

Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer

[Conde Sala, J L](#)

Published in Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34:157-61. - vol.34 núm 3

Read in: [English](#)

Texto completo

REVISION

Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer

Conde Sala, J. L.

Fundación ACE (Alzheimer Centro Educacional). Asociación Alzheimer Catalunya.
Asociación de Familiares de Alzheimer del Baix Llobregat. Barcelona

Correspondencia: J. Lluís Conde Sala. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
Paseo Valle de Hebron, 171. 08035 Barcelona. E-mail: lconde@psi.ub.es
Recibido el 20-10-98; aceptado el 14-4-99.

RESUMEN

El presente artículo hace un repaso de los principales estudios respecto a los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, priorizando los factores psicosociales y especialmente los que se refieren a la personalidad premórbida. Entre los factores psicosociales de riesgo, aparecen como los más destacados un bajo nivel educativo y una actividad-relación social restringida. Necesidad de protección, tutelaje y dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida e introversión, son los elementos de riesgo más relevantes para la personalidad premórbida.

Los factores que aparecen en los estudios mencionados tienen relación con la hipótesis de trabajo de la investigación que se desarrolla actualmente, acerca de los perfiles de riesgo en la personalidad premórbida. Esta hipótesis los sitúa en el campo de lo emocional y de la relación interpersonal: fragilidad de la identidad personal y sostenimiento del yo a través de una relación simbiótica con el otro.

Palabras clave

Enfermedad de Alzheimer. Personalidad premórbida. Factores de riesgo.

Premorbid personality and risk factors in Alzheimer's disease

SUMMARY

This article summarizes the main studies of the risk factors predisposing to Alzheimer's. It prioritizes psychosocial factors, especially those referring to premorbid personality. The most important psychosocial risk factors are low level of schooling and restricted social activity and relations. The need for protection and guidance, dependence on others, restricted social or interpersonal relations and introversion are the major elements of risk that these studies identify, for premorbid personality.

The factors that appear in the studies mentioned above are related to the project's working hypothesis that is developing now, of the risk profiles in the premorbid personality. This hypothesis situates these profiles in the field of the emotions and interpersonal relations: fragile personal identity, and ego support via a symbiotic relationship with another person.

Key words

Alzheimer's disease. Premorbid personality. Risk factors.

INTRODUCCION

En el campo de la prevención de la salud, un tema de atención prioritaria lo constituye la identificación de los factores de riesgo para una enfermedad determinada. Entre ellos, los factores biológicos y los medioambientales han sido habitualmente los más estudiados. Sin embargo, la identificación de elementos de riesgo de la personalidad premórbida tiene precedentes importantes en las Ciencias de la Salud (1). Así las formulaciones del patrón de conducta tipo A (riesgos cardiovasculares), cuyos rasgos principales serían la cólera, hostilidad o agresividad; o bien el patrón de tipo C (riesgos de cáncer), con actitudes de abierta cooperación, cumplidores, de inhibición de sus emociones, etc., han definido unos perfiles con una alta correlación estadística y con unas interesantes proyecciones en el campo de la prevención. Unas formulaciones similares para las demencias no han sido formuladas todavía con la misma claridad.

De hecho, el enfoque predominante al analizar los factores de riesgo en las demencias, y más concretamente en la Enfermedad de Alzheimer, ha sido el médico-biológico. Los estudios epidemiológicos (2, 3), orientados en esta línea, han definido algunos factores de riesgo, confirmados por numerosas investigaciones: la edad creciente, una historia familiar de demencia, la presencia de casos de síndrome de Down en la historia familiar, y el genotipo Apo-E.

Los factores medioambientales han sido objeto también de diversas investigaciones, ya que a partir de algunos estudios se puso de relieve la presencia de otros elementos, cuyo origen parecía ser no biológico. Así por ejemplo, la exploración sobre 13.888 pares de gemelos finlandeses (4), constataba que la enfermedad de Alzheimer se desarrollaba sólo en la mitad de los pares de gemelos idénticos y con unas edades de presentación que podían diferir hasta en 15 años.

