

*VALORACIÓN GERONTOLÓGICA COGNITIVO-
MOTRIZ Y AFECTIVA EN MARCO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD*

Rosario Tuzzo¹

Nybia Araújo²

Ana Paula Sosa³

Paula Achard⁴

Leticia García⁵

1 Master en Gerontología Social – Coordinadora del Equipo de Investigación Gerontológico. Directora Área de Psicología, Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Uruguay. E-mail: rtuzzo@gmail.com

2 Licenciada en Psicología. Integrante del Equipo de Investigación Gerontológico. Docente del Área de Psicología, Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Uruguay.

3 Licenciada en Psicología. Integrante del Equipo de Investigación Gerontológico. Docente del Área de Psicología, Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Uruguay.

4 Licenciada en Psicología. Integrante del Equipo de Investigación Gerontológico. Docente del Área de Psicología, Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Uruguay.

5 Licenciada en Psicología. Integrante del Equipo de Investigación Gerontológico. Docente del Área de Psicología, Escuela Universitaria de Tecnología Médica – Facultad de Medicina – Universidad de la República Uruguay.

resumen

Uruguay es uno de los países más envejecidos del continente, este hecho requiere realizar un abordaje de los adultos mayores en el ámbito comunitario, como forma de valorar sus funciones cognitivas y motrices, detectando precozmente las posibles alteraciones que puedan ser generadoras de discapacidad. El objetivo de este estudio ha sido identificar alteraciones cognitivas, afectivas y antecedentes de caídas en una muestra de 54 adultos mayores de ambos sexos, de edades entre los 65 y 94 años, residentes en viviendas públicas de la ciudad de Montevideo. Los resultados muestran un predominio de mujeres 89% con una edad media de 77 años, con un nivel educativo de primaria incompleta 43% y completa 30%. En cuanto a la dimensión cognitiva un 60% manifiesta quejas de memoria un 95 % presenta un nivel de deterioro cognitivo de normal a leve, evaluado con el Minimental State Examination (MMSE). Con el Test del Reloj el deterioro en el nivel normal a leve desciende a un 50%. Un 73% no presenta aspectos de depresión evaluados con la Escala de Yesavage y el 89% presenta un muy bajo nivel de ansiedad en el Inventario de Beck. La mayoría (93%) presenta un nivel de bienestar psicológico medio y alto. El 56% de los participantes en el estudio, manifiesta haberse caído en el último año al menos una vez. Se concluye en la necesidad de realizar talleres de multiestimulación para las funciones cognitivas y de educación para la salud sobre el tema caídas, con seguimiento longitudinal de la población a los 6 meses y al año.

palabras clave:

Valoración Gerontológica. Cognición. Motricidad. Caídas. Afectividad. Atención Primaria de la Salud.

1 Introducción

En el contexto de América Latina, Uruguay presenta una estructura demográfica muy envejecida (INSTITUTO..., 2004; RODRÍGUEZ; ROSSEL, 2009) entre los adultos mayores existe una alta prevalencia de hábitos de vida no saludables y de enfermedades crónicas que llevan a la discapacidad, situación que se debe revertir. Es necesario promover y favorecer la optimización de la capacidad funcional del individuo para desarrollar las actividades del

diario vivir, tanto como de sus aspectos cognitivos y afectivos. Apuntando a un envejecimiento activo, las acciones dirigidas a la promoción de salud, prevención de enfermedades y detección precoz de ancianos frágiles son básicas en este propósito (SAVIO, 2004; DE MARCO, 2009).

A través del presente trabajo se pretende plantear una perspectiva sobre la vejez teniendo en cuenta la identificación de diversos factores de riesgo para la salud a partir de los cuales intervenir de forma temprana. Se considera el estado de salud del adulto mayor asociado a un envejecimiento exitoso y satisfactorio, que supone en una primera fase la detección de estos factores de riesgo, así como de aspectos positivos, identificables a través de un espectro de evaluaciones psicométricas funcionales y cognitivas, a su vez asociadas a la concepción de bienestar psicológico subjetivo del individuo (CASULLO *et al.*, 2002).

