Bekerian, D. A. (1987). Organization in autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 15, 119-132.
- Conway, M. A. y Fthenaki, A. (2000). Disruption and loss of autobiographical memory. En L. S. Cermak (Ed.), *Handbook of neuropsychology: Memory and its disorders* (pp. 281-312). Amsterdam: Elsevier.
- Conway, M. A. y Haque, S. (1999). Overshadowing the reminiscence bump: Memories of a struggle for independence. *Journal of Adult Development*, 6, 35-44.
- Conway, M. A. y Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Conway, M. A. y Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. En A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway y P. E. Morris (Eds.), *Theories of Memory* (pp. 103 - 138). Lawrence: Erlbaum Associates.
- Conway, M. A., Anderson, S. J., Larsen, S. F., Donnelly, C. M., McDaniel, M. A., McClelland, A. G. y Logie, R. H. (1994). The formation of flashbulb memories. *Memory & Cognition*, 22, 326-343.
- Conway, M. A., Collins, A. F., Gathercole, S. E. y Anderson, S. J. (1996). Recollections of true and false autobiographical memories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 125, 69-95.

- Conway, M. A., Singer, J. A. y Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition, 22*, 491-529.
- Cooper, J. A., Sagar, H. J., Jordan, N., Harvey, N. S. y Sullivan, E. V. (1991). Cognitive impairment in early, untreated Parkinson's disease and its relationship to motor disability. *Brain, 114*, 2095-2122.
- Cooper, P. V. (1990). Discourse production and normal aging: Performance on oral picture description tasks. *Journal of Gerontology, 45*, P210-P214.
- Cotelli, M., Manenti, R. y Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas, 72*, 203-205.
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. Pearson Educación.
- Craik, F. I. M., Anderson, N. D., Kerr, S. A. y Li, K. Z. H. (1995). Memory changes in normal ageing. En A. D. Baddeley, B.A. Wilson y F.N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders* (pp. 211-214). Chichester: Wiley.
- Craik, F. I. y Broadbent, D. E. (1983). On the transfer of information from temporary to permanent memory [and discussion]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 302*, 341-359.
- Craik, F. I. y Byrd, M. (1982). Aging and cognitive deficits. En E. L. Craik y S. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 191-211). New York: Plenum Press.
- Craik, F. I. y McDowd, J. M. (1987). Age differences in recall and recognition. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 13*, 474.
- Crane, L. y Goddard, L. (2008). Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 498-506.
- Crawley, S. y French, C. (2005). Field and observer viewpoint in remember-know memories of personal childhood events. *Memory, 13*, 673-681.
- Cronin-Golomb, A. (1990). Abstract thought in aging and age-related neurological disease. *Handbook of Neuropsychology, 4*, 279-309.
- Crook, T., Bartus, R., Ferris, S., Whitehouse, P., Cohen, G. y Gershon, S. (1986).
-

- Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. *Report of a National Institute of Mental Health Work Group, 2*, 261-276.
- Cumming, E. (1963). Further thoughts on the theory of disengagement. *UNESCO International Social Science Journal, 3*, 377-393.
- Cummings, J. L. (1988). Intellectual impairment in Parkinson's disease: Clinical, pathologic, and biochemical correlates. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 1*, 24-36.
- Daigneault, S. y Braun, C. M. (1993). Working memory and the self-ordered pointing task: Further evidence of early prefrontal decline in normal aging. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 15*, 881-895.
- Dalgleish, T., Spinks, H., Yiend, J. y Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 335-340.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A. M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... y Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *Journal of Experimental Psychology: General, 136*, 23-42.
- Dall'Ora, P., Della Sala, S. y Spinnler, H. (1989). Autobiographical memory. Its impairment in amnesic syndromes. *Cortex, 25*, 197-217.
- Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes: La razón de las emociones*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Damasio, A. R. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Danner, C., Beck, C., Heacock, P. y Modlin, T. (1993). Cognitively impaired elders. Using research findings to improve nursing care. *Journal of Gerontological Nursing, 19*, 5-11.
- Davidson, P. S. y Glisky, E. L. (2002). Neuropsychological correlates of recollection and familiarity in normal aging. *Cognitive, Affective y Behavioral Neuroscience, 2*, 174-

186.

- Davis, M. y Whalen, P. J. (2001). The amygdala: Vigilance and emotion. *Molecular Psychiatry*, 6, 13-34.
- De Jong-Meyer, R. y Barnhofer, T. (2002). Unspezifität des autobiographischen Gedächtnisses bei depressiven. *Psychologische Rundschau*, 53, 23-33.
- De Rijk, M. C., Breteler, M. M., den Breeijen, J. H., Launer, L. J., Grobbee, D. E., van der Meché, F. G. y Hofman, A. (1997). Dietary antioxidants and Parkinson disease: The Rotterdam study. *Archives of Neurology*, 54, 762-765.
- De Simone, M. S., Fadda, L., Perri, R., Aloisi, M., Caltagirone, C. y Carlesimo, G. A. (2016). Does retrieval frequency account for the pattern of autobiographical memory loss in early Alzheimer's disease patients? *Neuropsychologia*, 80, 194-200.
- De Toledo Morrell, L. E., Goncharova, I., Dickerson, B., Wilson, R. S. y Bennett, D. A. (2000). From healthy aging to early Alzheimer's disease: In vivo detection of entorhinal cortex atrophy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 911, 240-253.
- Della Sala, S., Laiacina, M., Spinnler, H. y Trivelli, C. (1993). Autobiographical recollection and frontal damage. *Neuropsychologia*, 31, 823-839.
- Demiray, B., Gülgöz, S. y Bluck, S. (2009). Examining the life story account of the reminiscence bump: Why we remember more from young adulthood. *Memory*, 17, 708-723.
- Denney, N. W. y Larsen, J. E. (1994). Aging and episodic memory: Are elderly adults less likely to make connections between target and contextual information? *Journal of Gerontology*, 49, 270-275.
- Dennis, N. A. y Cabeza, R. (2008). Neuroimaging of healthy cognitive aging. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The Handbook of Aging and Cognition* (pp. 1-54). New York: Psychological Press.
- Derouesné, C. (2000). Mémoire et affectivité. *Revue Neurologique*, 156, 732-738.
- D'Esposito, M. y Weksler, M. E. (2000). Brain aging and memory: New findings help differentiate forgetfulness and dementia. *Geriatrics*, 55, 55-58.

- Devanand, D. P., Pradhaban, G., Liu, X., Khandji, A., De Santi, S., Segal, S., ... y Stern, Y. (2007). Hippocampal and entorhinal atrophy in mild cognitive impairment prediction of Alzheimer disease. *Neurology, 68*, 828-836.
- Dewhurst, S. A. y Conway, M. A. (1994). Pictures, images, and recollective experience. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 20*, 1088-1098.
- Dhanjal, N. S. y Wise, R. J. (2014). Frontoparietal cognitive control of verbal memory recall in Alzheimer's disease. *Annals of Neurology, 76*, 241-251.
- Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales. *Psicothema, 18*, 572-577.
- Díaz-Mardomingo, M. C. y Peraita-Adrados, H. (2008). Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. *Psicothema, 20*, 438-444.
- Díaz-Mardomingo, M. C., García-Herranz, S. y Peraita-Adrados, H. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: Un estudio longitudinal de casos. *Psicogeriatría, 2*, 105-111.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E. y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science, 7*, 181-185.
- Diener, E., y González, E. (2011). The validity of life satisfaction measures. *Social Indicator Network News, 108*, 1-5.
- Dijkstra, K. y Kaup, B. (2005). Mechanisms of autobiographical memory retrieval in younger and older adults. *Memory & Cognition, 33*, 811-820.
- Döhnel, K., Sommer, M., Ibach, B., Rothmayr, C., Meinhardt, J. y Hajak, G. (2008). Neural correlates of emotional working memory in patients with mild cognitive impairment. *Neuropsychologia, 46*, 37-48.
- Dolcos, F., LaBar, K. S. y Cabeza, R. (2004). Dissociable effects of arousal and valence on prefrontal activity indexing emotional evaluation and subsequent memory: an event-

- related fMRI study. *Neuroimage*, 23, 64-74.
- Dolcos, F., LaBar, K. S. y Cabeza, R. (2005). Remembering one year later: role of the amygdala and the medial temporal lobe memory system in retrieving emotional memories. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 2626-2631.
- Donix, M., Brons, C., Jurjanz, L., Poettrich, K., Winiecki, P. y Holthoff, V. A. (2010). Overgenerality of autobiographical memory in people with amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 22-27.
- Dooneief, G., Mirabello, E., Bell, K., Marder, K., Stern, Y. y Mayeux, R. (1992). An estimate of the incidence of depression in idiopathic Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 49, 305-307
- Dorrego, M. F., Sabe, L., García Cuerva, A., Kuzis, G., Tiberti, C., Boller, F. y Starkstein, S. E. (1999). Remote memory in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 490-497.
- Du, A. T., Schuff, N., Amend, D., Laakso, M. P., Hsu, Y. Y., Jagust, W. J., ... y Chui, H. C. (2001). Magnetic resonance imaging of the entorhinal cortex and hippocampus in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71, 441-447.
- Dubois, B. y Pillon, B. (1996). Cognitive deficits in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 244, 2-8.
- Dubois, B., Boller, F., Pillon, B. y Agid, Y. (1991). Cognitive deficits in Parkinson's disease. En F. Boller y J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology* (pp. 195-240). Amsterdam: Elsevier.
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Cummings, J. L., DeKosky, S. T., Barberger-Gateau, P., ... y Gauthier, S. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: A new lexicon. *The Lancet Neurology*, 9, 1118-1127.
- Dujardin, K. y Laurent, B. (2003). Dysfunction of the human memory systems: Role of the

- dopaminergic transmission. *Current Opinion in Neurology*, 16, 11-16.
- Duval, C., Eustache, F. y Piolino, P. (2007). Multidimensional self, autobiographical memory and aging. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 5, 179-192.
- Dyer, J. A. y Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. (1980). A study of the generation-of-alternatives process in social problem solving. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 67-72.
- Ebbinghaus, H. (1964). *Memory: A contribution to experimental psychology*. New York: Dover.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eich, E. y Forgas, J. P. (2003). Mood, cognition, and memory. En A. F. Healy y R. W. Proctor (Eds.), *Experimental Psychology* (pp. 33-61). New York: Wiley.
- Eich, E. y Schooler, J. W. (2000). *Cognition/emotion interactions*. Oxford: Oxford University Press.
- Eich, E., Kihlstrom, J., Bower, G. H., Forgas, J. P. y Niedenthal, P. (2000). *Cognition and emotion*. New York: Oxford University Press
- Eichenbaum, H. (2004). Hippocampus: Cognitive processes and neural representations that underlie declarative memory. *Neuron*, 44, 109-120.
- Eisenberg, A. R. (1985). Learning to describe past experiences in conversation. *Discourse Processes*, 8, 177-204
- El Haj, M., Antoine, P., Nandrino, J. L. y Kapogiannis, D. (2015). Autobiographical memory decline in Alzheimer's disease, a theoretical and clinical overview. *Ageing Research Reviews*, 23, 183-192.
- El Haj, M., Clément, S., Fasotti, L. y Allain, P. (2013). Effects of music on autobiographical verbal narration in Alzheimer's disease. *Journal of Neurolinguistics*, 26, 691-700.
- El Haj, M., Fasotti, L. y Allain, P. (2012). The involuntary nature of music-evoked

- autobiographical memories in Alzheimer's disease. *Consciousness and Cognition*, 21, 238-246.
- El Haj, M., Larøi, F., Gély-Nargeot, M. C. y Raffard, S. (2015). Inhibitory deterioration may contribute to hallucinations in Alzheimer's disease. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20, 281-295.
- El Haj, M., Moroni, C., Luyat, M., Omigie, D. y Allain, P. (2014). To what extent does destination recall induce episodic reliving? Evidence from Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36, 127-136.
- El Haj, M., Postal, V. y Allain, P. (2012). Music enhances autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Educational Gerontology*, 38, 30-41.
- El Haj, M., Postal, V., Le Gall, D. y Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Memory*, 19, 993-1003.
- Ellis, H. C. y Ashbrook, P. W. (1988). Resource allocation model of the effects of depressed mood states on memory. En K. Fiedler y J. P. Porgas (Eds.), *Affect, cognition and social behavior* (pp. 25-43). Toronto, Canada: Hogrefe.
- Ellis, H. C. y Moore, B. A. (1999). Mood and memory. En T. Dalgleish y M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*, (pp. 193-210). New York: John Wiley & Sons.
- Emre, M. (2003). Dementia associated with Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 2, 229-237.
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., ... y Goldman, J. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22, 1689-1707.
- Epstein, S. y Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1959, 1-171.
- Errea, J. M. y Ara, J. R. (1999). Deterioro cognoscitivo en la enfermedad de Parkinson: Factores de riesgo asociados. *Revista de Neurología*, 28, 439-443.

