



CENTRO UNIVERSITARIO
INDOAMERICANO

Conocer para Trascender

CENTRO UNIVERSITARIO INDOAMERICANO

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8909-25

**ESTIMULACIÓN TARDÍA COMO UN RECURSO PARA
PROPICIAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR:
UN ESTUDIO DE CASO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
IRINA IRAÍS GARCÍA BALDERAS

ASESOR: LIC. MA. ESTELA FLORES ORTIZ

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉX.

2005

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres

Por el apoyo incondicional que siempre me han dado, por ser unos grandes maestros, porque gracias a ustedes he logrado superarme en la vida y ser quien soy, este triunfo también es suyo ya que son mi ejemplo a seguir. Los quiero mucho y siempre les estaré agradecida.

A mis abuelos

Por ser la inspiración para este trabajo, y aunque algunos no se encuentren conmigo sé que donde estén se sienten orgullosos de mí. Gracias por ser los pilares de esta gran familia.

Siempre estarán en mi corazón.

A mi hermano

Porque sin sus bromas, risas, gritos y cantos, la casa no sería la misma, gracias por apoyarme y ser mi amigo.

A mis tíos y primos

Porque gracias a todos ustedes hemos sido una familia unida, siempre les agradeceré sus consejos y cariño que me han demostrado.

Al equipo

Por colaborar para que esta tesis llegara a su término, sin ustedes no hubiera podido realizar este gran paso, gracias profesores, compañeros y amigos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
I. RESUMEN.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
IV. MARCO TEÓRICO	
A. LA TERCERA EDAD: UN RETO PARA EL SIGLO XXI	
1. Globalización	10
2. Aspectos demográficos	14
a. Aspecto epidemiológico	15
3. Programa para Adultos Mayores del Distrito Federal	19
B. TERCERA EDAD: UNA VISIÓN INTEGRAL	
1. El Envejecimiento y la Tercera Edad	29
2. El anciano y su salud	32
3. El factor social	43
C. EL PROCESO DEL DETERIORO A NIVEL DEL “CEREBRO”	
1. El Cerebro Humano	51
2. Plasticidad neuronal	53
3. Envejecimiento cerebral	53
a. El anciano y su proceso cognitivo	55
b. Inteligencia Emocional	64
D. FUNCIÓN DE LAS INSTITUCIONES EN EL ADULTO MAYOR	
1. Instituciones	70
a. Casas Hogar	72
b. DIF	74
c. INAPAM	76
d. IMSS	78
e. ISSSTE	80
f. Secretaría de Salud.....	81
2. La Función del psicólogo	84

V. MÉTODO	87
A. FOMACIÓN DEL INVESTIGADOR	90
B. CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS.....	90
C. SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS	91
D. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	92
E. APLICACIÓN DEL TALLER	93
F. RETROALIMENTACIÓN	94
VI. RESULTADOS	
A. CUANTITATIVOS	95
B. CUALITATIVOS	98
VII. CONCLUSIONES	106
VIII. REFERENCIAS	109
IX. APÉNDICES.....	114
X. ANEXOS.....	130

I. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar si la estimulación de habilidades implicadas en los procesos del pensamiento del adulto mayor, propiciarían cambios para incidir en su calidad de vida. Se trabajó con una población constituida por 15 personas de la tercera edad cuya edad fluctuaba entre los 50 y los 82 años, que asistían a la Clínica de Especialidades Médicas del ISSSTE, Unidad Balbuena.

Los lineamientos de este estudio, de carácter exploratorio, se basaron en el método de investigación – acción, y estuvo organizado en tres grandes momentos: a) Diagnóstico de la inteligencia de ejecución y de la emocional, el cual se realizó mediante la aplicación de la prueba de Laureta Bender y la del Reloj b) Estimulación, a partir de la organización y aplicación del Taller denominado “Estimulación a Tiempo” centrado en las necesidades de este grupo, c) Evaluación comparativa y d) Entrega de resultados a cada uno de los participantes.

A pesar de que el tiempo total de trabajo fue de 14 horas, distribuidas durante mes y medio (sesiones semanales de dos horas cada una); los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que al comparar las dos fases de aplicación de las pruebas se observaron cambios positivos tanto en el área de ejecución como en la emocional. Asimismo el espacio grupal constituyó un soporte para los participantes, quienes al integrarse y apoyarse, permitieron vencer los obstáculos y así alcanzar la meta “demostrarse que en la Tercera Edad sí se puede aprender”. Finalmente, se concluye que si se realizan sistemáticamente ejercicios para fortalecer los procesos del pensamiento, los problemas de deterioro se pueden posponer y de esta forma los ancianos podrán aspirar a tener una mejor calidad de vida.

II. INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones para este nuevo siglo, es lograr que las personas de la tercera edad tengan una buena calidad de vida, ya que gracias a los avances médicos la expectativa de vida ha aumentado considerable, originando un vuelco a la pirámide poblacional. Uno de los principales retos que se plantean a partir de este problema es el lograr que este sector logre tener una mayor independencia en su vida cotidiana, ya que el estigma social que han cargado durante mucho tiempo ha ocasionado que se les relegue como personas sin posibilidad de superación y sin las capacidades de ser independientes.

En México existen alrededor de cinco millones de ancianos y sólo medio millón recibe una pensión; en el Distrito Federal el 85% de las personas viven de la ayuda de los familiares, mientras que el 15% de la población adulta mayor de 60 años vive de la pensión que se les da por los años de trabajo. Por otro lado, también existen alrededor de 6500 ancianos indigentes (CONAPO, 2002). Las cifras anteriores, revelan la importancia que tiene el ocuparnos de este sector para incrementar la calidad de vida.

Durante el envejecimiento ocurre un gran número de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es un proceso continuo que está relacionado a la pérdida de aspectos biológicos como la agudeza visual, procesos sensoriales, dificultad para el aprendizaje, pérdida de memoria, entre otros, también cambios en la esfera familiar donde los hijos forman nuevas familias y abandonan su hogar, mueren personas cercanas o sus propias parejas, y cambios a nivel social como el alejarse del ámbito laboral que forma parte de la rutina (González, 2001).

Otro aspecto importante es el exceso de tiempo libre que no saben que hacer con él, algunos hacen ejercicio y algunas actividades recreativas, pero son muy pocos que pueden hacerlo ya sea por su situación económica o por la falta de apoyo de sus familiares. La mayoría se dedican a ver televisión, dormir, no salir de su casa, y es esto lo que genera que extrañen lo que tenían anteriormente, ya sea trabajo, amigos, actividades los fines de semanas. En este sentido las actividades que realizan no son suficientes para que su cerebro funcione al máximo y por tanto, además del deterioro natural que existe, la falta de estimulación adecuada propicia que las funciones del pensamiento y sus emociones se deterioren.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo es probar que al estimular habilidades implicadas en los procesos del pensamiento se puede incidir en la calidad de vida. Por lo tanto en el capítulo III se plantea el problema que representa para la sociedad el aumento de la tercera edad a nivel mundial. En cuanto al siguiente capítulo en donde se presenta el marco teórico es una visión general de las esferas que integran a la persona, como son: la esfera social, biológica y psicológica. En el capítulo V referente al método, se encuentran apartados donde se mencionan la formación del investigador, construcción de categorías, selección de instrumentos, características de la población, aplicación del taller y la retroalimentación.

Como resultado de la aplicación del método se encuentran los resultados (Cap. VI), siendo estos presentados de dos maneras, en forma cuantitativa y cualitativa. En el capítulo VII se presenta las conclusiones que nos permite observar la confirmación o negación de lo propuesto en esta investigación. Y para terminar se encuentran las referencias que apoyaron a la construcción de este trabajo y los anexos y apéndices que dieron la pauta para la realización del taller y con el cual se podrán dar una idea de lo que trabajó en éste.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la situación actual nos podemos dar cuenta que la expectativa de vida ha cambiado a lo largo de la existencia del hombre, por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, mencionó que en el mundo se elevó en un 37% desde 1995, de 48 a 66 años y se espera que llegue a 73 años para el 2025. Dada la necesidad del hombre de tener el poder del universo, la medicina se ha dado a la tarea de aumentar la expectativa de vida para así seguir teniendo poder, pero se han preguntado ¿Qué les significa a estas personas llegar a una edad tan avanzada?, ¿Valdrá la pena alcanzar esta edad?, ¿Qué beneficios trae vivir más tiempo? ya que todo esto está basado en el área biológica pero ¿Se han puesto a pensar en la calidad de vida?.

A través de los años se pueden ver deterioros en diferentes áreas del organismo, padecen artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas, cáncer, Alz-heimer, Parkinson entre otras y se pierden algunas funciones como de la vista, oído y olfato. Por lo que se puede preguntar ¿Cuál es entonces el sentido de la vida? si es que presentan limitaciones en una o varias áreas. Algo que también es importante es la disminución de la actividad cerebral, hay un deterioro en el pensamiento, en ocasiones las personas que se encuentran en esta etapa empiezan a sufrir olvidos a corto y mediano plazo, así como la dificultad para realizar tareas que hacían sin dificultad alguna, a causa de su degeneración de envejecimiento normal, esto puede generar cierta depresión, angustia o conflicto en la persona, porque se da cuenta que no recuerda ciertos sucesos que acaban de pasar, pierden las llaves, no saben dónde dejaron algún objeto, por lo que se cuestiona ¿Cómo se sentirán ante estos hechos?, ¿Qué pensarán sobre ellos mismos?, ¿Creerán que tiene solución esta situación?. Todo esto por el envejecimiento normal aunado a la poca actividad realizada ya que su vida se vuelve pasiva por perder algunas capacidades o habilidades y cambiar roles.