En este segundo campo, han sido estudiados aspectos sociales y culturales, entre los cuales sobresalen el estatus socioeconómico, el factor educativo y el grado de actividad y relación social, aunque el grado de consenso es menor para su definición como factores de riesgo. En un estudio reciente (5), sobre una muestra de 642 personas, se observaba que los marcadores de estatus socioeconómico bajo predecían el riesgo de desarrollar la demencia de Alzheimer, destacando: educación, prestigio profesional e ingresos. El factor educativo ha sido el más investigado por ofrecer unas diferencias muy significativas; el criterio general es que a un menor nivel existe un mayor riesgo para la enfermedad. El grado de actividad y relación social (6, 7) ha sido también objeto de investigaciones; igualmente, a menor grado en los dos conceptos, mayor riesgo de demencia de Alzheimer. Finalmente, en una muestra (8), de 126 casos de Alzheimer, tener pocos intereses vitales aparecía también como un factor de riesgo.

LA PERSONALIDAD PREMORBIDA COMO FACTOR DE RIESGO

Como elemento previo al análisis de la personalidad premórbida, es preciso hacer un comentario sobre los denominados eventos vitales y las teorías del estrés (9, 10), ya que si bien son complementarios a los factores de personalidad, en muchas ocasiones son presentados como elementos con una capacidad estresante objetiva, independientemente del factor «sujeto». La presencia de eventos vitales negativos, previos al desarrollo de la enfermedad, ha sido constatada en diversas investigaciones. En un estudio sobre 73 pacientes (11), se destacan las crisis psicológicas familiares como un elemento importante en la etiopatogénesis de la enfermedad. Sin embargo, otros autores (12) no hallaron ninguna asociación con tres eventos estresantes en la vida de personas mayores: muerte de esposo/a, muerte de un niño y divorcio.

Esta disparidad en los resultados merece una reflexión sobre las teorías del estrés. Representan un hito importante en la medida que, en la génesis de una afección somática, relacionan las respuestas del individuo con unos acontecimientos externos que actúan como estímulo. Sin embargo, poner el acento únicamente en la capacidad objetiva de los estímulos estresantes (eventos vitales), supone de alguna manera ignorar las variables de la personalidad humana, las cuales determinan que las vivencias tengan una significación singular y propia en cada persona y que al mismo tiempo, el umbral de activación de las alteraciones psicósomáticas, también lo sea. Por otra parte la vivencia de un determinado acontecimiento no depende sólo de configuraciones cognitivas, tal como señalan los teóricos del estrés, sino de constelaciones más amplias de la personalidad que incluyen factores cognitivos y factores emocionales.

Los estudios sobre la personalidad premórbida no pretenden tanto negar las teorías del estrés, como superar sus lagunas. Su objetivo sería poder definir los perfiles de riesgo premórbidos (predisposiciones de tipo psicológico), y evaluar en relación a ellos el impacto de un conjunto de eventos vitales que se inscriben en un marco más amplio: la perspectiva de la vejez como una etapa específica del ciclo vital, en la cual hay que asumir de forma ineludible y personal unos cambios y unas pérdidas. En los últimos años ha habido un notable aumento de los estudios referidos al tema. Se abordaran diversos aspectos de esta cuestión tan compleja.

Continuidad y cambio entre personalidad pre-mórbida y post-mórbida

Unos estudios subrayan el cambio producido con la eclosión de la enfermedad, mientras que otros señalan líneas de continuidad en los dominios básicos de la personalidad; estos resultados puede que no sean contradictorios, ya que suelen hacer referencia a aspectos

diferentes. La principal discrepancia se centra en la continuidad o no de las alteraciones graves entre los estados pre y post enfermedad, no tanto en la continuidad de los rasgos básicos de la personalidad.

a) *Cambios*. En cuanto a los estudios que constatan los cambios (13), la conclusión es que los pacientes de Alzheimer llegan a ser más pasivos, más toscos y menos espontáneos como resultado de la enfermedad. En la misma línea, y sobre una muestra de 80 pacientes, otro trabajo (14), señalaba la disminución de la iniciativa (61,3%), el abandono de las aficiones (55%) y el aumento de la rigidez (41,3%), como cambios más destacados.