- Errea, J. M., Ara, J. R., Aibar, C. y de Pedro-Cuesta, J. (1999). Prevalence of Parkinson's disease in lower Aragon, Spain. *Movement Disorders*, *14*, 596-604.
- Etchemendy, E., Baños, R. M., Botella, C. y Castilla, D. (2010). Program of life review support on the new technologies for elderly people: A positive psychology application. *Escritos de Psicología*, *2*, 1-7.
- Eustache, F., Piolino, P., Giffard, B., Viader, F., De La Sayette, V., Baron, J. C. y Desgranges, B. (2004). 'In the course of time': a PET study of the cerebral substrates of autobiographical amnesia in Alzheimer's disease. *Brain*, *127*, 1549-1560.
- Evans, J., Williams, J. M. G., O'loughlin, S. y Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, *22*, 399-405.
- Fagan, A. M., Mintun, M. A., Mach, R. H., Lee, S. Y., Dence, C. S., Shah, A. R., ... y DeKosky, S. T. (2006). Inverse relation between in vivo amyloid imaging load and cerebrospinal fluid A β 42 in humans. *Annals of Neurology*, *59*, 512-519.
- Fargeau, M. N., Jaafari, N., Ragot, S., Houeto, J. L., Pluchon, C., & Gil, R. (2010). Alzheimer's disease and impairment of the self. *Consciousness and Cognition*, *19*, 969-976.
- Feigenbaum E. A. (1970). Information processing and memory. En Norman D. A. (Ed.), *Models of human memory* (pp. 451-468). New York: Academic.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. Barcelona: AMG.
- Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón, M. D. y Calero, M. D. (2009). Cognitive plasticity and cognitive impairment. En Rocío Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicogerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 201-259). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. Y. y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *40*, 92-103.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Tàrraga, L. (2005). Learning potential: A new

- method for assessing cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 17, 119-128.
- Fields, J. A., Norman, S. U., Straits-Tröster, K. A. y Tröster, A. I. (1998). The impact of depression on memory in neurodegenerative disease. En A. I. Tröster (Ed.) *Memory in neurodegenerative disease: Biological, cognitive and clinical perspectives* (pp. 314-337). New York: Cambridge University Press.
- Filoteo, J. V., Delis, D. C., Salmon, D. P., Demadura, T., Roman, M. J. y Shults, C. W. (1997). An examination of the nature of attentional deficits in patients with Parkinson's disease: Evidence from a spatial orienting task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 337-347.
- Fink, G. R., Markowitsch, H. J., Reinkemeier, M., Bruckbauer, T., Kessler, J. y Heiss, W. D. (1996). Cerebral representation of one's own past: Neural networks involved in autobiographical memory. *Journal of Neuroscience*, 16, 4275-4282.
- Finkel, D. y Pedersen, N. L. (2004). Processing speed and longitudinal trajectories of change for cognitive abilities: The Swedish Adoption/Twin Study of Aging. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 325-345.
- Fish, S. (1990). *Enfermos de Alzheimer. Cómo cuidarlos. Cómo cuidarse*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Fitzgerald, J. M. (1996). The distribution of self-narrative memories in younger and older adults: Elaborating the self-narrative hypothesis. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 3, 229-236.
- Fivush, R. (1988). The functions of event memory: Some comments on Nelson and Barsalou. En U. Neisser y E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to memory* (pp. 277-282). New York: Cambridge University Press.
- Fivush, R. (1998). Children's recollections of traumatic and nontraumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 699-716.
- Fivush, R. (2001). Owing experience: The development of subjective perspective in

- autobiographical memory. En C. Moore y K. Lemmon (Eds.), *The self in time: Developmental perspectives* (pp. 35-52). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582.
- Fivush, R. y Haden, C. A. (2003). *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Fivush, R. y Hamond, N. R. (1989). Time and again: Effects of repetition and retention interval on 2 year olds' event recall. *Journal of Experimental Child Psychology*, 47, 259-273.
- Fivush, R. y Nelson, K. (2006). Parent-child reminiscing locates the self in the past. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 235-251.
- Fivush, R. y Reese, E. (1992). The social construction of autobiographical memory. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 115-132). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Fivush, R., Berlin, L., McDermott Sales, J., Mennuti-Washburn, J. y Cassidy, J. (2003). Functions of parent-child reminiscing about emotionally negative events. *Memory*, 11, 179-192.
- Fivush, R., Gray, J. T. y Fromhoff, F. A. (1987). Two-year-olds talk about the past. *Cognitive Development*, 2, 177-204
- Fivush, R., Haden, C. A. y Adams, S. (1995). Structure and coherence of preschoolers' personal narratives over time: Implications for childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, 60, 32-56.
- Fivush, R., Haden, C. A. y Reese, E. (1996). Remembering, recounting, and reminiscing: The development of autobiographical memory in social context. En D. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 341-359). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Flicker, C., Ferris, S. H., Crook, T., Reisberg, B. y Bartus, R. T. (1988). Equivalent spatial-

- rotation deficits in normal aging and Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 387-399.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y 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, 189-198.
- Foltynie, T., Brayne, C. E., Robbins, T. W. y Barker, R. A. (2004). The cognitive ability of an incident cohort of Parkinson's patients in the UK. The CamPaIGN study. *Brain*, 127, 550-560.
- Ford, J. H., Rubin, D. C. y Giovanello, K. S. (2014). Effects of task instruction on autobiographical memory specificity in young and older adults. *Memory*, 22, 722-736.
- Forgas, J. P. (2002). Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological Inquiry*, 13, 1-28.
- Foster, N. A. y Valentine, E. R. (2001). The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Experimental Aging Research*, 27, 215-228.
- Frankland, P. W. y Bontempi, B. (2005). The organization of recent and remote memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 119-130.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. y Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging*, 5, 335-347.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.
- Fromholt, P. y Larsen, S. F. (1991). Autobiographical memory in normal aging and primary degenerative dementia (dementia of Alzheimer type). *Journal of Gerontology*, 46, 85-91.
- Fromholt, P., Mortensen, D., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P. y Rubin, D. (2003). Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: Comparisons

- with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory*, *11*, 81-88.
- Frutos-Alegria, M. T., Moltó-Jordà, J. L., Morera Guitart, J., Sánchez-Pérez, A. Y y Ferrer-Navajas, M. (2007). Perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de dos subtipos de pacientes. *Revista de Neurología*, *44*, 455-459.
- Fujii, T., Moscovitch, M. y Nadel, L. (2000). Memory consolidation, retrograde amnesia, and the temporal lobe. En L. S. Cermak (Ed.), *Memory and its disorders* (pp. 223-250) Amsterdam: Elsevier Science.
- Gabrieli, J. D., Singh, J., Stebbins, G. T. y Goetz, C. G. (1996). Reduced working memory span in Parkinson's disease: Evidence for the role of frontostriatal system in working and strategic memory. *Neuropsychology*, *10*, 322-332.
- Galindo, G., Cortés, S. y Salvador, C. (1996). Diseño de un nuevo procedimiento para calificar la Prueba de la Figura Compleja de Rey: Confiabilidad inter-evaluadores. *Salud Mental*, *19*, 1-6.
- Gallo, D. A., Foster, K. T., & Johnson, E. L. (2009). Elevated false recollection of emotional pictures in younger and older adults. *Psychology and Aging*, *24*, 981-988.
- Galton, F. (1883). *Inquiries into the human faculty & its development*. London: J. M. Dent & Company.
- Gamboz, N., De Vito, S., Brandimonte, M.A., Pappalardo, S., Galeone, F., Iavarone, A. y Della Sala, S. (2010). Episodic future thinking in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, *48*, 2091-2097.
- Ganguli, M., Snitz, B. E., Saxton, J. A., Chang, C. C. H., Lee, C. W., Vander Bilt, J., ... y Petersen, R. C. (2011). Outcomes of mild cognitive impairment by definition: a population study. *Archives of Neurology*, *68*, 761-767.
- García Meilán, J. J. y Carro Ramos, J. (2011). *Programa de actuación cognitiva integral en demencias (PACID): Centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (IMSERSO).

- García-Ramos, R., Valdés, E. L., Ballesteros, L., Jesus, S. y Mir, P. (2013). Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*, 31, 401-413.
- García-Rodríguez, B., Fusari, A. y Ellgring, H. (2008). Procesamiento emocional de las expresiones faciales en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 46, 609-617.
- García-Rodríguez, B., Guillén, C. C., Barba, R. J., Valladolid, G. R., Arjona, J. A. M. y Ellgring, H. (2012). Visuo-spatial interference affects the identification of emotional facial expressions in unmedicated Parkinson's patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 313, 13-16.
- Gardiner, J. M. (2001). Episodic memory and autoevident consciousness: a first-person approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 356, 1351-1361.
- Gardiner, John M. y Richardson-Klavehn, A. (2000). Remembering and knowing. En Endel Tulving (Ed.), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 11-30). Oxford: Oxford University Press.
- Gardner, J. M. (1988). Functional aspects of recollective experience. *Memory & Cognition*, 16, 309-313.
- Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J. L., Pedro-Cuesta, D., Ramón, J. M., Manubens, J. M., ... y Rubio, F. R. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalunya, Spain: The PRATICON study. *Neuroepidemiology*, 28, 224-234.
- Gatz, M. y Hurwicz, M. L. (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging*, 5, 284-290.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., ... y Cummings, J. L. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367, 1262-1270.
- Gelb, D. J., Oliver, E. y Gilman, S. (1999). Diagnostic criteria for Parkinson disease. *Archives of Neurology*, 56, 33-39.

- Gibb, W. R. y Lees, A. J. (1988). The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *51*, 745-752.
- Gibson, F. (1998). *Reminiscence and Recall: Second Edition*. United Kingdom: Age Concern.
- Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Giffard, B., Laisney, M., Desgranges, B. y Eustache, F. (2015). An exploration of the semantic network in Alzheimer's disease: Influence of emotion and concreteness of concepts. *Cortex*, *69*, 201-211.
- Gilboa, A. (2004). Autobiographical and episodic memory: one and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, *42*, 1336-1349.
- Gilboa, A., Ramirez, J., Köhler, S., Westmacott, R., Black, S. E. y Moscovitch, M. (2005). Retrieval of autobiographical memory in Alzheimer's disease: Relation to volumes of medial temporal lobe and other structures. *Hippocampus*, *15*, 535-550.
- Glück, J. y Bluck, S. (2007). Looking back across the life span: A life story account of the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, *35*, 1928-1939.
- Gluth, S., Ebner, N. C. y Schmiedek, F. (2010). Attitudes toward younger and older adults: The German aging semantic differential. *International Journal of Behavioral Development*, *34*, 147-158.
- Goddard, L., Dritschel, B. y Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 609-616.
- Goddard, L., Dritschel, B. y Burton, A. (1997). Social problem solving and autobiographical memory in non-clinical depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*, 449-451.
- Golden, C. J. (1975). A group version of the Stroop Color and Word Test. *Journal of Personality Assessment*, *39*, 386-388.
- Golden, C. J. (1994). *STROOP: Test de colores y palabras: Manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Goleman, D. (1996). *Vital lies, simple truths: The psychology of self-deception*. Simon and Schuster. New York, USA. Gunderson.

- Graham, K. S. y Hodges, J. R. (1997). Differentiating the roles of the hippocampal complex and the neocortex in long-term memory storage: Evidence from. *Neuropsychology*, *11*, 77-89.
- Green, R. C., Cupples, L. A., Go, R., Benke, K. S., Edeki, T., Griffith, P. A., ... y Farrer, L. A. (2002). Risk of dementia among white and African American relatives of patients with Alzheimer disease. *Jama*, *287*, 329-336.
- Greenberg, D. L. y Rubin, D. C. (2003). The neuropsychology of autobiographical memory. *Cortex*, *39*, 687-728.
- Greenberg, D. L., Rice, H. J., Cooper, J. J., Cabeza, R., Rubin, D. C. y LaBar, K. S. (2005). Co-activation of the amygdala, hippocampus and inferior frontal gyrus during autobiographical memory retrieval. *Neuropsychologia*, *43*, 659-674.
- Greene, J. D. y Hodges, J. R. (1996). Identification of famous faces and famous names in early Alzheimer's disease. *Brain*, *119*, 111-128.
- Greene, J. D., Hodges, J. R. y Baddeley, A. D. (1995). Autobiographical memory and executive function in early dementia of Alzheimer type. *Neuropsychologia*, *33*, 1647-1670.
- Greeno, J. G. (1974). *Representation of learning as discrete transition in a finite state space*. San Francisco: WH Freeman.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, *35*, 603-618.
- Grégoire, J. y Van der Linden, M. (1997). Effect of age on forward and backward digit spans. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *4*, 140-149.
- Grilli, M. D. y Verfaellie, M. (2015). Supporting the self-concept with memory: Insight from amnesia. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *10*, 1684-1692.
- Grober, E., Mowrey, W., Hall, C., Katz, M., Zimmerman, M. y Lipton, R. (2013). Lessons for predicting incident dementia by memory testing. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*, *9*, 536-537.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 85, 348-362.

Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C. y Hsu, A. Y. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.

Grossman, M., Carvell, S., Gollomp, S., Stern, M. B., Reivich, M., Morrison, D., ... y Hurtig, H. I. (1993). Cognitive and physiological substrates of impaired sentence processing in Parkinson's disease. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 5, 480-498.

Grühn, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2005). No aging bias favoring memory for positive material: evidence from a heterogeneity-homogeneity list paradigm using emotionally toned words. *Psychology and Aging*, 20, 579-288.

Grundman, M., Petersen, R. C., Ferris, S. H., Thomas, R. G., Aisen, P. S., Bennett, D. A., ... y Thal, L. J. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology*, 61, 59-66.

Gutierrez, M., Serra, E. y Zacarés, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la Psicología del Desarrollo*. Valencia: Promolibro.

Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S. y Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 27, 117-129.

Haaland, K. Y., Price, L. y Larue, A. (2003). What does the WMS-III tell us about memory changes with normal aging? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 89-96.

Habermas, T. y Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126, 748-769.

Haight, B. K., Webster, J. D. y Ingebretsen, R. (1995). The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and application. *Ageing and Society*, 15, 578-579.

Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 394-400.

Hargrave, R., Maddock, R. J. y Stone, V. (2002). Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical*

Neurosciences, 14, 64-71.

- Hart, R. P., Wade, J. B., Calabrese, V. P. y Colenda, C. C. (1998). Vigilance performance in Parkinson's disease and depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 111-117.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A. y Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.
- Hascher, L. y Zacks, R. T. (1988). Working memory, comprehension, and aging: A review and a new view. En G. H. Bower (Ed.) *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (pp. 193-225). San Diego (CA): Academic Press.
- Hashtroudi, S., Johnson, M. K. y Chrosniak, L. D. (1990). Aging and qualitative characteristics of memories for perceived and imagined complex events. *Psychology and Aging*, 5, 119-126.
- Hashtroudi, S., Johnson, M. K., Vnek, N. y Ferguson, S. A. (1994). Aging and the effects of affective and factual focus on source monitoring and recall. *Psychology and Aging*, 9, 160-170.
- Havighurst, R. J. (1952). *Developmental tasks and education*. New York: MacKay.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13.
- Hay, J. F. y Jacoby, L. L. (1999). Separating habit and recollection in young and older adults: Effects of elaborative processing and distinctiveness. *Psychology and Aging*, 14, 122.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187.
- Hedden, T. y Gabrieli, J. D. (2004). Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5, 87-96.
- Helkala, E. L., Laulumaa, V., Soininen, H. y Riekkinen, P. J. (1988). Recall and recognition memory in patients with Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Annals of Neurology*, 24, 214-217.
- Hertel, P. T. y Hardin, T. S. (1990). Remembering with and without awareness in a depressed mood: evidence of deficits in initiative. *Journal of Experimental Psychology: General*,

119, 45-59.

Hertzog, C., Dixon, R. A., Hultsch, D. F. y MacDonald, S. W. (2003). Latent change models of adult cognition: are changes in processing speed and working memory associated with changes in episodic memory? *Psychology and Aging, 18*, 755-769.

Herzog, A. R. y Rodgers, W. L. (1981). Age and satisfaction Data from several large surveys. *Research on Aging, 3*, 142-165.

Hill, R. D., Gallagher, D., Thompson, L. W. y Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging, 3*, 230-232.

Hindle, J. V. (2010). Ageing, neurodegeneration and Parkinson's disease. *Age and Ageing, 39*, 156-161.

Hodges, J. R. y McCarthy, R. A. (1993). Autobiographical amnesia resulting from bilateral paramedian thalamic infarction. *Brain, 116*, 921-940.

Hoehn, M. M. y Yahr, M. D. (1998). Parkinsonism: Onset, progression, and mortality. *Neurology, 50*, 318-318.

Holland, C. A. y Rabbitt, P. M. A. (1990). Autobiographical and text recall in the elderly: An investigation of a processing resource deficit. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 42*, 441-470.

Hou, C. E., Miller B. L. y Kramer, J. H. (2005). Patterns of autobiographical memory loss in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 809-815.

Houx, P. J., Jolles, J. y Vreeling, F. W. (1993). Stroop interference: Aging effects assessed with the Stroop Color-Word Test. *Experimental Aging Research, 19*, 209-224.

Howe, M. L. y Courage, M. L. (1993). On resolving the enigma of infantile amnesia. *Psychological Bulletin, 113*, 305-326.

Howe, M. L. y Courage, M. L. (1997). The emergence and early development of autobiographical memory. *Psychological Review, 104*, 499-523.

Howes, J. L. y Katz, A. N. (1992). Remote memory: Recalling autobiographical and public events from across the lifespan. *Canadian Journal of Psychology, 46*, 92-116.

- Hubble, J. P., Cao, T., Hassanein, R. E. S., Neuberger, J. S. y Roller, W. C. (1993). Risk factors for Parkinson's disease. *Neurology*, *43*, 1693-1693.
- Hubble, J. P., Kurth, J. H., Glatt, S. L., Kurth, M. C., Schellenberg, G. D., Hassanein, R. E. S., ... y Koller, W. C. (1998). Gene-toxin interaction as a putative risk factor for Parkinson's disease with dementia. *Neuroepidemiology*, *17*, 96-104.
- Huber, S. J., Shuttleworth, E. C. y Freidenberg, D. L. (1989). Neuropsychological differences between the dementias of Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Archives of Neurology*, *46*, 1287-1291.
- Huber, S. J., Shuttleworth, E. C. y Paulson, G. W. (1986). Dementia in Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, *43*, 987-990.
- Hudon, C., Belleville, S. y Gauthier, S. (2009). The assessment of recognition memory using the Remember/Know procedure in amnesic mild cognitive impairment and probable Alzheimer's disease. *Brain and Cognition*, *70*, 171-179.
- Hudson, J. A. (1990). The emergence of autobiographical memory in mother-child conversation. En R. Fivush y J. Hudson (Eds.), *Knowing and remembering in young children* (pp. 166-196). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Huff, F. J. (1990). Language in normal aging and age-related neurological diseases. En F. Boiler y J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology* (pp. 251-264). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Hughes, A. J., Daniel, S. E. y Lees, A. J. (2001). Improved accuracy of clinical diagnosis of Lewy body Parkinson's disease. *Neurology*, *57*, 1497-1499.
- Hughes, A. J., Daniel, S. E., Ben-Shlomo, Y. y Lees, A. J. (2002). The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. *Brain*, *125*, 861-870.
- Hughes, A. J., Daniel, S. E., Kilford, L. y Lees, A. J. (1992). Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: A clinico-pathological study of 100 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *55*, 181-184.
- Huguet, P., Galvaing, M. P., Monteil, J. M. y Dumas, F. (1999). Social presence effects in the

- Stroop task: further evidence for an attentional view of social facilitation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1011-1025.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L. y Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 49, 240-249.
- Huppert, F. A. (1991). Age-related changes in memory: Learning and remembering new information. *Handbook of Neuropsychology*, 5, 123-47.
- Instituto Nacional de Estadística (2016). <http://www.ine.es/>
- Iranzo, A. (2013). Parkinson disease and sleep: sleep-wake changes in the premotor stage of parkinson disease; impaired olfaction and other prodromal features. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 13, 1-9.
- Irish, M., Hornberger, M., Lah, S., Miller, L., Pengas, G., Nestor, P. J., ... y Piguet, O. (2011a). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia, behavioural-variant frontotemporal dementia, and Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 49, 2694-2702.
- Irish, M., Lawlor, B. A., O'Mara, S. M. y Coen, R. F. (2010). Exploring the recollective experience during autobiographical memory retrieval in amnesic mild cognitive impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 546-555.
- Irish, M., Lawlor, B. A., O'Mara, S. M. y Coen, R. F. (2011b). Impaired capacity for auto-noetic reliving during autobiographical event recall in mild Alzheimer's disease. *Cortex*, 47, 236-249.
- Isaacowitz, D. M., Wadlinger, H. A., Goren, D. y Wilson, H. R. (2006). Selective preference in visual fixation away from negative images in old age? An eye-tracking study. *Psychology and Aging* 21, 40-48.
- Islas, J., Sosa, L. y Franco, M. (2002). Conceptos actuales sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35, 144-149.
- Ivanoiu, A., Cooper, J. M., Shanks, M. F. y Venneri, A. (2006). Patterns of impairment in autobiographical memory in the degenerative dementias constrain models of memory. *Neuropsychologia*, 44, 1936-1955.

- Ivory, S. J., Knight, R. G., Longmore, B. E. y Caradoc-Davies, T. (1999). Verbal memory in non-demented patients with idiopathic Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, *37*, 817-828.
- Jack, C. R., Petersen, R. C., Xu, Y. C., O'Brien, P. C., Smith, G. E., Ivnik, R. J., ... y Kokmen, E. (1999). Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment. *Neurology*, *52*, 1397-1397.
- Jacobs, D. M., Marder, K., Cote, L. J., Sano, M., Stern, Y. y Mayeux, R. (1995). Neuropsychological characteristics of preclinical dementia in Parkinson's disease. *Neurology*, *45*, 1691-1696.
- James, L. E., Burke, D. M., Austin, A. y Hulme, E. (1998). Production and perception of verbosity in younger and older adults. *Psychology and Aging*, *13*, 355-367.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt.
- Jansari, A. y Parkin, A. J. (1996). Things that go bump in your life: Explaining the reminiscence bump in autobiographical memory. *Psychology and Aging*, *11*, 85-91.
- Janssen, S. M. y Murre, J. M. (2008). Reminiscence bump in autobiographical memory: Unexplained by novelty, emotionality, valence, or importance of personal events. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *61*, 1847-1860.
- Janssen, S. M., Kristo, G., Rouw, R. y Murre, J. M. (2015). The relation between verbal and visuospatial memory and autobiographical memory. *Consciousness and Cognition*, *31*, 12-23.
- Janssen, S. M., Rubin, D. C. y Jacques, P. L. S. (2011). The temporal distribution of autobiographical memory: changes in reliving and vividness over the life span do not explain the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, *39*, 1-11.
- Jennings, J. M. y Jacoby, L. L. (1993). Automatic versus intentional uses of memory: Aging, attention, and control. *Psychology and Aging*, *8*, 283-293.
- Jensen, A. R. (1965). Scoring the Stroop test. *Acta Psychologica*, *24*, 398-408.
- Johnson, A. M., Pollard, C. C., Vernon, P. A., Tomes, J. L. y Jog, M. S. (2005). Memory perception and strategy use in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*,

11, 111-115.

Johnson, M. K., Foley, M. A., Suengas, A. G. y Raye, C. L. (1988). Phenomenal characteristics of memories for perceived and imagined autobiographical events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 117, 371-376.

Jorm, A. F. y Jolley, D. (1998). The incidence of dementia: A meta-analysis. *Neurology*, 51, 728-733.

Josephson, B. R., Singer, J. A. y Salovey, P. (1996). Mood regulation and memory: Repairing sad moods with happy memories. *Cognition and Emotion*, 10, 437-444.

Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., Facal, D. y Rodríguez, N. (2010). Una revisión de la investigación sobre lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30, 73-83.

Junqué, C. y Jurado, M. A. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

Kalaria, R. N., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, R. P., Galasko, D., Hall, K., ... y Prince, M. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: Prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*, 7, 812-826.

Kalenzaga, S. y Clarys, D. (2013). Self-referential processing in Alzheimer's disease: Two different ways of processing self-knowledge? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35, 455-471.

Kalenzaga, S., Bugajska, A. y Clarys, D. (2013). Self-reference effect and auto-noetic consciousness in Alzheimer disease: evidence for a persistent affective self in dementia patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27, 116-122.

Kalenzaga, S., Piolino, P. y Clarys, D. (2015). The emotional memory effect in Alzheimer's disease: Emotional words enhance recollective experience similarly in patients and control participants. *Cognition and Emotion*, 29, 342-350.

Kapur, N. (1999). Syndromes of retrograde amnesia: a conceptual and empirical synthesis. *Psychological Bulletin*, 125, 800-825.

Kapur, N., Thompson, P., Kartsounis, L. D. y Abbott, P. (1998). Retrograde amnesia: Clinical and methodological caveats. *Neuropsychologia*, 37, 27-30.