Ante la situación anterior ¿qué hace la sociedad para enfrentar esta problemática?. La mayor parte de la información que se encuentra en diversos medios es acerca de la jubilación y enfermedades degenerativas. Muy pocos especialistas, científicos,

investigadores o incluso estudiantes, se han dado a la tarea de indagar sobre el posible desarrollo y mantenimiento de las habilidades mentales a través de la estimulación tardía. Frecuentemente se asocia el término “estimulación” con niños, ya que se pueden encontrar diversos centros de estimulación temprana, en cambio ésta puede ser utilizada a lo largo de la vida y en este caso con mayor trascendencia para las personas mayores con el fin de que no haya un decremento significativo en sus habilidades mentales que es producto de la degeneración natural de la vida.

No se puede detener la pérdida de habilidades mentales, pero sí prolongar dichas pérdidas ejercitando y estimulando ciertas áreas. Por lo que se podría decir que en las personas adultas, va en aumento esta pérdida conforme pasa la edad, favorecida por falta de ejercitación de éstas. Pero ¿Realmente será posible lograr el mantenimiento de habilidades a través de la estimulación?, ¿Qué tanto puede ayudar estas personas la estimulación tardía?, y si resulta positivo ¿Cómo se sentirán al darse cuenta que todavía pueden aprender?, ¿Cambiará la imagen que tienen de ellos mismos?, ¿Aumentará su autoestima?, ¿Podrán ponerse retos?.

A mediados del siglo XX los gastos económicos que tenía México por pagos jubilatorios eran por un corto plazo ya que la expectativa de vida era corta, actualmente sucede lo contrario, como se mencionó anteriormente, lo que le ha provocando al país un mayor costo, el cual no estaba contemplado, aunado a esto se encuentra la atención médica que representa un gasto más para el Estado, ya que tiene que haber médicos capacitados en la atención de este sector, espacios dentro de las instituciones de salud (áreas gerontológicas) y más medicamentos. Con todo lo anterior se podría cuestionar ¿Cómo verán su futuro?, ¿Cómo será la calidad de vida teniendo condiciones desfavorables? Pero ¿Todo esto sería diferente si tuvieran un apoyo multidisciplinario? Por lo que es urgente que se establezcan programas integrales para enfrentar las carencias que presentan tanto a nivel biológico como psicológico, lo que se ha tratado anteriormente, teniendo en cuenta que éstos dos factores están interrelacionados, por lo que sería fundamental apoyarlos en aspectos como: la inteligencia de ejecución y emocional.

IV. MARCO TEÓRICO

A. LA TERCERA EDAD: UN RETO PARA EL SIGLO XXI

1. Globalización

Siendo la tercera edad un aspecto muy importante dentro de este trabajo también lo es un término nuevo la “globalización”, esa palabra que ha dado un vuelco al mundo y que aparece en todos lados ya sea en debates públicos, breves comentarios en la televisión, carteles, sitios en la red, periódicos, etc., esta palabra tiene diversos significados; para sus adversarios es la decadencia de los pobres, la prosperidad de los ricos y la devastación del medio ambiente, mientras sus partidarios la consideran un elevador que lleva a la paz y a la prosperidad universal. Diversos autores han hablado sobre la globalización como Miren (2001), Sotelo (2005), Baptista (2005), entre otros por lo que se ha definido a la globalización de diversas maneras, se le llama así al proceso político, económico, social y ecológico que está teniendo lugar actualmente a nivel mundial, por el cual cada vez existe una mayor interrelación económica entre unos lugares y otros, por alejados que estén, bajo el control de las grandes empresas capitalistas y las multinacionales.

Según el Fondo Monetario Internacional (1994) “La globalización es una interdependencia económica creciente del conjunto de países del mundo, provocada por el aumento del volumen y la variedad de las transacciones transfronterizas de bienes y servicios, así como de los flujos internacionales de capitales, al tiempo que la difusión acelerada de generalizada de tecnología”. Y de acuerdo a la Real Academia de las Lengua (2005) es “la tendencia de los mercados y las empresas a extenderse alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales”. Pero como se observa en las definiciones antes mencionadas, la globalización es tomada como un instrumento desarrollado en base a principios económicos, comerciales, financieros, tecnológicos, de bienes y servicios, movilidad del capital, transacciones; pero en ningún momento se nombra al “hombre” y sus derechos como principio fundamental.

Lo cual nos lleva a pensar que al omitirlo en las definiciones sería como verlo con signos económicos de productividad y subordinación. Tomando en cuenta que la sociedad por su parte, cada vez más innovadora y exigente de nuevas habilidades, además de personas exitosas, atribuye un valor singular a los bienes materiales y encasilla a las personas como objeto y en este caso a las personas de la tercera edad como algo inútil e inservible. Las personas que llegan a esta etapa de la vida son paralizadas socialmente pues los “tiempos” establecen que es momento de retirarlos de los espacios reservados para la juventud que se ve igual a dinero, por lo tanto, son limitados al hogar o a los asilos. Las personas que son siempre productivas, harán que su vida sea en un futuro más rica en todos los ámbitos pero aquellas que sus proyectos estuvieron muy ligados a la institución donde por muchos años laboraron, el pasaje a esta nueva vida será muy difícil e implicará un gran esfuerzo para forjarse metas significativas.

Paradójicamente, nuestra sociedad mantiene vivos a los ancianos para muchas veces marginarlos o maltratarlos. Este sector de la población no tiene actualmente asignado un lugar de reconocimiento y valoración social. Existen condiciones materiales y una serie de representaciones sociales que sostienen que la vejez es un período de la vida en la cual se termina la actividad productiva y creativa de las personas. En muchos casos se encuentran fuera de la cadena económica productiva y la jubilación que constituye una conquista histórica, al final se convierte en una columna de varias cuerdas para cobrar una pequeña pensión y para pedir servicios médicos de limosna. Todo aquello que lleva a percibir al adulto mayor de manera negativa crea una barrera o separación entre sociedad y ancianidad. La innecesaria separación entre anciano y sociedad, puede tener un efecto devastador en nuestros viejos convirtiéndolos en desechos humanos de la globalización.

Sin embargo en el área de la salud es un festín en donde las empresas farmacéuticas transnacionales ganan económicamente, así como los monopolios de insumos y equipos médicos, las clínicas asociadas, hospitales privados y las empresas aseguradoras de la salud, ya que ven a la enfermedad como una fuente muy buena de ganancia económica, por lo que se aprende a vivir del sufrimiento de los demás, enfocándose en los intereses propios de la economía más no en la salud que es un derecho primordial de todo ser humano.

Para Strejilevich (citado en Bastidas, 2005) desde hace 15 años la geriatría se había desarrollado, pero no por el valor humano del cuidado de las personas mayores en general, sino porque este sector en el mundo comenzó a tener un pequeño ingreso ya sea por vía del Estado (pensiones) o por vía de la familia, pero primordialmente porque aún son consumidores. A veces ese consumo por mínimo que sea en los sectores más pobres, genera un mercado, especialmente en el farmacéutico. La tercera edad ha sido descubierta como "fuente de consumo", se han disparado ofertas, tanto de productos como de servicios. Encontrar la fuente de la juventud ha sido desde siempre un anhelo de la humanidad, aparecen los mercados de sustancias revitalizadoras, regeneradores neuronales, mejoradores de potencia sexual para la tercera edad, residencias cinco estrellas para ancianos; ahora sí, para muchos las personas de la tercera edad son importantes, pero solo porque producen dinero.

Las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en lugar de agudas y progresivas en lugar de regresivas, convierte a la salud en un mito y un placer de pocos. El problema de salud asociado con el crecimiento de la población de mayor edad también incluye el importante aspecto de la equidad. En primer lugar, habrá diferencias de clase, ya que los miembros éstas mostrarán perfiles de salud muy variables. De igual manera, la capacidad de obtener acceso a una atención de salud integral y de alta calidad variará sustancialmente con los estratos sociales. A menos que se aborde adecuadamente el proceso de envejecimiento en estas sociedades, se dará lugar a grandes dificultades en la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores. Este grupo de la sociedad se ha visto más afectados por los programas de ajuste estructural. Ha impuesto la austeridad fiscal que limita el gasto público. La privatización de los servicios públicos conduce a la pérdida de empleo, salud, educación, a la pérdida de protección y de servicios sociales; no sólo que se les estropea la forma de vivir sino que se les acelera la muerte.

Para los investigadores centrados en la globalización el proceso de envejecimiento es un factor social y económico aislado, ya que se supondría que esta etapa debería ser valiosa, además de tener una considerable repercusión sobre varias dimensiones que afectan el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar relativo no sólo de los ancianos, sino también de las generaciones más jóvenes. Las más importantes entre estas dimensiones son el sistema de jubilaciones y pensiones, la composición de la fuerza laboral y de la familia, las disposiciones domésticas, los cambios intergeneracionales

entre las familias, la situación sanitaria y las condiciones de salud; la inmigración, el maltrato, la disfunción de roles familiares como por ejemplo, cuando encontramos a abuelos aprendiendo a ser padres en una sociedad con cambios juveniles de gran importancia.(Bastidas, 2005)

A lo anterior se suma, la declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento; el descenso de la esperanza de vida activa y saludable; la reducción o el cese completo de participación en la vida laboral y la mayor dependencia de las pensiones de diversas fuentes públicas y privadas. El miedo a envejecer generalizado en las sociedades actualizadas se relaciona con el temor al declive físico y mental. Los estereotipos actúan a modo de clichés en la comprensión de un fenómeno, objeto o grupo social, por lo que es importante saber la opinión sobre estos grupos de personas, ya que éstos se encuentran en un proceso de transformación social importante y las condiciones sociales y comportamentales consideradas apropiadas, son fuentes básicas de atribución.