La comparación de la personalidad premórbida y la presente, utilizando el NEO-PI de Costa y McCrae (15), sobre los cinco dominios básicos de la personalidad, da unos resultados muy similares en varias investigaciones (16-19). Los cambios en estos aspectos básicos los podemos resumir en aumento del neuroticismo y disminución de la extroversión y del orden-responsabilidad. Los otros dos dominios, apertura y amabilidad, presentan unas disminuciones menores, a veces no significativas (tabla I).

Tabla I. Comparación entre personalidad premórbida y personalidad presente con el NEO-PI.

		<i>Los cinco dominios básicos de personalidad según el NEO-PI</i>				
		<i>Neuroticismo</i>	<i>Extroversión</i>	<i>Apertura</i>	<i>Amabilidad</i>	<i>Orden-Resp.</i>
Siegler et al (1991, 1994)	+					n. sig.
Chatterjee et al (1992)	+			n. sig.		n. sig.
Strauss et al (1994)	+			
Welleford et al (1995)	+			(menor)	(menor)	

+ : Aumento; : Disminución; n. sig.: diferencia no significativa.

b) *Continuidad*. Estos mismos estudios que señalaban los cambios, constataban también la persistencia de los perfiles básicos de la personalidad premórbida. En la síntesis de una revisión sobre el tema (20), coexistía la verificación de cambios sistemáticos de la personalidad, con la evidencia del mantenimiento de un patrón de rasgos de personalidad premórbida, que reflejaban modelos de adaptación utilizados en el pasado, existiendo de forma manifiesta una correspondencia entre las conductas pre y postmórbidas. En un estudio reciente (21) se constata que los rasgos premórbidos (alto neuroticismo, conductas molestas, baja tolerancia a la frustración y depresión) predispondrían a los síntomas conductuales de la enfermedad. En un estudio longitudinal sobre 26 pacientes (22), no se encontraron antecedentes psicológicos; sin embargo, se observaba la presencia de la personalidad básica en las formas de expresión de la demencia. Desde la investigación psicoanalítica (23), asimismo se dará relevancia a la influencia de la personalidad premórbida en las manifestaciones de la demencia; las alucinaciones, tendencias interpretativas, imitaciones verbales, etc., parecen formarse sobre lo que queda en los pacientes de sus potencialidades y defensas.

c) *Trastornos graves de conducta*. En cuanto a su aparición, algunos autores señalan que determinados rasgos de personalidad premórbida predispondrían a tener los síntomas psiquiátricos subsiguientes en la enfermedad de Alzheimer. Asimismo en un estudio (24) sobre 122 casos, se encontró que 39 pacientes (32%) tenían una historia psiquiátrica en los tres años anteriores a la eclosión de la enfermedad.

Otros autores, sin embargo, no observan esta correspondencia. En una comparación entre un grupo de enfermos de Alzheimer y otro de Corea de Huntington (25), con un grado de irritabilidad similar, se observó que el rasgo premórbido de irritabilidad era válido para los enfermos de Huntington, pero no para los de Alzheimer. Asimismo en un estudio longitudinal (26) sobre 32 pacientes, se constataba que la emergencia, en el transcurso de la enfermedad, de psicosis (47%) y depresión mayor (22%), no contaba con antecedentes previos a la eclosión de la enfermedad.

La depresión como factor de riesgo

En la última revisión de estudios epidemiológicos se reseñan cuatro estudios caso-control en los que la depresión premórbida era más común en los casos de Alzheimer que en los casos control. Como a menudo se argumenta, esos síntomas podían confundirse, en algunos casos, con las manifestaciones iniciales de la demencia, las cuales suelen cursar con depresión.