- Kazui, H., Hashimoto, M., Hirono, N. y Mori, E. (2003). Nature of personal semantic memory: Evidence from Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, *41*, 981-988.
- Kazui, H., Mori, E., Hashimoto, M. y Hirono, N. (2003). Enhancement of declarative memory by emotional arousal and visual memory function in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *15*, 221-226.
- Kemper, S. y Sumner, A. (2001). The structure of verbal abilities in young and older adults. *Psychology and Aging*, *16*, 312-322.
- Kemps, E., Szmalec, A., Vandierendonck, A. y Crevits, L. (2005). Visuo-spatial processing in Parkinson's disease: Evidence for diminished visuo-spatial sketchpad and central executive resources. *Parkinsonism & Related Disorders*, *11*, 181-186.
- Kennedy, Q., Mather, M. y Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science*, *15*, 208-214.
- Kensinger, E. A. (2009). What factors need to be considered to understand emotional memories? *Emotion Review*, *1*, 120-121.
- Kensinger, E. A. y Corkin, S. (2004). Two routes to emotional memory: Distinct neural processes for valence and arousal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *101*, 3310-3315.
- Kensinger, E. A., Brierley, B., Medford, N., Growdon, J. H. y Corkin, S. (2002). Effects of normal aging and Alzheimer's disease on emotional memory. *Emotion*, *2*, 118-134
- Kensinger, E. A., O'Brien, J. L., Swanberg, K., Garoff-Eaton, R. J. y Schacter, D. L. (2007). The effects of emotional content on reality-monitoring performance in young and older adults. *Psychology and Aging*, *22*, 752-764.
- Kessler, E. M. y Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and aging*, *24*, 349-362.
- Keyes, C. L. y Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. En S. J. López y C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC: American

Psychological Association.

- Keys, B. A. y White, D. A. (2000). Exploring the relationship between age, executive abilities, and psychomotor speed. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 76-82.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.
- Kiernat, J. M. (1979). The use of life review activity with confused nursing home residents. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 33, 306-310.
- Killiany, R. J., Gomez-Isla, T., Moss, M., Kikinis, R., Sandor, T., Jolesz, F., ... y Albert, M. S. (2000). Use of structural magnetic resonance imaging to predict who will get Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 47, 430-439.
- Kim, S., Jeneson, A., van der Horst, A. S., Frascino, J. C., Hopkins, R. O. y Squire, L. R. (2011). Memory, visual discrimination performance, and the human hippocampus. *Journal of Neuroscience*, 31, 2624-2629.
- Klein, K. y Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 520-533.
- Klein, S. B. y Gangi, C. E. (2010). The multiplicity of self: Neuropsychological evidence and its implications for the self as a construct in psychological research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191, 1-15.
- Klein, S. B. y Lax, M. L. (2010). The unanticipated resilience of trait self-knowledge in the face of neural damage. *Memory*, 18, 918-948.
- Koerts, J., Van Beilen, M., Leenders, K. L., Brouwer, W. H., Tucha, L. y Tucha, O. (2012). Complaints about impairments in executive functions in Parkinson's disease: The association with neuropsychological assessment. *Parkinsonism & Related Disorders*, 18, 194-197.
- Köhler, C. A., Carvalho, A. F., Alves, G. S., McIntyre, R. S., Hyphantis, T. N., & Cammarota, M.

- (2015). Autobiographical memory disturbances in depression: a novel therapeutic target? *Neural plasticity*, 2015, 1-14.
- Kopelman, M. D. (1989). Remote and autobiographical memory, temporal context memory and frontal atrophy in Korsakoff and Alzheimer patients. *Neuropsychologia*, 27, 437-460.
- Kopelman, M. D. (1992). Autobiographical memory in clinical research and practice. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 427-450). Dordrecht, The Netherlands: Kluwe Academic Publishers.
- Kopelman, M. D. (2000). The neuropsychology of remote memory. En L. Cermak (Ed.) *Handbook of Neuropsychology*, 2nd edn, Vol. 2 (pp. 251-280). Amsterdam: Elsevier Science.
- Kopelman, M. D. (2002). Disorders of memory. *Brain*, 125, 2152-2190.
- Kopelman, M. D. y Kapur, N. (2001). The loss of episodic memories in retrograde amnesia: single-case and group studies. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 356, 1409-1421.
- Kopelman, M. D., Wilson, B. A. y Baddeley, A. D. (1989). The autobiographical memory interview: A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 724-744.
- Kopelman, M. D., Wilson, B. A. y Baddeley, A. D. (1990). *The Autobiographical Memory Interview (manual)*. Edmunds, England: Thames Valley Test Company.
- Koppel, J. y Berntsen, D. (2015). The peaks of life: The differential temporal locations of the reminiscence bump across disparate cueing methods. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 4, 66-80.
- Kozora, E. y Cullum, C. M. (1995). Generative naming in normal aging: Total output and qualitative changes using phonemic and semantic constraints. *The Clinical Neuropsychologist*, 9, 313-320.
- Kramer, A. F. y Madden, D. J. (2008). Attention. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The*

- handbook of aging and cognition* (pp. 189-250). New York: Psychology Press.
- Kramer, A. F., Colcombe, S. J., McAuley, E., Scalf, P. E. y Erickson, K. I. (2005). Fitness, aging and neurocognitive function. *Neurobiology of Aging*, *26*, 124-127.
- Kramer, A. F., Erickson, K. I. y Colcombe, S. J. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of applied physiology*, *101*, 1237-1242.
- Krans, J., Näring, G., Becker, E. S. y Holmes, E. A. (2009). Intrusive trauma memory: A review and functional analysis. *Applied Cognitive Psychology*, *23*, 1076-1088.
- Kremers, I. P., Spinhoven, P. y Does, A. J. W. (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 17-29.
- Kroll, N. E., Markowitsch, H. J., Knight, R. T. y von Cramon, D. Y. (1997). Retrieval of old memories: the temporofrontal hypothesis. *Brain*, *120*, 1377-1399.
- Kulisevsky, J., Luquin, M. R., Arbelo, J. M., Burguera, J. A., Carrillo, F., Castro, A., ... y Martínez-Castrillo, J. C. (2013). Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte I). *Neurología*, *28*, 503-521.
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, *15*, 511-526.
- Kuyken, W. y Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 585-591.
- Kuzis, G., Sabe, L., Tiberti, C., Leiguarda, R. y Starkstein, S. E. (1997). Cognitive functions in major depression and Parkinson disease. *Archives of Neurology*, *54*, 982-986.
- Labouvie-Vief, G. y Blanchard-Fields, F. (1982). Cognitive ageing and psychological growth. *Ageing and Society*, *2*, 183-209.
- Labouvie-Vief, G., DeVoe, M. y Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, *4*, 425-437.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., DeVoe, M. y Schoeberlein, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, *32*, 279-299.

- Lachman, M. E. y Firth, K. M. P. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. En O. G. Brim, C. D. Ryff y R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 320-349). Chicago: University of Chicago Press.
- Lalanne, J., Gallarda, T. y Piolino, P. (2015). "The Castle of Remembrance": New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation, 25*, 254-282.
- Lalanne, J., Rozenberg, J., Grolleau, P., & Piolino, P. (2013). The self-reference effect on episodic memory recollection in young and older adults and Alzheimer's Disease. *Current Alzheimer Research, 10*, 1107-1117.
- Lancaster, J. y Barsalou, L. W. (1997). Multiple organisations of events in memory. *Memory, 5*, 569-599.
- Landes, A. M., Sperry, S. D., Strauss, M. E. y Geldmacher, D. S. (2001). Apathy in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*, 1700-1707.
- Lange, K. W., Tucha, O., Alders, G. L., Preier, M., Csoti, I., Merz, B., ... y Vieregge, P. (2003). Differentiation of parkinsonian syndromes according to differences in executive functions. *Journal of Neural Transmission, 110*, 983-995.
- Larsen S. F. (1992) Personal context in autobiographical and narrative memories. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 53-71). Netherlands: Springer.
- Larsen, S. F. y Thompson, C. P. (1995). Reconstructive memory in the dating of personal and public news events. *Memory & Cognition, 23*, 780-790.
- LaRue, A. (1992). *Aging and neuropsychological assessment*. New York: Springer Science & Business Media.
- Latorre J. M. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 243-264.
- Latorre, J. M. P., Montañés, J. R., Serrano, J. P., Hernández, J. V. V., Sancho, M. J. V., Alarcón, H. M. y Ros, L. S. (2003). *Memoria autobiográfica y depresión en la vejez:*

entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva. Madrid: IMSERSO, Estudios I+ D+ I.

Lavenex, I. y Pasquier, F. (2004). Perception of emotion on faces in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: A longitudinal study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 19, 37-41.

Lavenex, G., Pollak, P., Brenier, F., Gaio, J. M., Hommel, M., Pellat, J. y Perret, J. (1989). Maladie d'Alzheimer et maladie de Parkinson. Differentiation neuropsychologique. *Revue Neurologique*, 145, 24-30.

Lawton, M. P., Kleban, M. H. y Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of Structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 8, 165-175.

Lawton, M.P., Kleban, M.H., Rajagopal, D., y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-184

LeDoux, J. y Bernal, I. M. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.

León, F. G., Hernández, L. M., Martínez, J. M. A. y Meilán, J. J. G. (2011). La influencia de la emoción en la memoria como índice para el diagnóstico temprano del Alzheimer. *Alzheimer: Realidades e Investigación en Demencia*, 8, 33-38.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V. y Ekman, P. (1991). Emotion, physiology, and expression in old age. *Psychology and Aging*, 6, 28-35.

Levin, B. E., Llabre, M. M., Reisman, S., Weiner, W. J., Sanchez-Ramos, J., Singer, C. y Brown, M. C. (1991). Visuospatial impairment in Parkinson's disease. *Neurology*, 41, 365-365.

Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G. y Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17, 677-689.

Levine, B., Turner, G. R., Tisserand, D., Hevenor, S. J., Graham, S. y McIntosh, A. R. (2004). The functional neuroanatomy of episodic and semantic autobiographical remembering: A prospective functional MRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 1633-1646.

Levine, L. J. y Bluck, S. (1997). Experienced and remembered emotional intensity in older

- adults. *Psychology and Aging*, 12, 514-523.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- Lewis, F. M., Lapointe, L. L., Murdoch, B. E. y Chenery, H. J. (1998). Language impairment in Parkinson's disease. *Aphasiology*, 12, 193-206.
- Lewis, M. y Brooks-Gunn, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of the self*. New York: Plenum Press
- Lewis, S. J. y Barker, R. A. (2009). Understanding the dopaminergic deficits in Parkinson's disease: Insights into disease heterogeneity. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16, 620-625.
- Lewis, S. J., Slabosz, A., Robbins, T. W., Barker, R. A. y Owen, A. M. (2005). Dopaminergic basis for deficits in working memory but not attentional set shifting in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 43, 823-832.
- Leyhe, T., Muller, S., Milian, M., Eschweiler, G. W. y Saur, R. (2009). Impairment of episodic and semantic autobiographical memory in patients with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 47, 2464-2469.
- Li, G., Wang, L. Y., Shofer, J. B., Thompson, M. L., Peskind, E. R., McCormick, W., ... Larson, M. D. (2011). Temporal relationship between depression and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 9, 970-977
- Linton, M. (1986). Ways of searching and the contents of memory. En D. C. Rubin, *Autobiographical Memory* (pp. 50-67). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y Grupo de Trabajo ZARADEMP. (2002). *MMSE examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Locke, J. 1694/1979. *An Essay Concerning Human Understanding*. Oxford: Clarendon Press.
- Loewenstein, D. A., Acevedo, A., Potter, E., Schinka, J. A., Raj, A., Greig, M. T., ... y Schofield, E. (2009). Severity of medial temporal atrophy and amnesic mild cognitive impairment: Selecting type and number of memory tests. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1050-1058.
- Louis, E. D. y Ferreira, J. J. (2010). How common is the most common adult movement

- disorder? Update on the worldwide prevalence of essential tremor. *Movement Disorders*, 25, 534-541.
- Luck, T., Luppá, M., Briel, S. y Riedel-Heller, S. G. (2010). Incidence of mild cognitive impairment: A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 164-175.
- Luo, L. y Craik, F. I. (2008). Aging and memory: A cognitive approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 346-353.
- Lustig, C., May, C. P. y Hasher, L. (2001). Working memory span and the role of proactive interference. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 199-207.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Mace, N. y Rabins, P. (1997). *Cuando el día tiene 36 horas: Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer*. México: Pax México.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M. y Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 331-334.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203.
- Madden, D. J. (1983). Aging and distraction by highly familiar stimuli during visual search. *Developmental Psychology*, 19, 499-507.
- Madden, D. J. (1990). Adult age differences in attentional selectivity and capacity. *European Journal of Cognitive Psychology*, 2, 229-252.
- Madden, D. J., Bennett, I. J. y Song, A. W. (2009). Cerebral white matter integrity and cognitive aging: Contributions from diffusion tensor imaging. *Neuropsychology Review*, 19, 415-435.
- Maguire, E. A. (2001). Neuroimaging studies of autobiographical event memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 356, 1441-1451.
- Mahieux, F., Fénelon, G., Flahault, A., Manifacier, M. J., Michelet, D. y Boller, F. (1998).
-

- Neuropsychological prediction of dementia in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 64, 178-183.
- Maki, Y., Yoshida, H., Yamaguchi, T. y Yamaguchi, H. (2013). Relative preservation of the recognition of positive facial expression "happiness" in Alzheimer disease. *International Psychogeriatrics*, 25, 105-110.
- Malatesta, C. Z. y Kalnok, M. (1984). Emotional experience in younger and older adults. *Journal of Gerontology*, 39, 301-308.
- Mäntylä, T. (1993). Knowing but not remembering: Adult age differences in recollective experience. *Memory & Cognition*, 21, 379-388.
- Marder, K., Tang, M. X., Cote, L., Stern, Y. y Mayeux, R. (1995). The frequency and associated risk factors for dementia in patients with Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 52, 695-701.
- Mark, J., Williams, G. y Ditschel, B. H. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391-410). Springer Netherlands.
- Markowitsch, H. J. (1995). Which brain regions are critically involved in the retrieval of old episodic memory? *Brain Research Reviews*, 21, 117-127.
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., y Pérez, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 44-51.
- Marschark, M. y Surian, L. (1989). Why does imagery improve memory? *European Journal of Cognitive Psychology*, 1, 251-263.
- Marschark, M., Richman, C. L., Yuille, J. C. y Hunt, R. R. (1987). The role of imagery in memory: On shared and distinctive information. *Psychological Bulletin*, 102, 28-41.
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W. y Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66,

97-114.