Un efecto negativo de la globalización lo constituye el impacto sobre las personas: estrés, tensión permanente y poco tiempo para atenderse asimismo, a sus familias, vecinos y amigos. Además de que la tercera edad atraviesa por una crisis de valores fundamentada en el capitalismo inhumano, que se agravará cuando se globalice y se mundialice la economía. Ya se limita a este sector dándole ventajas a los jóvenes en aspectos como: ser becario, acceder a un préstamo, obtener un seguro y estar en óptimo estado de salud; para acceder a un trabajo; para muchas cosas se necesita juventud excepto para ser discriminado. Lo único globalizado será entonces la pobreza, desnutrición, explotación, desempleo, marginalización, analfabetismo, entre otras cosas. Algunas personas todavía suponen que las personas mayores deberían retirarse, ser asexuales, ser precavidas, vestir en forma adecuada y buscar actividades tranquilas lo que implica aprenderse nuevos roles. Por lo que es importante en estos momentos redefinir qué quiere decir ser viejo o pertenecer al grupo de la tercera edad.

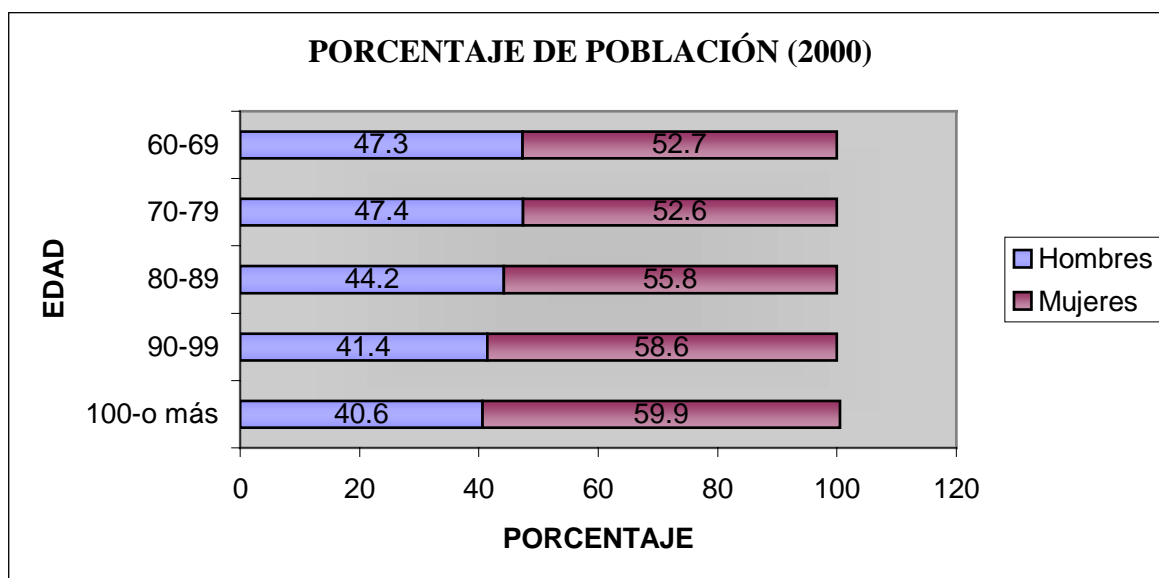
2. Aspectos Demográficos

El fenómeno de envejecimiento de la población, que comenzó a darse en Europa, empieza a adquirir relevancia en América. En 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total; en 1990 ascendía al 6.2%, y se cree que para el año 2030 será el 12.6%; lo que representa pasar de 5,016,000 individuos en 1990 a 17,404,000 para el año 2030 según el INEGI. Para dar una idea más clara del número de personas de la tercera edad que habitan en el territorio mexicano, este sector resulta superior al total de la población de países como Costa Rica (Magally, 2001), aunque lo más grave es que apenas la mitad cuenta actualmente con una pensión, razón por la cual muchos son abandonados por sus propios familiares ya sea en asilos o en sus propios domicilios.

El último censo (INEGI, 2000), registró en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, lo que equivale a 7.1% de la población total. De ésta 3.7 millones son mujeres y 3.2 millones son hombres. Destacando la población femenina; en total, hay 114 mujeres por cada 100 hombres de edad avanzada. En cuanto a los grupos de edad, en el de 60 a 69 años está la mayor proporción de habitantes, 3.9 millones (55.5%). También las mujeres superan a los hombres en todos los grupos de edad y conforme aumenta la edad el porcentaje se incrementa.

La gráfica 1 muestra los porcentajes por grupos de edad, según el sexo. En cuanto a entidad Federativa, destacan con las mayores proporciones de población de 60 años en adelante, Zacatecas (8.7%), el Distrito Federal y Nayarit (8.5% cada uno) y Oaxaca (8.4%). A diferencia de Tabasco (5.8%), el Estado de México y Chiapas (5.4% cada uno), Baja California (5.2%) y Quintana Roo (3.7%) que presentan las menores. Por tamaño de localidad el 71.4% reside en localidades de más de 2 mil 500 habitantes y 28.6% en áreas rurales, menos de 2 mil 500.

Gráfica 1. Porcentaje de personas de 60 años en adelante por sexo



Fuente: INEGI 2000

El aumento en este grupo de edad durante el periodo de 1990 a 2000 fue de casi 2 millones de personas, con una tasa de crecimiento medio anual de 3.3%, superior a la registrada por la población total en estos 10 años, de 1.8%. Es decir, durante el periodo, la población de 60 años y más creció a un ritmo que casi duplica el de la población total. Este cambio en la estructura poblacional se debe a la disminución en la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida debido al descenso de la mortalidad.

a. Aspecto epidemiológico

El proceso de envejecimiento trae consigo cambios en el perfil de salud-enfermedad de la población en general. En primer lugar, aumentan los padecimientos crónico-degenerativos, se desplaza la carga principal de muertes y enfermedades de los grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada, y se sustituye como fenómeno predominante, de la mortalidad por la morbilidad. Esta nueva situación se caracteriza por modos inadecuados de industrialización y urbanización, injusticia social, aumento de la violencia y consumo excesivo, que con frecuencia pueden traducirse en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco, hábitos inadecuados de alimentación y sedentarismo.

Morbilidad

En los adultos, a mayor edad, mayor frecuencia de enfermedad. A partir de los 60 años uno de cada cuatro individuos está enfermo. En general, se observan mayores tasas de morbilidad en la población de localidades urbanas que en las del medio rural. La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto de la de otros grupos, principalmente porque el estado de salud es el reflejo de todo un periodo de vida y en él se acumulan los efectos de diversos procesos. Las enfermedades transmisibles continúan representando una causa importante de padecimiento, en los niños representan el 87.3%, en adolescentes el 69.1% y en adultos el 45.8%. En cambio, las enfermedades no transmisibles representan 14.6% en adultos, 5.2% en adolescentes y sólo 1% en niños. Y en cuanto a lesiones los adolescentes presentaron el porcentaje más alto con el 4.8%, seguidos por los adultos, 4.4% y por los niños, 2.2%.

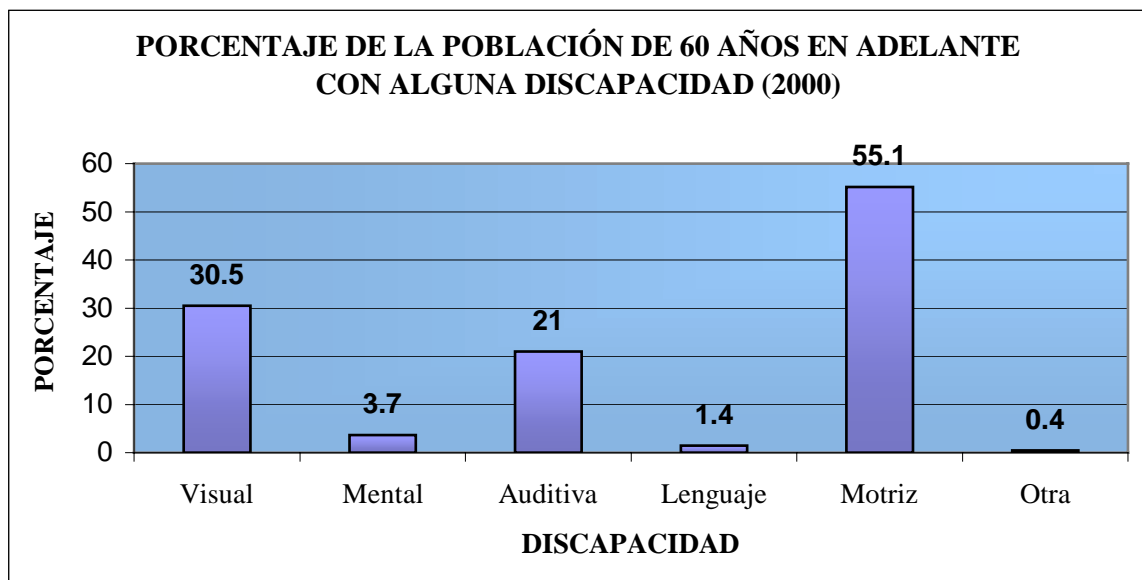
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento "es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez. En él se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno". Dentro de las peculiaridades de salud de la población de edad avanzada, se pueden distinguir las siguientes:

- Una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente (social, económico, físico, emocional, etc).
- La combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- La multimorbilidad en un mismo individuo.
- La combinación de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer) con enfermedades transmisibles (diarreas e infecciones respiratorias agudas) y con accidentes.
- El aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez, por la aparición de secuelas discapacitantes.
- Muchos de los procesos patológicos de esta población se han iniciado en etapas tempranas de la vida o en la adultez, y actualmente se encuentran en estados avanzados, con complicaciones y secuelas.