Sin embargo, con posterioridad otros estudios han confirmado la importancia de la depresión como elemento premórbido. Así, en uno de ellos (27), entre más de 20 factores de riesgo, se encontró que los episodios de depresión y de desórdenes en la personalidad eran significativos. Otros autores comprobaron que, en la personalidad premórbida de los pacientes de Alzheimer, efectivamente había más rasgos depresivos. En investigaciones siguientes, una sobre 814 sujetos (28) y otra sobre 65 pacientes (29), también se encontró historia de depresión significativa. Algunos estudios (30, 31) concretaron en el tiempo estos episodios de depresión premórbida, hallando historia de episodios depresivos, diez años antes de la eclosión de la enfermedad.

Parece, pues, que la depresión es uno de los rasgos premórbidos en los que parece haber un cierto consenso, ya sea por haberla padecido personalmente y/o bien por tener una historia familiar de depresión, en definirla como un factor de riesgo.

Perfiles de riesgo de la personalidad premórbida

No existe una claridad y una valoración unánime de los factores de riesgo en la personalidad premórbida, de una forma similar a los perfiles premórbidos definidos para enfermedades tales como las cardiovasculares o el cáncer. Existen, no obstante, tres estudios, en los que se defiende la existencia de unos perfiles premórbidos de la personalidad definidos como factores de riesgo.

a) *Universidad de Lund* (Suecia). En el primero de ellos (32, 33), el Departamento Social y de Psiquiatría Forense realizó un amplio estudio sobre una población de 2.612 personas. No se detectaron factores medio-ambientales relacionados con la enfermedad de Alzheimer, aunque sí factores de fondo de la personalidad de forma significativa. En el análisis de éstos, se utilizaron, entre otros, los conceptos de «validez» (autoconfianza versus inseguridad) y «solidez» (firmeza versus, sugestibilidad). Se constató que las puntuaciones que se desviaban de la media, por exceso o por defecto, estaban asociadas a un mayor riesgo, especialmente cuando intervenían otros factores. Las puntuaciones para las mujeres eran marcadamente más significativas que para los hombres. Así, las mujeres con una «validez por debajo de la media» combinada con otros rasgos como «dolores de cabeza y jaquecas» corrían un riesgo muy elevado de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. La puntuación más alta para los hombres correspondía a una «validez por encima de la media» combinada con otros rasgos como «inactivo y superficial».

b) *Universidad de Psiquiatría de Friburgo (Alemania)*. En el segundo estudio (34), los autores analizaron las biografías de 21 pacientes con la enfermedad de Alzheimer y las contrastaron con 12 pacientes de edad parecida con demencia vascular, los cuales sirvieron como grupo de control. En los perfiles de la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer predominaban las personas con «tendencia a la evitación-sumisión», con un «tutelaje humanitario» (tendencia a depender y pedir permiso a otros en las decisiones importantes) y con unas «relaciones y un trato social restringido». Como contraste, los rasgos de la personalidad premórbida de los enfermos de demencia vascular eran «asertivos y dominantes»; los sujetos se caracterizaban al mismo tiempo por «haber perdido el mando» que habían ejercido sobre personas, situaciones, trabajo, etc.

c) *Departamento de Investigación de las Ciencias de la Salud. Clínica Mayo, Rochester (EE. UU.)*. Los investigadores (35), realizaron un estudio de 13 casos de enfermos de Alzheimer y 16 casos de control. La selección de casos contaba con una aplicación, hecha con anterioridad, del MMPI (36) a pacientes de la Clínica. Después de un intervalo de 13 años, entre el estudio de la personalidad y la eclosión de la enfermedad, se realizó la selección entre los pacientes actuales que tuvieran el historial antes mencionado. Los enfermos de Alzheimer tenían tasas más altas de «introversión social» y «pesimismo» respecto a la referencia normativa del test. En la comparación con el grupo control, la tasa de «introversión» era significativamente alta.