La segunda fase del proyecto consiste en poner en marcha un conjunto de medidas, programas y actividades considerando las posibles alteraciones detectadas, en sus diversos grados de manifestación a modo de intervenir tanto a nivel individual como grupal y con estrategias de trabajo en comunidad con familiares y vecinos (TUZZO; ARAUJO; SOSA, 2011).

2 Valoración Gerontológica Multidimensional en Comunidad

La multidimensionalidad del proceso de envejecimiento, se encuentra determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y económicos. Para el estudio de este proceso complejo, se requiere de la integración de equipos interdisciplinarios que aborden sus múltiples aristas, así como del esfuerzo de estos equipos en abordar desde la Atención primaria a poblaciones autoválidas de personas mayores, con el cometido de mejorar su calidad de vida y posibilitarles mantener el máximo tiempo posible su autonomía.

El Programa Nacional del Adulto Mayor, del Ministerio de Salud Pública (PRONAM- MSP) (MINISTERIO..., 2005) destaca la importancia de la perspectiva gerontológica integral e interdisciplinaria en el trabajo con las personas adultas mayores, cuando define a la Gerontología, como la ciencia interdisciplinaria que enfoca los problemas de la vejez: biológicos, ecológicos, psicológicos, patológicos, demográficos, sociológicos con sus implicancias administrativas, legales, económicas y políticas. Abarcando a la

Geriatría pero extendiéndose más allá de ella. Para el PRONAM – MSP, la intervención profesional debe realizarse a partir del trabajo en equipos multi e interdisciplinarios dando respuesta a la demanda de cuidados que presenta la población de mayores.

Las diferentes profesiones sanitarias que integran el equipo gerontológico que trabaja en comunidad, deben realizar una adecuada selección y adaptación de los instrumentos de evaluación, para su empleo en este ámbito como: sencillez, rapidez, bajo costo, portabilidad y posibilidad de aplicación por distintas profesiones de la salud, así como de aprendizaje por parte de los estudiantes de esas profesiones. Estas técnicas no sustituyen los estudios psicométricos específicos, pero son de utilidad para detectar la presencia de factores de riesgo que ameriten una evaluación más profunda, asimismo el empleo de esta tecnología como screening posibilita dimensionar las necesidades de recursos en salud, planificar intervenciones en prevención primaria, secundaria y terciaria, permitiendo uniformizar y comparar los resultados de los diferentes equipos participantes.

Se parte del objetivo de realizar una valoración gerontológica integral de modo sistemático a través de la creación de un instrumento a ser empleado en la comunidad, la “Ficha del Residente”. La misma implica la recolección de un conjunto de datos funcionales, cognitivos, afectivos y socioeconómicos en personas mayores en el marco de la Atención Primaria, a los efectos de detectar fragilidad, vulnerabilidad, así como también con el fin de prevención y promoción de salud.

3 Evaluación Cognitivo-Motriz y Afectiva

La evaluación del funcionamiento cognitivo-motriz y del estado afectivo de los adultos mayores constituye un aspecto fundamental de la valoración gerontológica en la comunidad. Su objetivo es la detección precoz, contribuyendo al diagnóstico y cuantificando distintos trastornos cognitivo-motrices y afectivos que puedan influir en el nivel de independencia del individuo.

En este estudio se considera particularmente, la detección precoz de alteraciones cognitivas, afectivas y motrices, estas últimas enfocadas en los antecedentes de caídas. La valoración del estado cognitivo, abarca el conocimiento e identificación de los cambios normales del envejecimiento y de aquellos patológicos. Dado que los cambios cognitivos que se observan inicialmente en el envejecimiento patológico son muy semejantes a los

que le corresponden al proceso normal de la vejez, una evaluación precoz y el empleo de pruebas de tamizaje o screening, que posean una buena sensibilidad en la detección de los cambios cognitivos anormales en el envejecimiento, son fundamentales en este sentido (ROSSELLI; ARDILA, 2010).