Discapacidad

Al 2000, 41.5% de los 1.8 millones de habitantes que presentan alguna discapacidad en el país son personas de la tercera edad. De todas ellas el 47.2% son hombres y el 52.8%, mujeres. En las personas de edad, las limitaciones de tipo motriz son las más frecuentes (55.1%), le siguen las visuales (30.5%) y las auditivas (21%), principalmente. La gráfica 2 muestra la distribución porcentual de la población de la tercera edad según el tipo de discapacidad.

Gráfica 2. Porcentaje de la población de 60 años en adelante con alguna discapacidad
Fuente: INEGI 2000



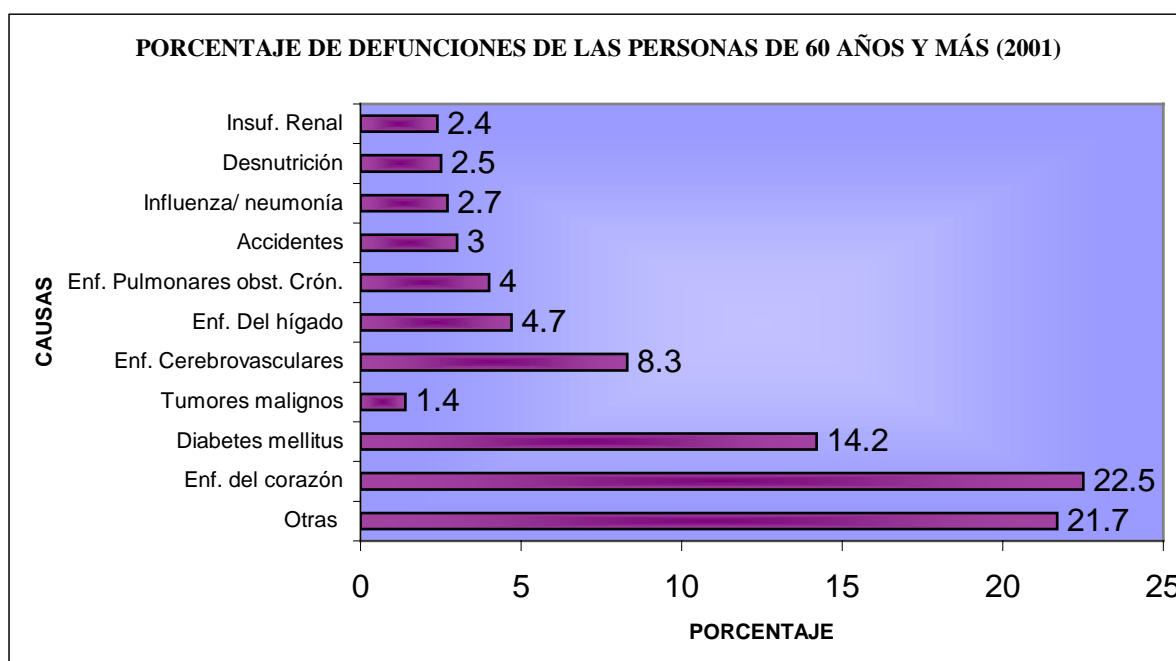
*El porcentaje puede ser mayor a 100 debido a que la población puede presentar más de un tipo de discapacidad.

Las discapacidades están aumentando, como resultado de modificaciones en los hábitos, de las escasas actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, del uso inadecuado de recursos tecnológicos, de los bajos niveles de escolaridad, de las condiciones de trabajo inadecuadas, de la inequidad social y del aumento de la violencia. Por otra parte, la discapacidad representa un enorme gasto económico y social tanto para la familia como para el Estado.

Mortalidad

En el 2001, se registraron 255 mil 547 defunciones de personas de la tercera edad, que corresponden al 57.7% del total de fallecimientos registrados. Por sexo, la proporción de muerte fue similar, teniendo 49.9% los hombres y 50.1% las mujeres. En la gráfica 3 se pueden observar las causas de defunción y sus porcentajes.

Gráfica 3. Porcentaje de defunciones de las personas de 60 años y más

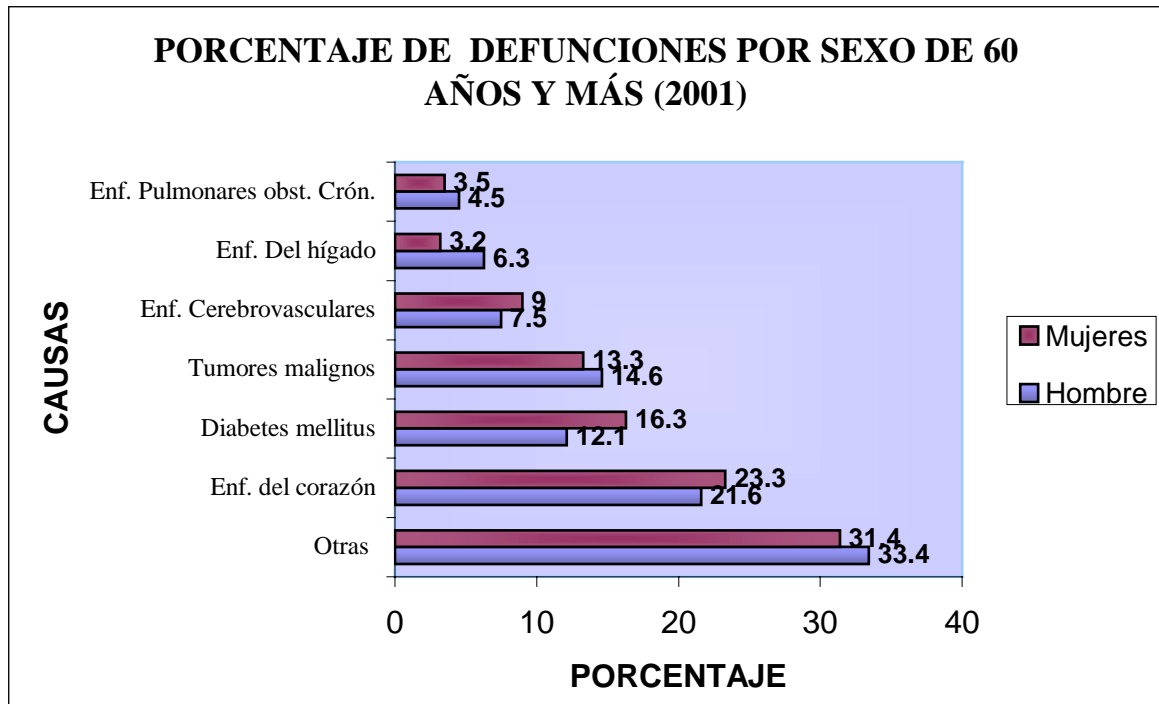


Fuente: INEGI 2001

Mortalidad de la población envejecida según el sexo

Hay ciertas diferencias proporcionales de algunas causas de mortalidad, lo que sugiere una relación de determinación (biológica, socioeconómica y/o cultural) con relación al sexo. Este grupo experimenta, a diferencia del de los hombres, condiciones crónicas que causan severas limitaciones a la calidad de vida, como la osteoporosis, la diabetes, la hipertensión, la artritis y los trastornos mentales. Esta situación se agrava por la capacidad comparativamente inferior de las mujeres para tener acceso y cubrir el costo de los servicios de atención. Todas estas circunstancias contribuyen a situar a la mujer en una posición de desventaja con respecto al hombre, en lo que toca a prestaciones de salud y seguridad social. En la gráfica 4 se puede observar el porcentaje de defunciones por sexo de las personas de la tercera edad.

Gráfica 4. Porcentaje de defunciones por sexo de las personas de la tercera edad



Fuente: INEGI 2001

3. Programa para Adultos Mayores del Distrito Federal

Es importante destacar el proceso de envejecimiento de la población de nuestro país y en este caso de la ciudad de México, debido a las consecuencias que ello genera en la prestación de servicios de salud, atención, niveles de pobreza, participación económica, composición de la población y la familia, así como políticas sociales. La seguridad económica de los adultos mayores se está convirtiendo en un problema social de primer orden en México porque concierne a un número creciente de personas. El tema primordial de la protección social de los adultos mayores en México es la restringida cobertura de los sistemas de pensiones ya que sólo el 30 por ciento de los adultos mayores cuenta con ésta. La sociedad mexicana no ha asumido esta nueva realidad que requiere de soluciones colectivas y públicas. Ni las familias ni el mercado pueden enfrentar exitosamente la creación de condiciones seguras y dignas que permitan a los adultos mayores disfrutar de sus últimos años de vida.