Martinelli, P. y Piolino, P. (2009). Self-defining memories: Last episodic memories bastion in normal aging? *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 7, 151-167.

Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M. y Piolino, P. (2013). The influence of normal aging and Alzheimer's disease in autobiographical memory highly related to the self. *Neuropsychology*, 27, 69-78.

Martínez Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación* (Tesis Doctoral).

Marx, E. M., Williams, J. M. y Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 78-86.

Massimi, M., Berry, E., Browne, G., Smyth, G., Watson, P. y Baecker, R. M. (2008). An exploratory case study of the impact of ambient biographical displays on identity in a patient with Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 742-765.

Mather, M. y Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, 14, 409-415.

Mather, M. y Johnson, M. K. (2000). Choice-supportive source monitoring: Do our decisions seem better to us as we age? *Psychology and Aging*, 15, 596-606.

Mather, M., Knight, M. y McCaffrey, M. (2005). The allure of the alignable: Younger and older adults' false memories of choice features. *Journal of Experimental Psychology: General*, 134, 38-1.

Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.

Matt, G. E., Vázquez, C. y Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-255.

Matthews, G. y Harley, T. A. (1996). Connectionist models of emotional distress and attentional bias. *Cognition & Emotion*, 10, 561-600

Mattis, S. (1988). *Dementia Rating Scale: DRS: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Mayeux, R., Chen, J., Mirabello, E., Marder, K., Bell, K., Dooneief, G., ... y Stern, Y. (1990). An estimate of the incidence of dementia in idiopathic Parkinson's disease. *Neurology*, *40*, 1513-1513.
- McAdams, D. P. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (1987). A life-story model of identity. En R. Hogan y W. H. Jones (Eds.), *Perspectives in personality Vol. 2* (pp. 15-50). Greenwich, CT: JAI Press.
- McAdams, D. P. (1990). Unity and purpose in human lives: The emergence of identity as the life story. En A. I. Rabin, R. A. Zucker, R. A. Emmons y S. Frank (Eds.), *Studying persons and lives* (pp. 148- 200). New York: Springer.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, *7*, 295-321.
- McAdams, D. P. (1999). Personal narratives and the life story. En L. Pervin y O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 478-500). New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2001). *Coding autobiographical episodes for themes of agency and communion*. Unpublished manuscript, Northwestern University, Evanston, IL.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, *5*, 100-122.
- McAuley, E., Kramer, A. F. y Colcombe, S. J. (2004). Cardiovascular fitness and neurocognitive function in older adults: a brief review. *Brain, Behavior, and Immunity*, *18*, 214-220.
- McCabe, A., Capron, E. y Peterson, C. (1991). The voice of experience: The recall of early childhood and adolescent memories by young adults. En A. McCabe y C. Peterson (Eds.), *Developing Narrative Structure* (pp. 137-173). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCown, D. A. y Arnoult, M. D. (1981). Interference produced by modified Stroop stimuli.

Bulletin of the Psychonomic Society, 17, 5-7.

- McDowd, J. M. y Shaw, R. J. (2000). Attention and aging: A functional perspective. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 221–292). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McLean, K. C. y Pratt, M. W. (2006). Life's little (and big) lessons: Identity statuses and meaning-making in the turning point narratives of emerging adults. *Developmental Psychology, 42, 714-722.*
- Mead, L. A., Mayer, A. R., Bobholz, J. A., Woodley, S. J., Cunningham, J. M., Hammeke, T. A. y Rao, S. M. (2002). Neural basis of the Stroop interference task: Response competition or selective attention? *Journal of the International Neuropsychological Society, 8, 735-742.*
- Meara, J. y Koller, W. C. (2000). *Parkinson's disease and Parkinsonism in the elderly.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Meeter, M., Eijsackers, E. V. y Mulder, J. L. (2006). Retrograde amnesia for autobiographical memories and public events in mild and moderate Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 28, 914-927.*
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology, 15, 1089-1098.*
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores: Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología, 95, 29-42.*
- Meléndez, J. C., Redondo, R., Torres, M., Mayordomo, T. y Sales, A. (2016). Autobiographical memory for the differential diagnosis of cognitive pathology in aging. *Geriatrics & Gerontology International, 16, 1220-1225.*
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43, 90-95.*
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología, 27, 164-169.*

- Meléndez, J. C., Torres, M., Redondo, R., Mayordomo, T. y Sales, A. (2015). Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. *International Journal of Psychology*.
- Michon, A. (2009). The concept of mild cognitive impairment: Relevance and limits in clinical practice. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 12-19.
- Milham, M. P., Erickson, K. I., Banich, M. T., Kramer, A. F., Webb, A., Wszalek, T. y Cohen, N. J. (2002). Attentional control in the aging brain: insights from an fMRI study of the stroop task. *Brain and Cognition*, 49, 277-296.
- Mintun, M. A., Larossa, G. N., Sheline, Y. I., Dence, C. S., Lee, S. Y., Mach, R. H., ... y Morris, J. C. (2006). [11C] PIB in a nondemented population Potential antecedent marker of Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 446-452.
- Mitchell, A. J. y Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia—meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 252-265.
- Mitchell, D. B. (1989). How many memory systems? Evidence from aging. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15, 31-49.
- Mohr E. y Chase T. N. (1991) Treatment strategies in primary degenerative dementias. En F. Boller y J. Grafman (Eds.) *Handbook of neuropsychology* (pp. 57-78). Amsterdam: Elsevier.
- Molinuelo J. L. y Peña-Casanova J. (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: Conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona: Thomson Reuters.
- Montorio, I. y de Izal. M F. (2000). *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis
- Moore, R. G., Watts, F. N. y Williams, J. M. G. (1988). The specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 275-276.
- Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D. W., Price, J. L., Rubin, E. H. y Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 58, 397-405.

- Morris, R. G. (1996). The neuropsychology of Alzheimer's disease and related dementias. En R. T. Woods (Ed), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 219-242). Chichester: John Wiley & Sons.
- Moscovitch, M. y Winocur, G. (1992). The neuropsychology of memory and aging. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 315-372). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moscovitch, M., Rosenbaum, R. S., Gilboa, A., Addis, D. R., Westmacott, R., Grady, C. y Nadel, L. (2005). Functional neuroanatomy of remote episodic, semantic and spatial memory: a unified account based on multiple trace theory. *Journal of Anatomy*, 207, 35-66.
- Moscovitch, M., Yaschyshyn, T., Ziegler, M. y Nadel, L. (1999). Remote episodic memory and retrograde amnesia: Was Endel Tulving right all along? En E. Tulving (Ed.), *Memory, consciousness, and the brain: The Tallinn Conference* (pp. 331-345). New York: Psychology Press.
- Moses, A., Culpin, V., Lowe, C. y McWilliam, C. (2004). Overgenerality of autobiographical memory in Alzheimer's disease. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 377-386.
- Mroczek, D. K. (2001). Age and emotion in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 87-90.
- Mroczek, D. K. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349
- Müller, S., Mychajliw, C., Hautzinger, M., Fallgatter, A. J., Saur, R. y Leyhe, T. (2014). Memory for past public events depends on retrieval frequency but not memory age in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 38, 379-390.
- Müller, S., Saur, R., Greve, B., Melms, A., Hautzinger, M., Fallgatter, A. J. y Leyhe, T. (2013). Similar autobiographical memory impairment in long-term secondary progressive multiple sclerosis and Alzheimer's disease. *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 225-232.
- Muñiz, R., Olazarán, J., Amador, B., González, M.J., Morillas, N., y Apesteguía, L. (2005). La

- atención sociosanitaria de la demencia en la Comunidad de Madrid. En F. P. Bermejo (Ed.), *Libro blanco sobre la demencia y enfermedad de Alzheimer* (pp. 55-71). Madrid: Siglo.
- Murdoch, B. E., Chenery, H. J., Wilks, V. y Boyle, R. S. (1987). Language disorders in dementia of the Alzheimer type. *Brain and Language*, *31*, 122-137.
- Murphy, K. J., Troyer, A. K., Levine, B. y Moscovitch, M. (2008). Episodic, but not semantic, autobiographical memory is reduced in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, *46*, 3116-3123.
- Nadel, L. y Moscovitch, M. (1997). Memory consolidation, retrograde amnesia and the hippocampal complex. *Current Opinion in Neurobiology*, *7*, 217-227.
- Nadel, L., Winocur, G., Ryan, L. y Moscovitch, M. (2007). Systems consolidation and hippocampus: two views. *Debates in Neuroscience*, *1*, 55-66.
- Naylor, E. y Clare, L. (2008). Awareness of memory functioning, autobiographical memory and identity in early-stage dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, *18*, 590-606.
- Neisser, U. (1986). Nested structure in autobiographical memory. En D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 71-88). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology*, *1*, 35-59.
- Neisser, U. y Libby, L. K. (2000). Remembering life experiences. En E. Tulving y F. M. Craik (Eds.), *The oxford handbook of memory* (pp. 315-332). New York: Oxford University Press.
- Nelson, A. P. y O'Connor, M. G. (2008). Mild cognitive impairment: A neuropsychological perspective. *CNS Spectrums*, *13*, 56-64.
- Nelson, C. A. (1995). The ontogeny of human memory: A cognitive neuroscience perspective. *Developmental Psychology*, *31*, 723-738.
- Nelson, K. (1988). The ontogeny of memory for real events. En C. E. Winograd y U. Neisser (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 244-276). New York: Cambridge University Press

- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science, 4*, 7-14.
- Nelson, K. (1996). *Language in cognitive development: The emergence of the mediated mind*. New York: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (2003). Self and social functions: Individual autobiographical memory and collective narrative. *Memory, 11*, 125-136.
- Nelson, K. y Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A sociocultural development theory. *Psychological Review, 111*, 486-511.
- Nestor, P. J., Graham, K. S., Bozeat, S., Simons, J. S. y Hodges, J. R. (2002). Memory consolidation and the hippocampus: Further evidence from studies of autobiographical memory in semantic dementia and frontal variant frontotemporal dementia. *Neuropsychologia, 40*, 633-654.
- Nigro, G. y Neisser, U. (1983). Point of view in personal memories. *Cognitive Psychology, 15*, 467-482.
- Nilsson, L. G. (2003). Memory function in normal aging. *Acta Neurologica Scandinavica, 107*, 7-13.
- Nilsson, L. G., Adolfsson, R., Bäckman, L., de Frias, C. M., Molander, B. y Nyberg, L. (2004). Betula: A prospective cohort study on memory, health and aging. *Aging Neuropsychology and Cognition, 11*, 134-148.
- Norman, D. A. y Bobrow, D. G. (1979). Descriptions: An intermediate stage in memory retrieval. *Cognitive Psychology, 11*, 107-123.
- Ogden, J. A. (1990). Spatial abilities and deficits in aging and age-related disorders. *Handbook of Neuropsychology, 4*, 265-278.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J. y Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation a quantitative synthesis. *Research on Aging, 6*, 45-65.
- Olazaran, J., Muniz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Cruz-Jentoft, A. J., ... y Galiano, M. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer's disease. *Neurology, 63*, 2348-2353.

- Organización Mundial de la Salud (1974). *Organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos*. Ginebra: OMS.
- Orona, C. J. (1990). Temporality and identity loss due to Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 30, 1247-1256.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K. y Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Owen, A. M. (2004). Cognitive dysfunction in Parkinson's disease: The role of frontostriatal circuitry. *The Neuroscientist*, 10, 525-537.
- Owen, A. M., James, M., Leigh, P. N., Summers, B. A., Marsden, C. D., Quinn, N. A., ... y Robbins, T. W. (1992). Fronto-striatal cognitive deficits at different stages of Parkinson's disease. *Brain*, 115, 1727-1751.
- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Imbimbo, B. P., ... y Solfrizzi, V. (2010). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: Possible continuum? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 98-116.
- Park, D. C., Smith, A. D., Lautenschlager, G., Earles, J. L., Frieske, D., Zwahr, M. y Gaines, C. L. (1996). Mediators of long-term memory performance across the life span. *Psychology and Aging*, 11, 621-637.
- Park, D. y Schwarz, N. (2002). *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Park, D.C. y Gutchess, A.H. (2004). Long-term memory and aging: A cognitive neuroscience perspective. En R. Cabeza, L. Nyberg y D. C. Park (Eds.), *Cognitive neuroscience of aging: Linking cognitive and cerebral aging* (pp. 218-245). New York: Oxford Press.
- Park, R. J., Goodyer, I. M. y Teasdale, J. D. (2002). Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 32, 267-276.
- Parker, J. (2003). Positive communication with people who have dementia. En T. Adams y J. Manthorpe (Eds.), *Dementia care* (pp. 148-163). London, UK: Arnold.
- Parkin, A. J. y Walter, B. M. (1991). Aging, short-term memory, and frontal dysfunction.