Las personas mayores que viven en su domicilio, evidencian un mayor riesgo de presencia de deterioro cognitivo no debidamente diagnosticado, que puede pasar desapercibido, no recibiendo un adecuado diagnóstico y tratamiento a tiempo, con el riesgo de un deterioro mayor, la posibilidad de hospitalización o institucionalización, un incremento en el uso de recursos y una mayor morbimortalidad. Para LABOS *et al.* (2009) los test de screening deben ser específicos, confiables y sensibles para detectar trastornos leves y también sugiere sean multifactoriales a la presencia de alteraciones en distintas áreas.

En el ámbito comunitario de no contar con instrumentos apropiados y sensibles para el diagnóstico de alteraciones cognitivas ligeras o leves, este déficit puede no ser detectado y con ello perderse la oportunidad de implementar en forma temprana intervenciones terapéuticas exitosas.

De las perturbaciones de las funciones cognitivas, los trastornos de memoria son uno de los síntomas fundamentales en la detección precoz de las demencias. Con frecuencia, son el signo de alarma que más temprano aparece y del que más se queja la persona mayor que lo padece, cuando cuenta cuál es el estado de sus funciones intelectuales (SIMÓN *et al.*, 2009). No obstante, no es definitivo ya que las quejas de pérdida de memoria son propias de gran parte de la población anciana, de la misma manera que lo son las quejas por dolores o achaques físicos. Por lo que la presencia de quejas de memoria se debe asociar al empleo de otras técnicas de detección, que puedan discriminar los diferentes déficit cognitivos, de las alteraciones emocionales o aquellas alteraciones funcionales secundarias a un síndrome depresivo. (LABOS *et al.*, 2009).

Existe una variedad de instrumentos de valoración cognitiva a ser empleados que facilitan la exploración sistemática de los mayores, pudiendo detectar el deterioro en los estadios iniciales (leve y moderado) tornándose una de las intervenciones más eficaces a realizar en Atención Primaria, ya que el déficit cognitivo pasaría desapercibido de no contar con algún instrumento validado de detección (CONTADOR *et al.*, 2010).

De los cuestionarios y técnicas breves para la evaluación cognitiva, se han seleccionado por su pertinencia, el Minimental State Examination y el

Test del Reloj. En cuanto a la dimensión afectiva se evalúa la depresión, la ansiedad y el estado de bienestar psicológico.

La depresión es el trastorno mental que aparece con mayor frecuencia en las personas mayores, debe diferenciarse de la tristeza (dado que se la suele confundir con la misma) y asumir por otra parte que no forma parte normal del envejecimiento, aún cuando este sea uno de los mitos o estereotipos más frecuentes asociados al proceso de envejecimiento y la vejez (TUZZO, 2007; JANÉ-LLOPIS; GABILONDO, 2008).

La depresión, es una enfermedad mental que se expresa como desesperanza y falta de sentido vital, que limita las actividades normales de la vida cotidiana, por lo que debe ser diagnosticada en forma oportuna y tratada adecuadamente, más aun cuando sus signos con frecuencia pueden pasar desapercibidos (MANUAL..., 2000).

En el marco de la Atención Primaria es necesario detectarla en forma precoz para poder realizar las derivaciones pertinentes. La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en la comunidad es de un 14 a 25% y su presencia aumenta los niveles de morbimortalidad, entre otros el riesgo de autoeliminación. En muchas ocasiones se acompaña de ansiedad y frecuentemente de una baja percepción de satisfacción con la vida o de bienestar psicológico (PROTOCOLOS..., 2007).

Si bien el diagnóstico de depresión es eminentemente clínico, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento apropiado para su empleo en el ámbito comunitario, por su alta sensibilidad, sencillez y brevedad de tiempo en su aplicación. También la escala de Beck, es adecuada en este ámbito, para la valoración de síntomas de ansiedad de difícil detección, que pueden aparecer enmascarados en conjunto con síntomas somáticos.

El bienestar psicológico, se relaciona con el funcionamiento físico, psíquico y social (CASULLO *et al.*, 2002) posee elementos vinculados a la esfera afectiva que expresan una interpretación de la realidad que vive el sujeto de carácter cognitivo-valorativo, siendo fundamental conocer esta dimensión central de la calidad de vida, se incluye en el presente estudio evaluándose a través de la Escala de Bienestar psicológico (A).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo contra su voluntad. Es entendida como el desplazamiento del cuerpo en forma inadvertida y súbita hacia un plano inferior con relación a la presencia de uno o varios factores, con o sin pérdida del estado de conciencia o lesión (WORLD..., 2007).