Se sabe que un porcentaje significativo de personas adultas en el Distrito Federal sufre de pobreza, no cuentan con un sistema de protección, ni acceso suficiente a servicios de salud y tienen que laborar hasta edades muy avanzadas en algunos casos. Por lo que se propuso el Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años residentes en el Distrito Federal que fue dado a conocer mediante un Acuerdo, publicado en la Gaceta Oficial el 6 de febrero de 2001. Es un componente central de la política integral de protección social a los Adultos Mayores residentes en la capital que se fundamenta en los ordenamientos de la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores, que entra en vigor en marzo de 2000 así como en la Ley de Salud para el Distrito Federal, expedida en diciembre de 1998. La dependencia responsable de la operación del Programa es la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Apoyo al Adulto. (Laurell, 2005)

Esta dirección cuenta con personal especializado en problemas geriátricos y gerontólogos. El personal operativo de campo son 1,200 educadoras de salud, 94 capacitadores y 19 coordinadores regionales distribuidos en las 16 delegaciones proporcionalmente al número de beneficiarios. Durante el año las educadoras han realizado cerca de 8 millones de visitas domiciliarias en distintas etapas del programa para censar, verificar datos, entregar tarjetas, visitar los adultos mayores y sus familias. Este programa de servicios y medicamentos gratuitos se lleva a cabo en todas las unidades médicas de la Secretaría, o sea, en los 26 hospitales y 210 centros de salud y las 10 Clínicas de Especialidades, lo que significa que el adulto mayor puede acceder al tratamiento oportuno y adecuado sin costo alguno, lo que elimina ese obstáculo tan grande que es el económico. Además de otorgarles consulta a los adultos mayores en un horario especial, con personal capacitado para dar un trato digno y respetuoso y dándoles la oportunidad de incorporarse en grupos de autoayuda según sus necesidades o enfermedades. (Laurell, 2005)

La pensión universal ciudadana no es la única política que se requiere para solucionar la compleja problemática de los adultos mayores pero el Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal es el primer paso en este camino y una primera medida indispensable. Sin embargo, dadas estas condiciones y el incremento gradual del grupo de adultos mayores que ha venido experimentando la ciudad, el costo de otorgar esta prestación resulta una situación que pone en riesgo la viabilidad financiera de las finanzas públicas de la ciudad.

Población de Adultos Mayores en el Distrito Federal

En el censo del 2000 (INEGI, 2000), se encuentra que la población de más de 70 años es casi un 3.8% del total de la población en el DF, de los cuales, un 2.31% son mujeres y un 1.5% son hombres. Los hombres de 70 años y más comprenden para el 2000, el 3.14% de la población masculina del DF, mientras que las mujeres mayores de 70 años representan un 4.43% de las mujeres en la ciudad. Si se incluye también a los mayores de 65, el porcentaje se eleva entonces al 5.8%. Como podemos ver conforme avanza el rango de edades hay más mujeres que hombres, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Tabla 1. Población de 70 años y más en el D.F., según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Población	328,183	129,126	199,057
Porcentaje del total	3.81%	1.50%	2.31%
Porcentaje según el sexo	3.81%	3.14%	4.43%

Fuente: INEGI 2000

De acuerdo a la encuesta SABE (OPS-2000), realizada en el DF, este grupo de adultos mayores padecen pobreza y bajos ingresos en una proporción importante. Muchos de ellos no tienen cobertura de seguridad social. Para los hombres de 60-64 años, sólo un 33% tiene acceso a la seguridad social, un 47% para los grupos de 65-74 y 75 y más. En el caso de las mujeres, los porcentajes son de 19%, 24 y 29% respectivamente, de las cuales un alto porcentaje es por viudez.

Sin embargo, las pensiones suelen ser muy precarias. La mayoría se ubica en pensiones menores a 2 salarios mínimos, que se incrementa para las mujeres que pueden recibir pensiones menores a un salario mínimo derivadas de las de viudez. Con todo y esta situación de pobreza todavía hay un gran índice de personas trabajando o que son ayudados por sus familiares. De los hombres entre 60-64 años, el 64% aún trabaja, del grupo de 65-74 sólo trabaja el 43% y disminuye en las personas de 75 y más años. Aunque esta etapa sería para muchos de descanso y retiro.

El trabajo que se realiza según esta encuesta es un trabajo informal, de autoempleo, sin pago por ser negocio familiar, destacándose los artesanos, obreros y comerciantes. Y la mujer trabajando en casa. El salario recibido por los hombres es menor a 2 salarios mínimos, pero si esto es desconsolador para las mujeres la condición es peor ya que dos tercios viven con un ingreso menor a un salario mínimo y cuatro quintas partes sobrevive con ingresos menores a 2 salarios mínimos. Lo que destaca es que los hombres aportan dinero a su familia y las mujeres aportan servicios. Pero este programa de pensiones para las personas de la tercera edad es un problema que se agravará ya que el costo que representa para la economía del país es muy alto, siendo mayor costo las mujeres por ser mayor en número, además de tener una esperanza de vida mayor a la del hombre, lo que implica que tendrá por más tiempo la pensión otorgada.

Los costos aumentarán de forma sustancial cada vez más, lo cual representa un riesgo importante en la viabilidad financiera de las finanzas públicas del DF. Para hacer frente a estas obligaciones se tendría que disponer y reservar grandes cantidades que puedan solventar estos gastos. Hay que tener en cuenta que los ingresos del Gobierno del D.F parten de dos fuentes principales:

- Los impuestos recaudados por el Gobierno local, tales como el impuesto predial, tenencia, adquisición de inmuebles, nóminas, espectáculos públicos, loterías y concursos y por la prestación de servicios de hospedaje, así como derechos y productos. Los mayores montos de impuestos y productos corresponden a pago del impuesto predial, nóminas y el correspondiente al uso del agua.

- Una segunda fuente, son los recursos que provienen de las participaciones otorgadas por el Gobierno Federal a los estados que depende de la Recaudación Federal Participable.

Dadas las condiciones actuales por las que está pasando México en cuanto a la economía y el empleo, es difícil pensar en un crecimiento mayor de la económica, por tanto, se podría considerar un problema a largo plazo. Asimismo, pretender incrementar los ingresos aumentando impuestos sin análisis exhaustivos de sus efectos en la actividad económica, puede tener efectos nocivos en la demanda u oferta de bienes, que a la larga no incrementarán los ingresos. Y hacer recortes en los otros programas es poco factible para poder sustentar el de las pensiones. Por lo que se debe pensar en soluciones ya que a la larga será difícil mantener este programa a largo plazo, ya que no podrá ser fácil generar mayores ingresos, además del incremento del gasto por la esperanza de vida, ya que mientras más edad tengan las personas se elevará el costo del beneficio que se les otorga.

Otro factor a considerar es el hecho de que la mujer tiene una mayor esperanza de vida en el país y en la ciudad que se puede observar en la Tabla 2. Derivado de ello, hay dos consecuencias que multiplican el costo de las pensiones al diferenciar por sexo: el costo de la pensión por mujer es más alto que el del hombre y en segundo lugar, existen y existirán los siguientes años, más mujeres en el DF. El hecho evidente es que los adultos mayores en esta ciudad padecen de pobreza e insuficiencia de recursos que les permita una vida digna. El dilema será entonces cómo reducir la pobreza sin generar pasivos insostenibles para esta ciudad. Un problema más a enfrentar será que el DF se convertiría en el único lugar que otorgue este beneficio en el país y dada la situación económica de pobreza, que es mayor en los estados, se podría generar mayor migración de las personas mayores de 70 años a la ciudad. Situación que complicaría más la prestación de diversos servicios, sostenibilidad de la ciudad y generaría aún mayores costos de los ya se estiman.

Tabla 2. Población de más de 70 años en el DF por sexo

Edad	Hombres	Mujeres
70-74	42.64%	39.83%
75-79	29.45%	27.59%
80-84	15.01%	16.20%
85-89	8.30%	10.11%
90 y más	4.61%	6.26%
Total	100.00%	100.00%

Fuente: INEGI 2000

Otro factor a considerar es el hecho de que la mujer tiene una mayor esperanza de vida en el país y en la ciudad. Derivado de ello, hay dos consecuencias que multiplican el costo de las pensiones al diferenciar por sexo: el costo de la pensión por mujer es más alto que el del hombre y en segundo lugar, existen y existirán los siguientes años, más mujeres en el DF. El hecho evidente es que los adultos mayores en esta ciudad padecen de pobreza e insuficiencia de recursos que les permita una vida digna. El dilema será entonces cómo reducir la pobreza sin generar pasivos insostenibles para esta ciudad.

Un problema más a enfrentar será que el DF se convertiría en el único lugar que otorgue este beneficio en el país y dada la situación económica de pobreza, que es mayor en los estados, se podría generar mayor migración de las personas mayores de 70 años a la ciudad. Situación que complicaría más la prestación de diversos servicios, sostenibilidad de la ciudad y generaría aún mayores costos de los ya se estiman.

En el año 2001 las cifras de beneficiados que obtuvieron su tarjeta para compra de alimentos por 600 pesos mensuales aumentaron mes con mes, llegándose a las siguientes cantidades que se demuestran en la Tabla 3. En cuanto a la distribución por delegación política de los beneficiarios de la tarjeta se observan en la Tabla 4.