CONCLUSIONES

Este artículo pretendía reunir la información sobre los factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer, priorizando aquellos que se referían a la personalidad premórbida. Precede a una investigación que se desarrolla en la actualidad, motivada por lo observado en la tarea profesional realizada en diversas actividades con personas mayores (37-39).

Necesidad de protección, dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida, introversión, falta de energía mental, inseguridad, son a modo de resumen aquellos elementos que más se subrayan en los estudios sobre personalidad premórbida.

Es fácil advertir que todos estos elementos no solamente no son contradictorios, sino que guardan una relación muy próxima. Tienen por otra parte una gran coincidencia con la hipótesis argumentada en un texto anterior (40), en relación a las características de la personalidad premórbida, en el campo de lo emocional y de la relación interpersonal: relación simbiótica con otro, falta de energía yoica, fragilidad de la identidad personal, insuficiencia de la capacidad de elaboración frente a lo que conlleva el propio proceso de envejecimiento, etc.

Sin duda, son muchos los aspectos que van a necesitar una mayor clarificación y definición de este interesante y complejo tema. Se podrían resumir en cinco grandes apartados:

Clarificar las diferencias respecto a la continuidad-cambio en la personalidad pre-post mórbida.

Definir con mayor exactitud los perfiles de riesgo de la personalidad premórbida.

Esclarecer los rasgos de riesgo premórbidos específicos para cada demencia.

Precisar las diferencias de los rasgos de riesgo premórbidos relativos al sexo.

Establecer y jerarquizar la combinación de factores precipitadores de la enfermedad.

Sería deseable que una mayor investigación en este campo pudiera complementar los estudios epidemiológicos actuales, ayudando a una mejor comprensión de los factores de riesgo, así como a establecer y definir los elementos que permitan desarrollar una mayor protección y prevención.

BIBLIOGRAFIA

1. Lemos S. Evaluación psicométrica de riesgos para la salud. En: Buela- Casal G, Caballo V, Sierra JC, eds. Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996.
2. Jorm AF. La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Barcelona: SG Editores; 1994.
3. Jorm AF. Alzheimer"s disease: risk and protection. Med J Aust 1997;167 (8):443-6.
4. Raiha I, Kaprio J, Koskenvuo M, Rajala T, Sourander L. Alzheimer"s disease in Finnish twins. Lancet 1996;347(9001):573-8.
5. Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Albert MS, Chown MJ, et al. Education and other measures of socio-economic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. Arch Neurol 1997;54(11):1399-405.
6. Kondo K, Yamashita I. A case-control study of Alzheimer"s Disease in Japan: association with inactive psychosocial behaviors. En: Hasegawa K, Homma A, eds. Psychogeriatrics Biomedical And Social Advances. Amsterdam: Excerpta Medica; 1990. p. 49-53.
7. Bidzan L, Ussorowska D. Risk factors for dementia of the Alzheimer type. Psychiatr Pol 1995;29(3):297-306.
8. Shen Y. A case-control study of risk factors on Alzheimer"s disease. Multicenter collaborative study in China. Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih 1992;25(5):284-7.
9. Cohen LH, editor. Life events and psychological functioning. London: Sage; 1988.
10. Sandín B, Chorot P. Evaluación del estrés psicosocial. En: Buela-Casal G, Caballo V, Sierra JC, editores. Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996.
11. Pecyna SM. Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer"s disease in people of working age. Przegl Epidemiol 1993; 47(3):343-8.