La ocurrencia de las caídas en su mayoría, casi de un 80 % tienen lugar en el domicilio (baño y cocina), y casi un 50% no puede levantarse sólo. Las caídas en ancianos integran, la lista de los Síndromes Geriátricos por su alta prevalencia e incidencia. Es un hecho usual y grave entre los Adultos Mayores, donde se estima que alrededor de un 10% sufren lesiones graves como Traumatismo Encéfalo Craneano y fracturas, debiendo ser hospitalizados (PROTOCOLOS..., 2007)

Se ha convertido en un problema biopsicosocial de primera magnitud ocasionando graves consecuencias médicas, psicológicas, socio-familiares, económicas, e incluso llevando a la muerte. La incidencia es edad-dependiente, representando la 6ta. causa de muerte en mayores de 65 años y con una tasa de mortalidad muy importante que va en aumento proporcionalmente con la edad (GÓMEZ; CURCIO, 2005; WORLD..., 2007).

Se evidencia que constituyen un factor de fragilidad que predispone a los sujetos a mayor riesgo de incapacidad funcional, institucionalización, incremento de servicios médicos y finalmente en ciertas ocasiones al fallecimiento. Las cifras aproximadas son de un 35-40% en mayores de 65 años, llegando hasta un 50% en mayores de 80 años. La incidencia en ancianos institucionalizados y hospitalizados se triplica (WORLD..., 2007).

Algunos cambios producidos en el envejecimiento predisponen a las caídas en el anciano, como los cambios en la marcha, la aparición de rigidez muscular, reducción del control muscular, disminución de la agudeza visual y auditiva, aumento de la inestabilidad y del balanceo al andar, y alteración de reflejos entre otros. No obstante, la etiología de la caída es multifactorial, asociándola a factores intrínsecos, extrínsecos y ambientales (GIBER, 2009).

La verdadera incidencia es difícil de conocer, pues la mayoría de los ancianos no consulta, generalmente niega las caídas para no admitir su dificultad o mayor fragilidad, por miedo a posibles restricciones de sus actividades, o hasta una posible institucionalización (WORLD..., 2007).

A diferencia de lo observado con el adulto joven, raramente la caída es de carácter accidental, y en la mayoría de los casos es el resultado de una

inadecuación entre el sujeto y su entorno, algo posible de corregir a través de intervenciones psicoeducativas y domiciliarias (GIBER, 2009).

5 Materiales y Métodos

Tipo de estudio y población: Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo relacional con un muestreo no probabilístico en el que participó una muestra de 54 adultos mayores de ambos sexos auto válidos residentes en viviendas públicas de la ciudad de Montevideo, que manifestaron su voluntad de participar en el estudio y firmaron el Consentimiento informado, los que fueron evaluados en sus domicilios durante el primer semestre del año 2011.

Criterios de inclusión: El criterio de inclusión fue ser mayor de 60 años, auto-valido y no presentar enfermedad discapacitante tanto física como mental.

Principios éticos: La investigación propuesta, respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, así como la legislación de Uruguay en el marco de la protección de datos de carácter personal.

Procedimiento y recolección de datos: Antes de completar la “Ficha del Residente” que incluye los instrumentos de recolección de datos, se le realizó a los participantes una breve presentación de la misma informándolos de su contenido y del tiempo de duración (de 30 a 40 minutos) manifestándoles que podían realizar las preguntas necesarias y abandonar la realización del estudio, en el momento en que así lo desearan.

Instrumentos: Se han incluido en la Ficha del Residente: Consentimiento informado, Datos sociodemográficos, Valoración cognitiva-motriz (Presencia de Quejas de memoria, Mini Mental State Examination – MMSE y Test del Reloj). Valoración afectiva (Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Inventario de ansiedad de Beck y la Escala de bienestar psicológico BIEPS (A) de CASULLO, *et al.* (2002). Por último el Cuestionario de antecedentes de caídas en el ámbito comunitario – elaborado por el equipo investigador.