Tabla 3. Número acumulado de beneficiarios por mes

Marzo	Abril	Junio	Julio	Agos.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
141,825	171,529	201,617	202,634	204,085	204,085	245,000	250,000	250,000

Fuente: Gobierno del Distrito Federal (2001)

Tabla 4. Distribución de beneficiarios por Delegación al 31 de diciembre de 2001

DELEGACIÓN	PERSONAS	DELEGACIÓN	PERSONAS
Cuauhtémoc	15,379	Milpa Alta	3,063
Coyoacán	18,153	Álvaro Obregón	18,982
Cuajimalpa	3,253	Tláhuac	7,363
Gustavo A. Madero	47,983	Tlalpan	13,307
Iztacalco	15,605	Xochimilco	9,882
Iztapalapa	43,828	Benito Juárez	3,995
Magdalena Contreras	6,351	Venustiano Carranza	16,575
Azcapotzalco	15,106	Miguel Hidalgo	11,175
Total		250,000	

Fuente: Gobierno del Distrito Federal (2001)

En la encuesta realizada en enero de 2002 por el Gobierno de la Ciudad de México, aleatoria a 2,200 beneficiarios del programa para evaluar su impacto y detectar problemas se obtuvieron los siguientes resultados, en cuanto a los beneficios de la tarjeta el 90 por ciento reportó que su alimentación había mejorado, el 79 por ciento pudo comprar productos que antes no alcanzaban, el 71 por ciento que se sintieron más seguro, el 61 por ciento se habían sentido más independiente, el 38 por ciento señaló que mejoró la relación con su familia, y el 23 por ciento que salió más frecuentemente de su domicilio. Y en cuanto a los problemas detectados, un 25 por ciento había extraviado el convenio firmado cuando recibió su tarjeta, y en muy pocos caso se les rechazó la tarjeta en la tienda o no se les reconoció la firma.

En cuanto al presupuesto, los recursos presupuéstales que soportaron el componente de apoyo alimentario del Programa de Adultos Mayores, provinieron de los ahorros obtenidos con el Plan de Austeridad Republicana del Gobierno del Distrito Federal. De marzo a diciembre del 2001 se destinaron \$1,164.5 millones con los cuales se dio cobertura a 250 mil adultos mayores como se encuentra en la Tabla 5.

Tabla 5. Presupuesto por Delegación marzo a diciembre de 2001

Delegación	Presupuesto (en pesos) ejercido acumulado
Azcapotzalco	75,826,800
Coyoacán	87,247,800
Cuajimalpa	17,842,800
Gustavo A. Madero	243,607,200
Iztacalco	18,880,800
Iztapalapa	218,311,800
Magdalena Contreras	30,370,200
Milpa Alta	16,981,800
Álvaro Obregón	97,437,600
Tláhuac	40,680,600
Tlalpan	62,256,000
Xochimilco	49,954,800
Benito Juárez	13,509,000
Cuauhtémoc	56,251,200
Miguel Hidalgo	52,337,400
Venustiano Carranza	83,077,200
Total	1,164,573,000

Fuente: Gobierno del Distrito Federal (2001)

Según lo investigado por Adriana Beltrán Mallén (2000) se presenta la siguiente tabla donde se calcula el costo que este programa representaría para los siguientes años. En dicho cálculo se reflejan las probabilidades de vida a cada edad para los años futuros, los supuestos de incremento salarial, así como la consideración de los nuevos ingresos al grupo de las personas que actualmente tiene menos de 70 años y que los próximos años cumplirán la edad requerida para ser sujetos de este beneficio.(Tabla 6)

Tabla 6. Costo Anual Del Programa De Pensiones Según Sexo (Millones De Pesos)

Año	Hombres	Mujeres	Total
2003	1,033.42	1,405.55	2,438.97
2004	1,160.79	1,579.67	2,740.47
2005	1,333.96	1,822.27	3,156.23
2006	1,493.99	2,036.49	3,530.48
2007	1,677.51	2,278.45	3,955.96
2008	1,865.17	2,524.23	4,389.40
2009	2,017.87	2,725.27	4,743.14
2010	2,282.70	3,078.62	5,361.32
2011	2,509.10	3,366.62	5,875.72
2012	2,762.42	3,690.00	6,452.42
2013	3,009.12	4,002.17	7,011.30
2014	3,304.85	4,370.60	7,675.45
2015	3,635.35	4,786.16	8,421.51
2016	3,984.75	5,232.49	9,217.24
2017	4,356.27	5,690.24	10,046.51
2018	4,806.68	6,237.31	11,043.98
2019	5,176.38	6,694.68	11,871.00
2020	5,923.31	7,636.05	13,559.36

Fuente: Adriana Beltrán Mallén (2000)

Todo esto generará que en un futuro no muy lejano se tendrá que establecer ciertos parámetros que indicarán el grado de marginación en que se encuentra una persona para señalar si resulta candidato o no a recibir dicha pensión por lo que sería importante hacer estudios socioeconómicos, ya que algunos tienen la fortuna de recibir apoyos de su familia o algunos ya cuentan con algún sistema de pensión, esto ayudaría sobretodo a las mujeres ya que su pensión sería mayor en cantidad y en cuanto a número de beneficiarias.

La edad para otorgarles la pensión sería mayor, en vez de 70 años podría ser de 75 o hasta 80 años lo cual nos pone a pensar ¿Llegarán hasta esa edad?. Ahora serían las generaciones jóvenes las que costearán estos gastos con los impuestos que pagarán. Por lo que se puede ver que cada año se requerirá una mayor cantidad de dinero y son muy altos los gastos que se esperan en los próximos años, acarreando una deuda más grande al Gobierno del Distrito Federal, por lo que desde hoy es momento de pensar y hacer conciencia en que futuro queremos para nuestros ancianos y para la siguiente generación de adultos mayores que para muchos serían ya nuestros propios padres y en unos cuantos años más seríamos nosotros, ya que esta realidad en la que viven las personas de la tercera edad de pobreza y desprotección nos debe encaminar a buscar soluciones y empezar desde ahora, no esperar a que seamos ancianos para encontrarlas ya que tanto se necesitan, por lo que hay que empezar a crear las condiciones para propiciar igualdad, una vida digna y respeto a esta etapa de la vida, que más bien debería de ser de descanso, tranquilidad y no de pobreza, depresión y de incertidumbre.

Con todo lo que podemos observar acerca de estos tres apartados surgen varias preguntas que nos hacen pensar en las dificultades a las que se enfrentan las personas de la tercera edad, y nuevas generaciones, vale preguntarse ¿para el gobierno que retos implica el crecimiento tan rápido de esta población?, ¿qué soluciones serán las adecuadas?, ¿podrán ofrecerles beneficios a todas las personas que lleguen a esta edad?, ¿continuarán los beneficios a todas las clases sociales o solo a un pequeño sector?, ¿qué tendrán que hacer las personas para tener una vida estable?. Y pensando en los avances científicos y médicos que hay gracias a la globalización ¿se pondrá atención a la calidad de vida? o ¿dónde quedará esta?, al crecer la esperanza de vida ¿qué beneficios se podrán obtener?, ¿qué les significa perder ciertas capacidades tanto biológicas como cognitivas? Y todo esto ¿cómo repercutirá en las diversas esferas (social, emocional, económica)?. Por lo que es muy importante tener en cuenta ¿qué les significa a las personas pertenecer a este grupo?, ¿y cómo se adaptarán a este cambio?.

B. TERCERA EDAD: UNA VISIÓN INTEGRAL

1. El Envejecimiento y la Tercera Edad

La Psicología del Desarrollo de hace unos cuantos años se ocupaba fundamentalmente del estudio de los procesos de desarrollo en niños y adolescentes. Convencida de que los primeros crecen y se desarrollan, mientras que los segundos se estabilizan y los viejos se deterioran. Ésta Psicología tradicional entendía que los procesos de desarrollo terminaban con el final de la adolescencia, momento en que se llegaba a la meta final. No se negaba, que los adultos y ancianos tuvieran eventos psicológicamente relevantes y significativos, pero se suponía que esos acontecimientos o experiencias no introducían cambios que autorizara a hablar de un nuevo estadio de la vida. Esta etapa puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo.

Pero hay que tener en cuenta que el envejecimiento no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos. El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo vital normal (Staab, 1998). Por lo tanto, para Staab (1998) opus cit, el envejecimiento se aborda desde la perspectiva biológica, psicológica y social. La primera intenta explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos mentales, la longevidad y la muerte. Por tanto se trata de un fenómeno enormemente complejo que requiere que se considere a la persona que envejece como un todo en relación con su ambiente. La segunda, intentan describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas, es evidente que los factores ya citados influyen en el proceso de cambio de conducta. Finalmente la tercera, se centra en los medios con los que la persona mayor se adapta durante la última etapa de su vida y sobre su status en comparación con otros grupos de edad de esta sociedad.

El envejecimiento no sólo representa una serie de cambios biológicos. La vejez es una etapa de pérdidas (del papel social, ingresos, amigos y familiares), también puede ser una época de temor (por la seguridad personal, a la inseguridad financiera y a la dependencia) (Kane,2001). Por desgracia, muchas personas consideran que la vejez es un estado patológico o una enfermedad, ya que esta palabra evoca cambios físicos desagradables, como pérdida de fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, así como la alteración de la salud. La edad social designa los papeles que se puede, debería o pretende que la persona desempeñe en la sociedad, ya que la persona de la tercera edad quisiera seguir siendo el sustento de la familia, pero cambian los papeles ya que llegan a una etapa en la que las personas que llegaron a ser independientes, retorna a la dependencia de hijos y sociedad. (Mishara, 1986)

La tercera edad se puede definir de diferentes maneras. Según la ley de los derechos de las personas adultas en México (2002) en el Art. 3º se entiende por personas adultas mayores a aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentran domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. También (Orduna, 2001) como aquella persona que ha alcanzado su tamaño y fuerza plena; una persona totalmente desarrollada, lo cual implica alcanzar los límites del desarrollo físico y la capacidad reproductiva. A esto se une el crecimiento emocional, que involucra un alto grado de estabilidad, un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo.