12. Jorm AF, van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, et al. Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Int J Epidemiol* 1991;20(Supl 2):S43-S47.
13. Petry S, Cummings JL, Hill MA, Shapira J. Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1988;45(11):1187-90.
14. Bozzola FG, Gorelick PB, Freels S. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992;49(3):297-300.
15. Costa PT, McCrae RR. The NEO personality inventory manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources; 1985.
16. Siegler IC, Welsh KA, Dawson DV, Fillenbaum GG, et al. Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. *Alzheimer Dis Assoc Dis* 1991;5(4):240-50.
17. Chatterjee A, Strauss ME, Smyth KA, Whitehouse PJ. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992;49(5):486-91.
18. Strauss ME, Pasupathi M. Primary caregiver's descriptions of Alzheimer patients personality traits: temporal stability and sensitivity to change. *Alzheimer Dis Assoc Dis* 1994;8(3):166-76.
19. Welleford EA, Harkins SW, Taylor JR. Personality change in dementia of the Alzheimer's type: relations to caregiver personality and burden. *Exp Aging Res* 1995;21(3):295-314.
20. Kolanowski A, Strand G, Whall A. A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. *J Gerontol Nurs* 1997; 23(2):21-30.
21. Meins W, Frey A, Thiesemann R. Premorbid personality traits in Alzheimer's disease: do they predispose to non-cognitive behavioral symptoms? *Int Psychogeriatrics* 1998;10(4):369-78.
22. Montani CL. Personalité antérieure chez des déments âgés de type Alzheimer. *Psychol Med* 1994;26(Spec Issue 4):373-4.
23. Péruchon M. Les productions démentielles, ou quand la psyché retourne au perceptif. *Psychoanalyse à l'Université* 1994;19(76):97-109.
24. Baker FM, Kokmen E, Chandra V, Schoenberg BS. Psychiatric symptoms in cases of clinically diagnosed Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;4(2):71-8.
25. Burns A, Folstein S, Brandt J, Folstein M. Clinical assessment of irritability, aggression, and apathy in Huntington and Alzheimer disease. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(1):20-6.
26. Rosen J, Zubenko GS. Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 1991; 29(3):224-32.

27. Kokmen E, Beard CM, Chandra V, Offord KP, Schoenberg BS, Ballard DJ. Clinical risk factors for Alzheimer's disease: a population based case-control study. *Neurology* 1991;41(9):1393-7.
28. Van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, Fratiglioni L, Graves AB, Heyman A, et al. Interaction, between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Genet Epidemiol* 1994;11(6):539-51.
29. Tsolaki M, Fountoulakis K, Chantzi E, Kazis A. Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease: a case-control study of a Greek population. *Int Psychogeriatrics* 1997;9(3):327-41.
30. Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, Creasey H, McCusker E, Broe GA, et al. Environmental risk factors for Alzheimer's disease: their relationship to age of onset and to familial or sporadic types. *Psychol Med* 1992;22 (2):429-36.
31. Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, et al. History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 1995;6(4):366-9.
32. Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, Otterbeck L, Rorsman B. Senile dementia of the Alzheimer type in the Lundby Study II. An attempt to identify possible risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241(4):231-5.
33. Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, Otterbeck L, Rorsman B. Vascular dementia in the Lundby study 2. An attempt to identify possible risk factors. *Neuropsychobiology* 1993;27(4):210-6.
34. Bauer J, Stadtmuller G, et al. Premorbid psychological processes in patients with Alzheimer's disease and in patients with vascular dementia. *Z Gerontol Geriatrics* 1995;28(3):179-89.
35. Malinchoc M, Rocca WA, Coligan RC, Offord KF, Kokmen E. Premorbid personality characteristics in Alzheimer's disease: An exploratory case-control study. *Behav Neurol* 1997;10(4):117-20.
36. Hathaway SR, MacKinley JC. MMPI. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Versión española. TEA Ediciones; 1967.
37. Conde JL. Soporte a cuidadores familiares. *Rev Gerontol* 1993;2:95-7.
38. Conde JL. Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. En: Triadó C, ed. *Anuario de Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona 1997;73:71-87.
39. Conde JL. Integración de la Familia en el proceso terapéutico de la demencia. En: Alberca R, López-Pousa S, eds. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*; 1998. p. 117-28.
40. Conde JL. Las habilidades neuropsicológicas y sus déficits. En: Conde JL. *Psicología, Vejez y Grupos*. Tertulias para Personas Mayores (material no publicado); 1996. p. 120-8.