Dentro de las pruebas más utilizadas para la evaluación de las funciones cognitivas, se encuentra el Minimental State Examination (MMSE) el cual evalúa memoria, orientación, lenguaje, habilidades espaciales, atención y cálculo. Su aplicación tarda aproximadamente 10 minutos. Su puntaje oscila entre 0 y 30, siendo este último el máximo desempeño. Un punto de corte de 23 es generalmente recomendado como un indicador de disfunción cognitiva.

El test del reloj es una prueba sencilla y de aplicación rápida, muy utilizada para el screening de distintos niveles de deterioro cognitivo

(CONTADOR *et al.*, 2010) proporciona información sobre múltiples dominios cognitivos como comprensión, concentración, memoria visual y abstracción, planificación, inhibición de respuesta y visuopercepción (CACHO *et al.*, 1999). La versión para su aplicación y corrección al español empleada en Uruguay – puntuación máxima (PM) = 10 puntos – es la de CACHO *et al.* (1999), que ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en la detección de los diferentes niveles de deterioro.

En la valoración afectiva se incluyó las que presentan una mejor performance en el trabajo en comunidad, como se manifestó anteriormente, que son: la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, el Inventario de ansiedad de Beck y el Cuestionario de Bienestar Psicológico BIEPS (A).

Para la evaluación de los antecedentes de caídas, se elaboró un cuestionario específico para el marco de la Atención Primaria de la Salud, del cual se extraen los datos de presencia - ausencia de caídas en el transcurso del último año.

6 Resultados

Este trabajo ha tenido como objetivo evaluar a una muestra de 54 residentes de viviendas públicas de la ciudad de Montevideo se observa un predominio de mujeres 89% con una edad media de 77 años. La distribución edad de los participantes se describe en la Tabla 1.

Tabla 1 – Datos sociodemográficos-edad

65 - 74	35%
75 - 84	46%
85 - 94	19%

Los participantes se agrupan en tres tramos de edad, de 65 a 74 un 35% de los denominados viejos-jóvenes; encontrándose el mayor porcentaje poblacional, en el tramo correspondiente a las edades comprendidas entre los 75 a 84 años, (46%), que sumado al tramo de 85-94 años (19%), totalizan un porcentaje de un 65% de personas mayores de 75 años, que son los llamados viejos - viejos.

En relación al nivel educativo los datos se aprecian en la Tabla 2.

Tabla 2 – Datos sociodemográficos – Nivel educativo.

Analfabeto	7%
Primaria incompleta	43%
Primaria completa	30%
Secundaria incompleta	6%
Secundaria completa	9%
Terciaria incompleta	0
Terciaria completa	4%
No sabe	1%

El porcentaje mayor se encuentra en aquellos que no han completado enseñanza primaria, los cuales sumados a los que la completaron pero no continuaron sus estudios, llega a un 73% de la población, que unido al porcentaje de analfabetos, estaría indicando un bajo nivel de escolarización.

La Tabla 3 expone los resultados obtenidos mediante las técnicas de evaluación cognitiva.

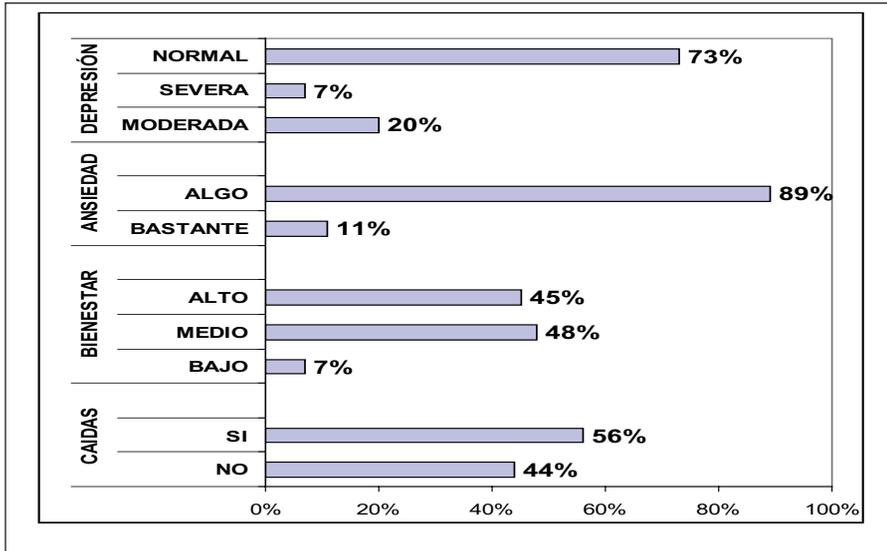
Tabla 3 – Evaluación cognitiva – distribución porcentual.