Como se observa en las diferentes definiciones, la tercera edad puede ser descrita desde diferentes puntos de vista entre los cuales encontramos, la **edad cronológica** que consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento, fijando la edad de comienzo de esta etapa en los 65 años que está basada en la edad obligatoria para jubilarse. Otro punto de vista es el de la **edad física y biológica**, recordando que el envejecimiento físico se desarrolla de una forma gradual, lo que dificulta precisar cuando una persona está físicamente vieja, la persona no toma conciencia del envejecimiento hasta que sus actividades cotidianas se ven afectadas. La imagen que se tiene de uno mismo comienza cuando se da cuenta la persona de las arrugas, de las canas, de la escasez de cabello entre otros aspectos.

Para Nicola (1985) se puede dividir a la tercera edad en 3 etapas, las cuales son:

1. **Edad intermedia:** Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se le puede llamar presenil o primer envejecimiento. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobretodo medidas preventivas.
2. **Senectud gradual:** es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.
3. **Senilidad o vejez declarada:** inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

La edad ha llegado a ser un criterio de estratificación social muy importante. Pero con frecuencia la edad social del individuo nada tiene que ver con su edad cronológica. Es decir no son iguales los roles desempeñados por una persona con una misma edad cronológica en un sistema social que en otro. Cada edad está plena de significado social, podría decirse que para cada edad existen unas expectativas sociales que en la vejez se configuran de forma negativa: no hacer, no trabajar, no amar y si algún trabajo se hace, o se ama poco y sin que se contravengan las normas sociales que se espera de su comportamiento, teniendo en cuenta determinados valores o convenciones sociales. (Sánchez, 1993)

2. El Anciano Y Su Salud

La salud es el equilibrio armónico de todas las funciones del ser humano, este concepto debe entenderse como una fuente de riqueza en la vida cotidiana, la buena salud constituye el mejor recurso para el progreso personal y además posee un gran potencial hacia el bienestar económico, social y familiar. Debe borrarse el prejuicio de que la salud es un bien que puede ser comprado o que es el resultado del destino y de la suerte, o que puede obtenerse en una clínica del Seguro Social.

Salud es más que la ausencia de enfermedades, la salud no es no tener dolores o molestias, es tener un alto nivel de bienestar, satisfacción personal, energía, ánimo por la vida y también por la felicidad (Lozano, 2000). La salud es un modo de ser, una forma de vivir, es una manera de obtener una dignidad en la vida. La buena salud, repercutirá indiscutiblemente sobre la calidad de vida del hombre. (Lozano, 2000)

La salud en las personas mayores se ve influida por la biología (factores genéticos y heredados), medio ambiente (entorno físico, psicosocial y económico), aspecto social, estilo de vida y sistema sanitario, este último en un 10%. Estos últimos pueden, en cierta medida, acelerar o retardar el deterioro del individuo e imprimen, en términos poblacionales, características específicas de salud, enfermedad y muerte a los distintos grupos humanos. (De la Serna, 2000) Según la Encuesta Nacional de Salud del 2000, de los 96.9 millones de mexicanos, 57.6 millones (59.5%) consideraron que gozaban de buena salud, 33.8 millones (34.9%) consideraron que su estado de salud era regular, y 4.8 millones (4.9%) percibieron que su salud era mala o muy mala. La proporción de adultos con mala percepción de salud fue mayor (7.3%), en relación con los niños (2.4%) y los adolescentes (2%).

Las variables poblacionales que se asocian a una mala percepción del estado de salud fueron:

- Analfabetismo (15.2%)
- Jubilación (14.6%)
- Discapacidad(13.4%)
- Bajos ingresos en el hogar (6.9%)

- Trabajar como jornaleros (6.1%) y trabajadores por su cuenta (4.4%)
- Edad adulta (6.7%)
- Sexo femenino (5.3%)
- Ruralidad (5.2%)

Pese a lo que se suele pensar, la salud de las personas de esta edad es bastante buena, pues el 68 % de la población de adultos mayores está sano y sólo un 5% se encuentra en un estado de invalidez o postración, el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autosuficientes, el problema es que muchas de las enfermedades que se asocian con la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas. Por lo tanto, el envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad y la mayor parte de las personas ancianas gozan de buena salud, aunque no se puede negar que el envejecimiento está acompañado de cambios físicos y que incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil.

Entre las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas del 2000 en el grupo de 60 años y más destacan la hipertensión arterial (9.9%); diabetes mellitus (9%); cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Sólo se encontraron diferencias por género en la prevalencia de hipertensión arterial, siendo ésta mayor en las mujeres (12.9%) que en los hombres (6.6%). Por otra parte, se observa una mayor número de casos de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de las zonas urbanas y más discapacidades y asma en las zonas rurales. También se encontró que el 5.5% de los hombres y 5.8% de las mujeres fueron hospitalizados; la principal causa fue algún tipo de enfermedad (52.5%), seguida por cirugía (39.7%) y accidente (7.9%). Las causas fueron significativamente desiguales, ya que un mayor porcentaje fue en hombres (10%) a diferencia de las mujeres (5%) hospitalizadas por accidente. El miedo a ser dependiente económicamente de los demás debido a la enfermedad es una de las preocupaciones principales de los ancianos. Las personas mayores no suelen informar de síntomas y enfermedades serias y esperan más tiempo que las personas más jóvenes para buscar ayuda médica.

Proceso de envejecimiento de los órganos

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional, muchos de los cambios provienen de forma gradual. Debido a la capacidad compensadora de la mayoría de células y tejidos, los efectos del envejecimiento se manifiestan hasta que éstos han progresado lo suficiente para ser detectados por los parámetros y pruebas existentes. (Rodríguez, 2002) Con base en comparaciones de corte transversal de grupos con distintas edades la mayor parte de los sistemas orgánicos parecen perder la función alrededor del 1% cada año a partir de los 30 años de edad. La pérdida funcional no cobra importancia sino hasta que se traspasa cierto nivel. Por lo tanto el desempeño funcional de un órgano en el anciano depende de dos factores principales: el índice de deterioro y el nivel de ejercicio necesario. La diferencia crítica no radica en el nivel permanente de éste último, sino en la manera que el órgano se adapta a las tensiones externas. (Andres y Tobin, 1977, citados en Kane, 2001)

El envejecimiento tiene lugar porque las células del cuerpo humano no pueden reemplazarse a sí mismas, y cada año mueren o pierden una pequeña parte de su función. Esto está provocado por los factores intrínsecos de las células y factores extrínsecos, a niveles ambientales o de organización hormonal. La capacidad de proliferación de una célula se relaciona con su edad, y se hace más lenta o se detiene definitivamente. Una vez que se forman, neuronas y cardiomiocitos en la primera etapa del desarrollo ya nunca vuelven a dividirse. (De la Serna, opus cit). Por lo que se han encontrado cambios significativos en varios procesos vitales de la persona como:

Piel

La piel es el primer órgano en el que se anuncia el envejecimiento. La clave está en la atrofia de la epidermis, con su pérdida de tonicidad y elasticidad y la disminución de la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas, lo que proporciona a la piel una apariencia reseca y que obstaculiza el proceso normal de sudoración, por lo que la persona soporta peor los cambios bruscos de temperatura, tanto al frío como al calor.

También la piel se torna más fina y pálida por disminución de la vascularidad y cambios en los melanocitos, éstos últimos pierden su distribución uniforme por la piel y tienden a acumularse en determinadas áreas formando pequeñas manchas de color café, especialmente en las zonas cutáneas expuestas al sol.

Sistema Piloso

Los cambios en el sistema piloso afectan a la distribución, color, espesor y la fuerza del vello y de los cabellos, los hombres se ven más afectados por la calvicie y aparecen vellos en ciertos lugares, por ejemplo; en las mujeres suelen aparecer en las piernas, mentón y el labio superior, en cambio en los hombre en las orejas y las fosas nasales. El pelo se torna fino y quebradizo, con pérdida de brillo y color, por disminución de melanocitos, lo que hace que se vaya pasando al color gris y finalmente a blanco.

Aparato Locomotor

A partir de los 20 años los huesos no aumentan de longitud, posteriormente, se produce una disminución en la altura por atrofia de los discos vertebrales que altera la apariencia y estorba la movilidad, se acentúa la curva natural de la columna vertebral, la caja torácica disminuye de volumen y las costillas se desplazan hacia abajo y adelante. Por su parte, las articulaciones se hacen menos flexibles, se vuelven rígidas suscitándose con facilidad fracturas ya que el colágeno se calcifica. En cuanto a la fuerza muscular se logra entre los 25 y 30 años, después se produce una reducción gradual de la velocidad, en la potencia de las contracciones musculares y en la capacidad para el esfuerzo muscular sostenido, disminuye la masa muscular, las fibras activas y la fuerza. Y la marcha se produce a pequeños pasos, arrastrando los pies y sin apenas balancear los brazos. (De la Serna, 2000).

La osteoporosis disminuye la resistencia ósea tanto a la torsión como a la flexión y estiramiento. Los huesos en los que más se manifiestan los efectos de la osteoporosis son los de constitución esponjosa como las vértebras y los que han de soportar más peso como el fémur y las vértebras lumbares. Esto explica porque un buen número de mujeres a partir de los 55 años, experimentan dolor lumbar por compresión de los cuerpos vertebrales, que en algún caso pueden llegar a fracturarse.