Psychobiology, 19, 175-179.

Parrott, W. G. y Sabini, J. (1990). Mood and memory under natural conditions: Evidence for mood incongruent recall. *Journal of Personality and Social Psychology, 59, 321-336.*

Pascual y Barlés, G. (1999). *El cuidador de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer. La guía.* Pamplona: CEAFA.

Pasupathi, M. (2003). Emotion regulation during social remembering: Differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory, 11, 151-163.*

Pasupathi, M., Lucas, S. y Coombs, A. (2002). Conversational functions of autobiographical remembering: Long-married couples talk about conflicts and pleasant topics. *Discourse Processes, 34, 163-192.*

Patwardhan, M. B., McCrory, D. C., Matchar, D. B., Samsa, G. P. y Rutschmann, O. T. (2004). Alzheimer disease: Operating characteristics of PET-A meta-Analysis 1. *Radiology, 231, 73-80.*

Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5, 164-172.*

Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R. y Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57, 149-161.*

Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... y Martínez-Martín, P. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology, 9, 1-9.*

Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H. y Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43, 344-350.*

Peña-Casanova, J. (2005). *Test Barcelona Revisado. Normalidad, semiología y patologías neuropsicológicas.* Barcelona: Masson.

- Perea, M. V., Ladera, V. y Echeandía, C. (2001). *Neuropsicología. Libro de Trabajo (2ª ed.)*. Salamanca: Ediciones Amarú.
- Pérez-Tur, J. (2001). Presenilinas en la génesis de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología, 33*, 967-972.
- Perlado, F. (1995). *Teoría y práctica de la geriatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Perner, J. y Ruffman, T. (1995). Episodic memory or auto-noetic consciousness: Developmental evidence and a theory of childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology, 59*, 516-548.
- Perri, R., Serra, L., Carlesimo, G. A. y Caltagirone, C. (2007). Amnestic mild cognitive impairment: Difference of memory profile in subjects who converted or did not convert to Alzheimer's disease. *Neuropsychology, 21*, 549-558.
- Perry, R. J. y Hodges, J. R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. *Brain, 122*, 383-404.
- Petersen, R. C. (2003). *Mild cognitive impairment. Aging to Alzheimer's disease*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine, 256*, 183-194.
- Petersen, R. C. y Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: An overview. *CNS Spectrums, 13*, 45-53.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V. y Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine, 275*, 214-228.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology, 58*, 1985-1992.
- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Geda, Y. E., Ivnik, R. J., ... y Jack, C. R. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Archives of Neurology, 66*, 1447-1455.

- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Geda, Y. E., Cha, R. H., Pankratz, V. S., ... y Rocca, W. A. (2010). Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*, *75*, 889-897.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G. y Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, *56*, 303-308.
- Pillemer, D. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*, *11*, 193-202.
- Pillemer, D. B. (1992). Remembering personal circumstances: A functional analysis. En E. Winograd y U. Neisser (Eds.), *Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories* (pp. 236-264). New York: Cambridge University Press
- Pillemer, D. B. (1998). What is remembered about early childhood events? *Clinical Psychology Review*, *18*, 895-913.
- Pillemer, D. B. (2001). Momentous events and the life story. *Review of General Psychology*, *5*, 123-134.
- Pillemer, D. B. y White, S. H. (1989). Childhood events recalled by children and adults. *Advances in Child Development and Behavior*, *21*, 297-340.
- Pillemer, D. B., Goldsmith, L. R., Panter, A. T. y White, S. H. (1988). Very long-term memories of the first year in college. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, *14*, 709-715
- Pillon, B., Boller, F., Levy, R. y Dubois, B. (2001). Cognitive deficits and dementia in Parkinson's disease. *Handbook of Neuropsychology*, *6*, 311-372.
- Pillon, B., Deweer, B., Agid, Y. y Dubois, B. (1993). Explicit memory in Alzheimer's, Huntington's, and Parkinson's diseases. *Archives of Neurology*, *50*, 374-379.
- Pinazo Hernandis, S. y Sánchez Martínez, M. (2005). *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson.
- Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., Macé, A. L., Quinette, P., Guillery-Girard, B. y Belleville, S. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: Do the executive

- and feature binding functions of working memory have a role? *Neuropsychologia*, *48*, 429-440.
- Piolino, P., Desgranges, B. y Eustache, F. (2009). Episodic autobiographical memories over the course of time: Cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia*, *47*, 2314-2329.
- Piolino, P., Desgranges, B., Belliard, S., Matuszewski, V., Lalevée, C., De La Sayette, V. y Eustache, F. (2003). Autobiographical memory and auto-noetic consciousness: Triple dissociation in neurodegenerative diseases. *Brain*, *126*, 2203-2219.
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K. y Eustache, F. (2002). Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. *Memory*, *10*, 239-257.
- Piolino, P., Desgranges, B., Clarys, D., Guillery-Girard, B., Tacconnat, L., Isingrini, M. y Eustache, F. (2006). Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and self-perspective in aging. *Psychology and Aging*, *21*, 510-525.
- Piolino, P., Desgranges, B., Hubert, V., Bernard, F. A., Matuszewski, V., Chételat, G., ... y Eustache, F. (2008). Reliving lifelong episodic autobiographical memories via the hippocampus: A correlative resting PET study in healthy middle-aged subjects. *Hippocampus*, *18*, 445-459.
- Piolino, P., Giffard-Quillon, G., Desgranges, B., Chételat, G., Baron, J. C. y Eustache, F. (2004). Re-experiencing old memories via hippocampus: A PET study of autobiographical memory. *NeuroImage*, *22*, 1371-1383.
- Poewe, W., Granata, F. y Geser, F. (2004). Pharmacologic treatment of Parkinson's disease. En R. L. Watts y W. C. Koler (Eds.), *Movement disorders: Neurologic principles and practice* (2nd ed.) (pp. 247-271). New York: McGraw-Hill.
- Poon, L. W. (1985). *Differences in human memory with aging: Nature, causes, and clinical implications*. En J. Birren y K. Schaie (Eds.), *Language and skills across adulthood* (pp. 427-462). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Portet, F., Ousset, P. J., Visser, P. J., Frisoni, G. B., Nobili, F., Scheltens, P., ... y MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC. (2006). Mild

- cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 714-718.
- Power, M. J., Dalgleish, T., Claudio, V., Tata, P. y Kentish, J. (2000). The directed forgetting task: application to emotionally valent material. *Journal of Affective Disorders*, 57, 147-157.
- Pratt, M. W., Norris, J. E., Arnold, M. L. y Filyer, R. (1999). Generativity and moral development as predictors of value-socialization narratives for young persons across the adult life span: from lessons learned to stories shared. *Psychology and Aging*, 14, 414-426.
- Prebble, S. C., Addis, D. R. y Tippett, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139, 815-840.
- Puffet, A., Jehin-Marchot, D., Timsit-Berthier, M. y Timsit, M. (1991). Autobiographical memory and major depressive states. *European Psychiatry*, 6, 141-145.
- Quinn, N., Critchley, P. y Marsden, C. D. (1987). Young onset Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2, 73-91.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P. y Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: an experimental approach. *Emotion*, 3, 201-206.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. y Eelen, P. (2007). A sentence completion procedure as an alternative to the Autobiographical Memory Test for assessing overgeneral memory in non-clinical populations. *Memory*, 15, 495-507.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G. y Eelen, P. (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: A mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? *Journal of*

Affective Disorders, 87, 331-335.

- Raes, F., Watkins, E. R., Williams, J. M. G. y Hermans, D. (2008). Non-ruminative processing reduces overgeneral autobiographical memory retrieval in students. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 748-756.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Rana, A. Q., Masroor, M. S. y Khan, A. S. (2013). A review of methods used to study cognitive deficits in Parkinson's disease. *Neurological Research*, 35, 1-6.
- Rathbone, C. J., Moulin, C. J. y Conway, M. A. (2008). Self-centered memories: The reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36, 1403-1414.
- Rauchs, G., Piolino, P., Mézenge, F., Landeau, B., Lalevée, C., Pélerin, A., ... y Desgranges, B. (2007). Auto-noetic consciousness in Alzheimer's disease: Neuropsychological and PET findings using an episodic learning and recognition task. *Neurobiology of Aging*, 28, 1410-1420.
- Raz, N. y Rodrigue, K. M. (2006). Differential aging of the brain: Patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 730-748.
- Raz, N., Gunning-Dixon, F. M., Head, D., Dupuis, J. H. y Acker, J. D. (1998). Neuroanatomical correlates of cognitive aging: Evidence from structural magnetic resonance imaging. *Neuropsychology*, 12, 95-114.
- Raz, N., Gunning-Dixon, F., Head, D., Rodrigue, K. M., Williamson, A. y Acker, J. D. (2004). Aging, sexual dimorphism, and hemispheric asymmetry of the cerebral cortex: Replicability of regional differences in volume. *Neurobiology of Aging*, 25, 377-396.
- Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., Head, D., Williamson, A., ... y Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in aging healthy adults: General trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex*, 15, 1676-1689.
- Ready, R. E., Weinberger, M. I. y Jones, K. M. (2007). How happy have you felt lately? Two diary studies of emotion recall in older and younger adults. *Cognitive Emotion* 21, 728-757.

- Reed, A. E. y Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology, 3*, 339-347.
- Reed, A. E., Chan, L., y Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging, 29*, 1-15.
- Reese, C. M. y Cherry, K. E. (2002). The effects of age, ability, and memory monitoring on prospective memory task performance. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 9*, 98-113.
- Regan, J. (1978). Involuntary automatic processing in color-naming tasks. *Perception & Psychophysics, 24*, 130-136.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry, 139*, 1136-1139.
- Reiser, B. J., Black, J. B. y Abelson, R. P. (1985). Knowledge structures in the organization and retrieval of autobiographical memories. *Cognitive Psychology, 17*, 89-137.
- Resnick, S. M., Pham, D. L., Kraut, M. A., Zonderman, A. B. y Davatzikos, C. (2003). Longitudinal magnetic resonance imaging studies of older adults: A shrinking brain. *The Journal of Neuroscience, 23*, 3295-3301.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique (Les problems.). *Archives de Psychologie, 28*, 215-285.
- Ribot, T. (1881). *Diseases of Memory*. New York: Appleton Century Crofts.
- Ricarte, J. J., Latorre, J. M. y Ros, L. (2013). Diseño y análisis del funcionamiento del Test de Memoria Autobiográfica en población española. *Apuntes de Psicología, 31*, 3-10.
- Richards, A. y Whittaker, T. M. (1990). Effects of anxiety and mood manipulation in autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 145-153.
- Ridderinkhof, R. K. (2002). Micro-and macro-adjustments of task set: Activation and suppression in conflict tasks. *Psychological Research, 66*, 312-323.
- Ríos, C., Pascual, L. F., Santos, S., López, E., Fernández, T., Navas, I., ... y Morales, F. (2001).