Quejas de memoria		Reloj		Minimental	
SI	60	Severo	35	Severo	1.7
		Moderado	15	Moderado	3.3
NO	40	Leve	6.7	Leve	61.7
		Límite	21.7	Normal	33.3
TOTAL	100	Normal	21.7	TOTAL	100
		Total	100		

Presentan quejas de memoria un 60% de la población. Un 95% de la población presenta un nivel de normal a leve de deterioro cognitivo evaluado con el Mini Mental State Examination – MMSE, mientras que en el Test del Reloj los puntajes se distribuyen en forma más homogénea un 50% comprendiendo las categorías de normal, límite y leve y el otro 50% las de severo y moderado.

En el gráfico 1 se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de depresión, ansiedad, bienestar psicológico y antecedentes de caídas.

Gráfico 1 – Distribución porcentual de indicadores de depresión, ansiedad, bienestar psicológico y antecedentes de caídas



Se constata que el 73% de los participantes presenta niveles normales de depresión y un 89% obtiene bajos puntajes en ansiedad. El 93% manifiesta un nivel medio y alto de bienestar psicológico.

Es importante el número de personas que sufren caídas en la comunidad, de la muestra un 56% manifiesta, haber caído en el último año, al menos una vez. El principal predictor de futuras caídas y con ello la mayor predisposición a incapacitarse, es haber sufrido previamente una caída por lo que este es uno de los aspectos a destacar del estudio.

7 Conclusiones

A partir de este estudio, se detectó en los adultos mayores evaluados la presencia bienestar psicológico de medio a alto, unido a bajos puntajes de depresión y de ansiedad.

Se destacan como principales problemáticas las caídas y los trastornos cognitivos leves y moderados. En cuanto a la existencia de indicadores de deterioro cognitivo, dada la edad de la población evaluada y el bajo nivel de escolarización, los valores obtenidos en las técnicas se encontrarían dentro de los parámetros esperables.

Se propone como estrategia de abordaje incluir la realización de intervenciones de multiestimulación y evaluaciones longitudinales de funciones cognitivas a los 6 meses y al año, a este respecto, se considera incluir la aplicación de una técnica adecuada a una población de baja escolarización como el Test de Memoria Cotidiana Rivermead, o el Test de las monedas (Eurotest).

De los datos obtenidos y teniendo en cuenta que en general los mayores niegan sus caídas, este hecho constituye uno de los principales problemas detectados a abordar en la comunidad, con posibilidad de intervenir para disminuir los factores de riesgo. La propuesta incluye la realización de intervenciones domiciliarias que incluyan el trabajo con las barreras arquitectónicas y la detección de factores de riesgo en el hogar, así como la implementación de talleres de promoción de salud y de prevención, con técnicas de psicoeducación y de educación para la salud sobre el tema caídas.

COGNITIVE-MOTOR AND AFFECTIVE GERONTOLOGICAL ASSESSMENT IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

abstract

Uruguay is the country which has the oldest population of the continent. This aspect requires making an approach for the elderly at the community as a way to assess their cognitive and motor functions and the early detection of possible changes that may be generating disability. The aim of this study was to identify cognitive impairment, affective disorders and history of falls in a sample of 54 residents of both sexes, aged between 65 and 94 years living in public housing in the city of Montevideo. The results show a 89% prevalence of women with a mean age of 77 years, with incomplete primary education level 43% and with primary complete 30%. Cognitive dimension shows 60% of subjects with memory complaints, 95% with results indicating normal to mild cognitive impairment, assessed with the Mini Mental State Examination (MMSE). With the Clock Test the results from normal to mild level drops to 50%. About depression 73% of subjects did not manifest indicators of depression assessed

with the Scale of Yesavage and 89% have a very low level of anxiety on the Beck Inventory. 93% had a level of psychological well-being from medium to high. 56% of the elderly have fallen at least once in the past year. The study concludes about the need for multies-timulación workshops and health education for cognitive functions and the importance to prevent falls. It was considered to perform a longitudinal follow-up of the population at 6 months and one year.