- Memoria de trabajo y actividades complejas de la vida diaria en el estadio inicial de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 33, 719-722.
- Roberts, R. E., Rhoades, H. M. y Vernon, S. W. (1990). Using the CES-D scale to screen for depression and anxiety: Effects of language and ethnic status. *Psychiatry Research*, 31, 69-83.
- Robinson, J. A. (1992). *Autobiographical memory*. En M. M. Gruneberg y P. E. Morris (Eds.), *Aspects of memory: The practical aspects* (pp. 223-251). Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Robinson, J. A. y Swanson, K. L. (1990). Autobiographical memory: The next phase. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 321-335.
- Robinson, J. A. y Swanson, K. L. (1993). Field and observer modes of remembering. *Memory*, 1, 169-184.
- Robinson, J. A. y Taylor, L. R. (1998). Autobiographical memory and self-narratives: A tale of two stories. En C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne, M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 125-143). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Röcke, C. y Lachman, M. E. (2008). Perceived trajectories of life satisfaction across past, present, and future: Profiles and correlates of subjective change in young, middle-aged, and older adults. *Psychology and Aging*, 23, 833-847.
- Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O. y Facal, D. (2008). El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28, 28-33.
- Roediger, H. L. y McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21, 803-814.
- Ros, L., Latorre, J. M., Aguilar, M. J., Serrano, J. P., Navarro, B., & Ricarte, J. J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in older populations with and without cognitive

- impairment. *International Journal of Aging and Human Development*, 72, 83-110.
- Rosen, A. C., Prull, M. W., Gabrieli, J. D., Stoub, T., O'Hara, R., Friedman, L., ... y deToledo-Morrell, L. (2003). Differential associations between entorhinal and hippocampal volumes and memory performance in older adults. *Behavioral Neuroscience*, 117, 1150-1160.
- Roth, M., Huppert, F. A., Mountjoy, C. Q. y Tym, E. (1999). *CAMDEX-R boxed set: The revised Cambridge examination for mental disorders of the elderly*. New York: Cambridge University Press.
- Roudier, M., Marcie, P., Grancher, A. S., Tzortzis, C., Starkstein, S. y Boller, F. (1998). Discrimination of facial identity and of emotions in Alzheimer's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 154, 151-158.
- Rovee-Collier, C y Hayne, H. (1987). Reactivation of infant memory: Implications for cognitive development. En H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior Vol. 20* (pp. 185-238). New York: Academic Press
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rozin, P. y Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 296-320.
- Rubin, D. C. (1998). Beginnings of a theory of autobiographical remembering. En C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne, M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 47-67). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rubin, D. C. y Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31, 1-14.
- Rubin, D. C. y Schulkind, M. D. (1997a). Distribution of important and word-cued autobiographical memories in 20-, 35-, and 70-year-old adults. *Psychology and Aging*, 12, 524-535.
- Rubin, D. C. y Schulkind, M. D. (1997b). The distribution of autobiographical memories across the lifespan. *Memory & Cognition*, 25, 859-866.

- Rubin, D. C., (1986). *Autobiographical memory*. New York: Cambridge University Press.
- Rubin, D. C., Rahhal, T. A. y Poon, L. W. (1998). Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory & Cognition*, 26, 3-19.
- Rubin, D. C., Wetzler, S. E. y Nebes, R. D. (1986). Autobiographical memory across the adult lifespan. En D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 202-221). New York: Cambridge University Press
- Ruff, R. M., Light, R. H., Parker, S. B. y Levin, H. S. (1997). The psychological construct of word fluency. *Brain and Language*, 57, 394-405.
- Ruiz-Vargas, J. M. (1999). Psicología experimental versus neurociencia cognitiva: Hacia una relación convergente. *Escritos de Psicología*, 3, 13-19.
- Rybash, J. M. (1999). Aging and autobiographical memory: The long and bumpy road. *Journal of Adult Development*, 6, 1-10.
- Sachs, J. (1983). Topic selection in parent-child discourse. *Discourse Processes*, 2, 145-153.
- Sadowsky, C. H. y Galvin, J. E. (2012). Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, 350-366.
- Sagar, H. J. (1990). Aging and age-related neurological disease: Remote memory. En R. D. Nebes y S. Corkin (Eds), *Handbook of neuropsychology* (pp. 311-324). New York, NY, US: Elsevier Science.
- Sagar, H. J., Cohen, N. J., Sullivan, E. V., Corkin, S. y Growdon, J. H. (1988). Remote memory function in Alzheimer's-disease and Parkinson's-disease. *Brain*, 111, 185-206.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salthouse, T. A. (1994). The aging of working memory. *Neuropsychology*, 8, 535-543.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403-428.
- San Martín, J. E. (1997). *Psicosociología del ocio y el turismo*. Málaga: Ediciones Aljibe.

- Sánchez, J. L., Rodríguez, M. y Carro, J. (2002). Influence of cognitive reserve on neuropsychologic functioning in Alzheimer's disease type sporadic in subjects of Spanish nationality. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 15, 113-122.
- Sánchez-Rodríguez, J. L. y Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: Aspectos generales. *Revista de Neurología*, 52, 300-305.
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Madrid: Ariel.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-53.
- Sano, M., Stern, Y., Williams, J., Coté, L., Rosenstein, R. y Mayeux, R. (1989). Coexisting dementia and depression in Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 46, 1284-1286.
- Sartori, G., Snitz, B. E., Sorcinelli, L. y Daum, I. (2004). Remote memory in advanced Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 779-789.
- Savica, R., Rocca, W. A. y Ahlskog, J. E. (2010). When does Parkinson disease start? *Archives of Neurology*, 67, 798-801.
- Schacter, D. L. (1987). Memory, amnesia, and frontal lobe dysfunction. *Psychobiology*, 15, 21-36.
- Schacter, D. L. (1999). The seven sins of memory: Insights from psychology and cognitive neuroscience. *American Psychologist*, 54, 182-203.
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49, 304-313.
- Scheibe, S. y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals of Gerontology: Series B*, 65, 135-144.
- Schooler, J. W. y Herrmann, D. J. (1992). There is more to episodic memory than just episodes. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 241-262). Dordrecht, The Netherlands: Kluwe Academic Publishers.

- Schott, J. M., Crutch, S. J., Fox, N. C. y Warrington, E. K. (2003). Development of selective verbal memory impairment secondary to a left thalamic infarct: A longitudinal case study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74, 255-257.
- Schotte, D. E., Cools, J. y Payvar, S. (1990). Problem-solving deficits in suicidal patients: trait vulnerability or state phenomenon? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 562-564.
- Schrauf, R. W. y Rubin, D. C. (1998). Bilingual autobiographical memory in older adult immigrants: A test of cognitive explanations of the reminiscence bump and the linguistic encoding of memories. *Journal of Memory and Language*, 39, 437-457.
- Schuman, H. y Rieger, C. (1992). Collective memory and collective memories. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnleer y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 323-336). Netherlands: Springer.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A. y Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine* 30, 467-472.
- Seidl, U., Luekenb, U., Thomanna, P. A., Geider, J. y Schrodera, J. (2011). Autobiographical memory deficits in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27, 567-574.
- Seligman, M. E. (1991). El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere. Buenos Aires: Atlántida.
- Serrano, J. P. (2002). Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos. Tesis Doctoral, Universidad de Castilla La Mancha.
- Serrano, J. P. y Latorre, J. M. (2005). *La revisión de vida: Un método psicoterapéutico en ancianos con depresión*. Madrid: IMSERSO Portal Mayores.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M. y Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-57.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M. y Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology.

Psychology and Aging, 19, 272-277.

SmithShamaskin, A. M., Mikels, J. A. y Reed, A. E. (2010). Getting the message across: age differences in the positive and negative framing of health care messages. *Psychology and Aging 25, 746-751.*

Sharot, T., Delgado, M. R. y Phelps, E. A. (2004). How emotion enhances the feeling of remembering. *Nature Neuroscience, 7, 1376-1380.*

Shimamura, A. P. (2002). Memory retrieval and executive control processes. En D. Stuss y R. T. Knight (Eds.), *The Frontal Lobes* (pp 210-220). New York: Oxford University Press.

Sichel, J. L. y Chandler, K. A. (1969). The color-word interference test: The effects of varied color-word combinations upon verbal response latency. *The Journal of Psychology, 72, 219-231.*

Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11, 94-101.*

Singer, J. A. y Bluck, S. (2001). New perspectives on autobiographical memory: The integration of narrative processing and autobiographical reasoning. *Review of General Psychology, 5, 91-99.*

Singer, J. A. y Moffitt, K. H. (1992). An experimental investigation of specificity and generality in memory narratives. *Imagination, Cognition and Personality, 11, 233-257.*

Singer, J., Rexhaj, B. y Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *Memory, 15, 886-898.*

Singer, T., Lindenberger, U. y Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: a story of major loss? *Psychology and Aging, 18, 306-317.*

Skeel, R. L., Crosson, B., Nadeau, S. E., Algina, J., Bauer, R. M. y Fennell, E. B. (2001). Basal ganglia dysfunction, working memory, and sentence comprehension in patients with Parkinson's disease. *Neuropsychologia, 39, 962-971.*

Small, B. J., Gagnon, E. y Robinson, B. (2007). Early identification of cognitive deficits: Preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatrics, 62, 19-23.*

Smith, C. N., Hopkins, R. O. y Squire, L. R. (2006). Experience-dependent eye movements,

- awareness, and hippocampus-dependent memory. *Journal of Neuroscience*, 26, 11304-11312.
- Smith, S. J., Souchay, C. y Conway, M. A. (2010). Overgeneral autobiographical memory in Parkinson's disease. *Cortex*, 46, 787-793.
- Snowdon, J. y Lane, F. (1994). A longitudinal study of age-associated memory impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 779-787.
- Sorce, P. (1995). Cognitive competence of older consumers. *Psychology and Marketing*, 12, 467-480.
- Souchay, C. y Smith, S. J. (2013). Autobiographical memory in Parkinson's disease: A retrieval deficit. *Journal of Neuropsychology*, 7, 164-178.
- Spencer, W. D. y Raz, N. (1995). Differential effects of aging on memory for content and context: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 10, 527-539.
- Spoletini, I., Marra, C., Di Iulio, F., Gianni, W., Sancesario, G., Giubilei, F., ... y Spalletta, G. (2008). Facial emotion recognition deficit in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 389-398.
- Spreen, O. y Strauss, E. (1991). Controlled oral word association (word fluency). En O. Spreen y E. Strauss (Eds.), *A compendium of neuropsychological tests* (pp 219-217). Oxford: Oxford University.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 232-243.
- Squire, L. R. y Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 253, 1380-1386.
- Squire, L. R., Knowlton, B. y Musen, G. (1993). The structure and organization of memory. *Annual Review of Psychology*, 44, 453-495.
- St. Jacques, P. L. y Levine, B. (2007). Ageing and autobiographical memory for emotional and neutral events. *Memory*, 15, 129-144.
- Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Leiguarda, R., Preziosi, T. J. y Robinson, R. G. (1992). A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline, and physical

- impairments in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55, 377-382.
- Starkstein, S. E., Preziosi, T. J., Berthier, M. L., Bolduc, P. L., Mayberg, H. S. y Robinson, R. G. (1989). Depression and cognitive impairment in Parkinson's disease. *Brain*, 112, 1141-1153.
- Starkstein, S. E., Preziosi, T. J., Bolduc, P. L. y Robinson, R. G. (1990). Depression in Parkinson's disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 27-31.
- Startup, M., Heard, H., Swales, M., Jones, B., Williams, J. M. G. y Jones, R. S. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 113-120.
- Steinvorth, S., Levine, B. y Corkin, S. (2005). Medial temporal lobe structures are needed to re-experience remote autobiographical memories: Evidence from HM and WR. *Neuropsychologia*, 43, 479-496.
- Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve: A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 589-593.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Stern, Y., Albert, S., Tang, M. X. y Tsai, W. Y. (1999). Rate of memory decline in AD is related to education and occupation Cognitive reserve? *Neurology*, 53, 1942-1942.
- Stern, Y., Habeck, C., Moeller, J., Scarmeas, N., Anderson, K. E., Hilton, H. J., ... y Van Heertum, R. (2005). Brain networks associated with cognitive reserve in healthy young and old adults. *Cerebral Cortex*, 15, 394-402.
- Stern, Y., Mayeux, R., Rosen, J. y Ilson, J. (1983). Perceptual motor dysfunction in Parkinson's disease: A deficit in sequential and predictive voluntary movement. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 46, 145-151.
- Stern, Y., Richards, M., Sano, M. y Mayeux, R. (1993). Comparison of cognitive changes in patients with Alzheimer's and Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 50, 1040-1045.
- Sternäng, O., Wahlin, Å. y Nilsson, L. G. (2008). Examination of the processing speed account

- in a population-based longitudinal study with narrow age cohort design. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 419-428.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Stuss, D. T., Craik, F. I. M., Sayer, L., Franchi, D. y Alexander, M. P. (1996). Comparison of older people and patients with frontal lesions: Evidence from word list learning. *Psychology and Aging*, 11, 387-395.
- Summerfield, J. J., Hassabis, D. y Maguire, E. A. (2009). Cortical midline involvement in autobiographical memory. *Neuroimage*, 44, 1188-1200.
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., Mineka, S., Rekart, K. N., Zinbarg, R. E. y Craske, M. G. (2011). Overgeneral autobiographical memory and chronic interpersonal stress as predictors of the course of depression in adolescents. *Cognition and Emotion*, 25, 183-192.
- Svoboda, E., McKinnon, M. C. y Levine, B. (2006). The functional neuroanatomy of autobiographical memory: A meta-analysis. *Neuropsychologia*, 44, 2189-2208.
- Swearer, J. M. y Kane, K. J. (1996). Behavioral slowing with age: Boundary conditions of the generalized slowing model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 189-200.
- Tabert, M. H., Manly, J. J., Liu, X., Pelton, G. H., Rosenblum, S., Jacobs, M., ... y Devanand, D. P. (2006). Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer disease in patients with mild cognitive impairment. *Archives of General Psychiatry*, 63, 916-924.
- Tárraga, L. (1991). Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Tratamientos de psicoestimulación. En R. Fernández Ballesteros y J. Nicolás (Eds.), Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer. Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- Taylor, A. E., Saint-Cyr, J. A. y Lang, A. E. (1986). Frontal lobe dysfunction in Parkinson's disease. *Brain*, 109, 845-883.
- Teachman, B. A. (2006). Aging and negative affect: The rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, 21, 201-207.
- Teasdale, J. D. y Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of

- pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 248-257.
- Teipel, S. J., Ewers, M., Wolf, S., Jessen, F., Kölsch, H., Arlt, S., ... y Frölich, L. (2010). Multicentre variability of MRI-based medial temporal lobe volumetry in Alzheimer's disease. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 182*, 244-250.
- Tessitore, A., Esposito, F., Vitale, C., Santangelo, G., Amboni, M., Russo, A., ... y Tedeschi, G. (2012). Default-mode network connectivity in cognitively unimpaired patients with Parkinson disease. *Neurology, 79*, 2226-2232.
- Tessler, M. (1986). *Mother-child talk in a museum: The socialization of memory*. New York: City University of New York Graduate Centre.
- Thompson, C. P., Skowronski, J. S., Larsen, S. F. y Betz, A. L. (1996). *Autobiographical memory: Remembering what and remembering when*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Thompson, P. M., Moussai, J., Zohoori, S., Goldkorn, A., Khan, A. A., Mega, M. S., ... y Toga, A. W. (1998). Cortical variability and asymmetry in normal aging and Alzheimer's disease. *Cerebral Cortex, 8*, 492-509.
- Thomsen, D. K. (2009). There is more to life stories than memories. *Memory, 17*, 445-457.
- Thorne, A., McLean, K. C. y Lawrence, A. M. (2004). When remembering is not enough: Reflecting on self-defining memories in late adolescence. *Journal of Personality, 72*, 513-542.
- Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M. y Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología, 34*, 673-685.
- Tisserand, D. J. y Jolles, J. (2003). On the involvement of prefrontal networks in cognitive ageing. *Cortex, 39*, 1107-1128.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema, 20*, 304-310.
- Tomás, J. M., Sancho, P. y Meléndez, J. C. (2013). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Psicología Conductual, 21*, 10-122.

- Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognitions*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Treadway, M., McCloskey, M., Gordon, B. y Cohen, N. J. (1992). Landmark life events and the organization of memory: Evidence from functional retrograde amnesia. En S. A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (pp. 389-410). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Trepka, C. J. S., Bishop, S. y Blackburn, I. M. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 49-60.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 1151-1164.
- Triadó, M. C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+ D+ I, 19.
- Tröster, A. I., Stalp, L. D., Paolo, A. M., Fields, J. A. y Koller, W. C. (1995). Neuropsychological impairment in Parkinson's disease with and without depression. *Archives of Neurology*, 52, 1164-1169.
- Troyer, A. K., Moscovitch, M., Winocur, G., Leach, L. y Freedman, M. (1998). Clustering and switching on verbal fluency tests in Alzheimer's and Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4, 137-143.
- Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Hayman-Abello, B. A., Craik, F. I. y Moscovitch, M. (2008). Item and associative memory in amnesic mild cognitive impairment: Performance on standardized memory tests. *Neuropsychology*, 22, 10-16.
- Tsai, J. L., Levenson, R. W. y Carstensen, L. L. (2000). Autonomic, subjective, and expressive responses to emotional films in older and younger Chinese Americans and European Americans. *Psychology and Aging*, 15, 684-693.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En E. Tulving y W. Donaldson (Eds.), *Organization of Memory* (pp. 382-402). New York, NY: Academic Press.
- Tulving, E. (1985). *Elements of episodic memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Tulving, E. (1987). Multiple memory systems and consciousness. *Human Neurobiology*, 6, 67-

80.

Tulving, E. (2001). Episodic memory and common sense: How far apart? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 356, 1505-1515.

Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.

Tulving, E. y Markowitsch, H. J. (1998). Episodic and declarative memory: Role of the hippocampus. *Hippocampus*, 8, 198-204.

Tulving, E. y Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306.

Tulving, E., Schacter, D. L., McLachlan, D. R. y Moscovitch, M. (1988). Priming of semantic autobiographical knowledge: A case study of retrograde amnesia. *Brain and Cognition*, 8, 3-20.

Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P., Van Breukelen, G. J. y Jolles, J. (2006). The Stroop Color-Word Test influence of age, sex, and education; and normative data for a large sample across the adult age range. *Assessment*, 13, 62-79.

Van Gorp, W. G. y Mahler, M. E. (1990). Subcortical features of normal aging. En J. L. Cummings (Ed.), *Subcortical dementia* (pp. 231-250). New York: Oxford University Press.

Van Petten, C. (2004). Relationship between hippocampal volume and memory ability in healthy individuals across the lifespan: review and meta-analysis. *Neuropsychologia*, 42, 1394-1413.

Van Vreeswijk, M. F. y de Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 731-743.

Vega J. L. y Bueno, B. (1996). *Pensando en el futuro: Curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis.

Vemuri, P., Whitwell, J. L., Kantarci, K., Josephs, K. A., Parisi, J. E., Shiung, M. S., ... y Jack, C. R. (2008). Antemortem MRI based structural abnormality index (STAND)-scores

- correlate with postmortem Braak neurofibrillary tangle stage. *Neuroimage*, 42, 559-567.
- Verbaan, D., Marinus, J., Visser, M., Van Rooden, S. M., Stiggelbout, A. M., Middelkoop, H. A. M. y Van Hilten, J. J. (2007). Cognitive impairment in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78, 1182-1187.
- Vergheese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., ... y Lipton, R. B. (2006). Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology*, 66, 821-827.
- Vergheese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., ... y Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508-2516.
- Verhaeghen, P. (2003). Aging and vocabulary score: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 332.
- Vingerhoets, G., Verleden, S., Santens, P., Miatton, M. y De Reuck, J. (2003). Predictors of cognitive impairment in advanced Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74, 793-796.
- Viñuela Fernández F, Olazarán Rodríguez J. (2009). Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En J. L. Molinuevo y J. Peña-Casanova J. (Eds.), *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: Conceptos, criterios y recomendaciones* (pp. 1-8). Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters.
- Vogels, W. W. A., Dekker, M. R., Brouwer, W. H. y de Jong, R. (2002). Age-related changes in event-related prospective memory performance: A comparison of four prospective memory task. *Brain & Cognition*, 49, 341-362.
- Von Campenhausen, S., Bornschein, B., Wick, R., Bötzel, K., Sampaio, C., Poewe, W., ... y Dodel, R. (2005). Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 473-490.
- Wahler, R. G. y Afton, A. D. (1980). Attentional processes in insular and noninsular mothers: Some differences in their summary reports about child problem behaviors. *Child*

- Behavior Therapy*, 2, 25-41.
- Walker, W. R., Skowronski, J. J. y Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant-and memory helps to keep it that way! *Review of General Psychology*, 7, 203-210.
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B. y Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1081-1087.
- Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- Ward, C. D. y Gibb, W. R. (1989). Research diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Advances in Neurology*, 53, 245-249.
- Waters, T. E., Shallcross, J. F. y Fivush, R. (2013). The many facets of meaning making: Comparing multiple measures of meaning making and their relations to psychological distress. *Memory*, 21, 111-124.
- Watkins, E. y Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Watkins, E. y Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Watkins, E., Teasdale, J. D. y Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 30, 911-920.
- Watkins, P. C. (2002). Implicit memory bias in depression. *Cognition & Emotion*, 16, 381-402.
- Webster J. D., y Haight B. K. (2002). *Critical advances in reminiscence work: From theory to application*. New York: Springer Publishing Company.
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the reminiscence functions scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, 256-262.
- Webster, J. D. (1997). The reminiscence functions scale: A replication. *International Journal*

- of Aging and Human Development*, 44, 137-148.
- Webster, J. D. y Cappeliez, P. (1993). Reminiscence and autobiographical memory: Complementary contexts for cognitive aging research. *Developmental Review*, 13, 54-91.
- Webster, J. D. y McCall, M. (1999). Reminiscence functions across adulthood: A replication and extension. *Journal of Adult Development*, 6, 73-85.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2001). *WAIS-III. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III*. Madrid: TEA.
- Wechsler, D. y Stone, C. P. (1987). *Wechsler Memory Scale-Revised*. New York: Psychological Corporation.
- Welch-Ross, M. K. (1995). An integrative model of the development of autobiographical memory. *Developmental Review*, 15, 338-365.
- Wenzel, A., Jackson, L. C. y Holt, C. S. (2002). Social phobia and the recall of autobiographical memories. *Depression and Anxiety*, 15, 186-189.
- Wenzel, A., Jackson, L. C., Brendle, J. R. y Pinna, K. (2003). Autobiographical memories associated with feared stimuli in fearful and nonfearful individuals. *Anxiety, Stress & Coping*, 16, 1-15.
- Werheid, K., McDonald, R. S., Simmons-Stern, N., Ally, B. A. y Budson, A. E. (2011). Familiar smiling faces in Alzheimer's disease: Understanding the positivity-related recognition bias. *Neuropsychologia*, 49, 2935-2940.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A. y Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409-421.
- Wessel, I., Merckelbach, H., Kessels, C. y Horselenberg, R. (2001). Dissociation and autobiographical memory specificity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8, 411-415.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging.

Psychological Bulletin, 120, 272-292.

- Wetzler, S. E. y Sweeney, J. A. (1986). Childhood amnesia: A conceptualization in cognitive-psychological terms. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 663-685.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T. y Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Whittington, C. J., Podd, J. y Kan, M. M. (2000). Recognition memory impairment in Parkinson's disease: Power and meta-analyses. *Neuropsychology*, 14, 233-246.
- Whittington, C. J., Podd, J. y Stewart-Williams, S. (2006). Memory deficits in Parkinson's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 738-754.
- Wilhelm, S., McNally, R. J., Baer, L. y Florin, I. (1997). Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 21-31.
- Williams, G., Conner, J., Siegle, G. J., Ingram, R. y Cole, D. (1998). Is more negative less positive? Relating dysphoria to emotion ratings. Presentation at the meeting of the Western Psychological Association, Albuquerque, New Mexico.
- Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy*. London: Routledge
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and specificity of autobiographical memory. En D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion*, 20, 548-568.
- Williams, J. M. G. y Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition & Emotion*, 2, 221-234.
- Williams, J. M. G. y Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. y Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological*

Bulletin, 133, 122-148.

Williams, J. M. G., Healy, H. G. y Ellis, N. C. (1999). The effect of imageability and predicability of cues in autobiographical memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 52, 555-579.

Williams, J. M. G., Mathews, A. y MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Williams, J. M. y Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

Williams, M. D. y Holland, J. D. (1981). The process of retrieval from very long-term memory. *Cognitive Science*, 5, 87-119.

Wilson, A. y Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11, 137-149.

Wilson, A. y Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11, 137-149.

Wilson, I. A., Ikonen, S., Gureviciene, I., McMahan, R. W., Gallagher, M., Eichenbaum, H. y Tanila, H. (2004). Cognitive aging and the hippocampus: how old rats represent new environments. *The Journal of Neuroscience*, 24, 3870-3878.

Winthorpe, C. y Rabbitt, P. A. (1988). Working memory capacity, IQ, age, and the ability to recount autobiographical events. *Practical Aspects of Memory: Current Research and Issues*, 2, 175-179.

Wong, P. T. P. y Watt, L. M. (1991). What type of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.

Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. y Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Woods, R. (1994). *La enfermedad de Alzheimer: Enfrentarse a la muerte en vida*. México: Jus.

- Woods, S. P. y Tröster, A. I. (2003). Prodromal frontal/executive dysfunction predicts incident dementia in Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 17-24.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Intervenciones psicosociales en gerontología: Manual práctico*. Madrid: Caritas-Fundación Caja Madrid
- Yardley, J. K. y Rice, R. W. (1991). The relationship between mood and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 101-111.
- Zacks, R. T. y Hasher, L. (1988). Capacity theory and the processing of inferences. En L. Light y D. Burke (Eds.), *Language, Memory, and Aging*, (pp. 154-170). New York: Cambridge University Press.
- Zacks, R. T., Hasher, L. y Li, K. Z. (2000). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 293-357). Mahwah: Lawrence.
- Zajano, M. J., Hoyceanyls, E. M. y Ouellette, J. F. (1981). A confound in the standard control condition of the Stroop experiment. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 835-841.
- Zarranz, J. (2003). From empiricism to neuroscience in Alzheimer's disease. *Revista de Neurología*, 39, 576-582.
- Zec, R. F. (1995). The neuropsychology of aging. *Experimental Gerontology*, 30, 431-442.
- Zgaljardic, D. J., Borod, J. C., Foldi, N. S. y Mattis, P. (2003). A review of the cognitive and behavioral sequelae of Parkinson's disease: Relationship to frontostriatal circuitry. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 16, 193-210.
- Zomeran, A. H. y Brouwer, W. H. (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. New York: Oxford University Press.
- Zunzunegui, M., del Ser, T., Rodríguez Laso, A., García Yébenes, M. J., Domingo, J., y Otero Puime, A. (2003). Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: Implicaciones para la atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 581-586.