keywords

Gerontological Assessment. Cognition. Motricity. Falls. Affectivity. Primary Health Care.

referencias

CACHO, J.; GARCÍA, R.; ARCAYA, J.; VICENTE, JL; LANTADA, N. Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, p. 648-655, 1999.

CASULLO, Martina et al. *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. 1ra. Ed. Buenos Aires: Paidós, 2005.

CONTADOR, Israel; FERNANDEZ-CALVO, Bernardino; RAMOS, Francisco; TAPIAS-MERINO, Ester; BERMEJO-PAREJA, Felix. El cribado de la demencia en atención primaria. *Rev Neurol*. v.51. n.11, p. 677-686, 2010.

DE MARCO, Eugenia. La reforma de la salud. Programa del adulto mayor. En Ministerio de Desarrollo Social. Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento: *Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo: Impo – MIDES, p. 128 – 130, 2009

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM IV) -.TR. 4. ed. Barcelona: Masson, 2000.

GIBER, Fabiana. *Manual para la prevención de caídas en personas mayores*. Buenos Aires: Delhospital Ediciones, 2009.

GÓMEZ, José Fernando; CURCIO, Carmen. *Valoración integral de la salud del anciano*. Manizales: Artes Gráficas, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) Censo 2004 Fase 1. Resultados. Disponible em: <http://www.ine.gub.uy/fase1new/TotalPais/divulgacion_TotalPais.asp>. Acceso em: 5 de jul. de 2011.

JANÉ-LLOPIS, Eva; GABILONDO, Andrea *Mental Health in Older People*. Consensus Paper. Luxembourg: European Communities, 2008.

LABOS, Esther; SLACHEVSKY, Andrea; FUENTES, Patricio; MANES, Facundo. *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Ed. Buenos Aires: Akadia, 2009.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.- PROGRAMA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (MSP-PRONAM) Uruguay, 2005. Disponible em:<<http://www.msp.gub.uy/andocaso-ciado.aspx?5682,21570>>. Acceso em: 6 de jun. de 2011.

PROTOSCOLOS PARA EL MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Ed. Montevideo: MSP, 2007

RODRÍGUEZ, Federico; ROSSEL, Cecilia. *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Montevideo: IPES – UNFPA, 2009.

ROSSELLI, Mónica; ARDILA, Alfredo. La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurol Colomb*, v. 26. supl 3, p. 59-68, 2010.

SAVO, Italo et al. *Manual de Geriátria y Psicogeriatría*. Montevideo: Oficina del Libro FE-FMUR, 2004.

SIMÓN, Teresa; RUIZ GALLEGO-LARGO Trinidad; SUENGAS Aurora G. Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y sesgo positivo. *Psicothema*, 2009. Vol. 21, nº 3, pp. 409-415.

TUZZO, Rosario; ARAUJO Nybia, SOSA, Ana P. *Evaluación de las Funciones Cognitivas Superiores en el Diagnóstico Precoz de las Demencias en la Comunidad*. (Inédito) Primeras Jornadas Psicosalud Pública 19 y 20 de agosto de 2011. Bs. As. Argentina. Escuela de Salud Pública Universidad de Buenos Aires. (UBA).

TUZZO, Rosario. Un aporte a la investigación de estereotipos implícitos acerca del envejecimiento y la vejez. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad*. v. 7. n. 25, p. 189-202, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization 2007.

Recebido: 24/11/2011

1ª Revisão: 10/05/2012

2ª Revisão: 11/06/2012

3ª Revisão: 05/11/2012

Aceite Final: 29/11/2012