Otros de los huesos que se fractura fácilmente, por pequeños golpes por caídas, es la extremidad distal del radio. Los accidentes óseos se dan con mucha más frecuencia en la mujer que en el hombre por 2 motivos: 1) la masa ósea es menor en la mujer y 2) en ésta se dan los 2 tipos de osteoporosis, la menopáusica (tipo I) y la senil (tipo II) y así la fractura de radio es 10 veces más frecuente en las mujeres que los hombres y la de cadera 5. El ejercicio moderado mejora la osteoporosis, pero el excesivo resulta nocivo. (Gonzalo, 2002)

Órganos De Los Sentidos

Vista

En el plano funcional, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen. La capacidad visual empeora a partir de los 50 años. El envejecimiento de los párpados se manifiesta por la aparición en el ángulo externo del ojo de la “pata de gallo” y se produce la pérdida de brillo de la mirada. El diámetro pupilar se reduce, disminuye la luz que llega al ojo y reacciona con lentitud. En la retina se atrofian las células nerviosas, lo que contribuye a una peor visión. (De La Serna, 2000)

La córnea se espesa y se hace menos transparente, aparece un anillo grisáceo que se denomina arco senil, ésta pierde parte de su elasticidad y de sus capacidades de enfoque. Los ojos van perdiendo gradualmente su capacidad de localizar los objetos muy próximos o muy alejados, por lo que obliga a las personas a usar anteojos. La ceguera puede llegar a ser total por degeneración retiniana, glaucoma o cataratas. Ésta última es causada por el amarillamiento o la decoloración de la córnea que produce la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina, falsea los colores, torna más difícil la visión y la percepción precisa de los objetos.

Audición

Las perturbaciones del oído en su mayoría son debidas a infecciones y enfermedades, pero también la exposición continua a sonidos intensos provoca pérdidas permanentes de éste. La capacidad auditiva disminuye especialmente para las frecuencias altas (alrededor de 40% en los mayores de 70 años). La pérdida de audición afecta más a los tonos altos que a los bajos con matices, según el sexo: en los varones afecta más a los sonidos de baja frecuencia y en las mujeres a los de alta.

El lenguaje que mezcla tonos altos, medios y bajos, puede detectarse mal al igual cuando hay ruido de fondo aunque no haya pérdida de audición. La causa más probable de esta alteración es la menor eficacia de los mecanismos de inhibición de los sonidos o ruidos que interfieren la audición de lo que verdaderamente interesa. Los principales responsables de esta disminución son las células cocleares del órgano de Corti. (De la Serna,

Gusto y Olfato

En cuanto al sentido del gusto y del olfato también hay una disminución de la funcionalidad, en el primer caso existe una disminución del número de terminales de papilas gustativas en la lengua desde la media edad. Las papilas gustativas situadas en la parte anterior de la lengua detectan sabores dulces y salados y son las primeras en disminuir, en cambio, permanecen las que detectan sabores amargos y agrios, lo cual propicia el consumo excesivo de sacarosa o sal. Los alimentos parecen más insípidos y menos apetitosos y hay una baja tolerancia a las especias. Por esto la persona pierde parte de su capacidad para evitar la toxicidad del alimento, que a menudo se identifica por el gusto. Por lo que concierne al olfato parece disminuir ligeramente la sensibilidad con la edad, pero las personas son menos conscientes de esta pérdida de olor. También tienen más dificultades para recordar olores concretos, lo que puede llevar a hechos que puedan amenazar su vida, tales como un escape de gas o el fuego, que a menudo se identifican por el olor.

Tacto

La percepción táctil y vibratoria se halla mermada. Parece que hay una ligera disminución para percibir el dolor, calor y frío, debido a la circulación y a la grasa. (De la Serna, 2000)

Aparato Respiratorio

El envejecimiento del aparato respiratorio se expresa principalmente por una disminución de la capacidad vital, que es aquella que corresponde al máximo de gas obtenido después de una inspiración forzada. Varía entre 4,5 y 5 litros en el hombre adulto, y 3,2 a 3,5 litros en la mujer. El descenso comienza hacia los cincuenta años y puede bajar hasta el 50% de su capacidad normal en las personas de 85 años.

Aparato Cardiovascular

Por otra parte, el envejecimiento del aparato cardiovascular consiste en una ligera disminución del ritmo cardíaco, con la aparición ocasional de extrasístoles (pulsación cardíaca añadida), poca elasticidad de las válvulas cardíacas, aumento de la presión arterial y descenso del suministro cardíaco como consecuencia de la baja del volumen de contracción del corazón, todo ello origina un déficit en la irrigación cerebral. También aumenta el colágeno en los vasos y el riesgo de trombosis se acentúa por aumento del grosor de la pared de los vasos, ya que disminuye la capacidad de trabajo del corazón. La arteriosclerosis, o endurecimiento de las arterias, es la enfermedad que con mayor frecuencia aparece. (De la Serna, 2000)

Aparato Digestivo

El envejecimiento de los órganos del aparato digestivo se manifiesta de tres formas principalmente: disminución de la movilidad, secreción y capacidad de absorción. La mayor propensión para las úlceras de estómago y duodeno y la pérdida progresiva de los dientes por caries e inflamación purulenta de las encías, son consecuencia del envejecimiento del aparato digestivo. En cuanto a la digestión ésta puede ser menos efectiva por disminución de la saliva y de los jugos gástricos y la masticación se hace más lenta. El intestino delgado mantiene su tiempo de tránsito, la movilidad del músculo liso se incrementa y la inervación disminuye. En la mayor parte del intestino se afecta la absorción de ciertas sustancias, entre ellas, calcio, hierro, grasa e hidratos de carbono. (Rodríguez, 2002)

En esófago y faringe hay debilidad de los músculos con la consecuente deglución alterada, aparecen un mayor número de ondas terciarias no propulsoras, dilatación esofágica inferior, que en conjunto favorecen el riesgo de broncoaspiración y problemas de disfagia. Se altera la absorción en el tracto gastrointestinal, con riesgo de mala absorción y avitaminosis. El hígado, aunque disminuye de volumen y de peso, se mantiene mucho tiempo sin sufrir modificación.

Decrece el apetito, además de que la necesidad de calorías desciende, por la disminución en la actividad física, la masa muscular y la ósea y el aumento en la proporción del tejido graso. Hay tendencia al estreñimiento, favorecida por las dietas y sedentarismo. Aunado a esto la malnutrición, la mal absorción, las dificultades de masticación, los problemas económicos y las rutinas pueden favorecer las deficiencias nutricionales.

Dientes

En los cambios que se producen en los dientes, aparte de la edad, influye la higiene y la alimentación, y puede provocar importantes molestias. La caída de los dientes repercute también en la comunicación a través del lenguaje hablado y, si no se reponen, provocan tendencia al aislamiento, por vergüenza y pudor. Las encías se retraen y los dientes se amarillean. Las alteraciones en la dentadura se encuentran asimismo influidas por la disminución de la salivación. (De la Serna, 2000)

Sistema Endocrino y Metabólico

Disminuye el tamaño de la glándula tiroides y se sustituyen células activas por otras inactivas de tejido conjuntivo, pero desde un punto de vista funcional, se mantiene bastante compensada, y los cambios resultan mínimos. La tolerancia a la glucosa desciende. Los estrógenos disminuyen con la menopausia y la reducción de testosterona puede repercutir en la libido. El metabolismo basal decrece con la edad debido a factores circulatorios y a la sudoración, los ancianos reaccionan de manera menos rápida y adecuada a los cambios de temperatura, por lo que aumentan los riesgos a los cambios bruscos, tanto de frío como de calor. La homeostasis se hace menos eficiente y el sistema inmunológico aparece debilitado, pierden eficiencia para la defensa de infecciones y también del cáncer. (De la Serna, 2000)

Aparato Genital

Hombres

En cuanto a los cambios en el hombre toman un curso diferente que el de la mujer, éstos comienzan más tarde y se desarrollan lentamente. Las células que producen espermatozoides son las primeras afectadas y después las que generan testosterona.

El peso testicular desciende ligeramente, la espermatogénesis se mantiene hasta una edad avanzada, aunque la movilidad de los espermatozoides es menor y un gran número de ellos presentan alteraciones morfológicas. Todavía hay una buena capacidad eréctil aunque puede verse afectada en varones ya mayores de 75 años, tardando 2 o 3 veces más que los jóvenes, ya que son más difíciles de conseguir y menos firmes, pero más prolongadas, aunque ésta algunas veces tiene su raíz en enfermedades asociadas a la vejez como la diabetes, depresión, etc. La fuerza de la eyaculación disminuye y hay demora para tener una segunda eyaculación tras el orgasmo.

Durante la relación sexual hay menor rubor y miotonía en la fase de plataforma, orgasmos menos focalizados, más cortos y menos intensos, con un periodo refractario más prolongado y con menor elevación testicular, contracciones penianas menos fuertes y volumen seminal disminuido. (Rodríguez, 2002). La razón de estos cambios es la disminución de la secreción de las hormonas masculinas llamada “andrógenas”, que también producen pérdida de masa ósea y muscular. (Gonzalo, 2002) (De la Serna, 2000)

Mujeres

La involución de las glándulas sexuales en la mujer son más intensas que en los hombres provocando cambios tanto somáticos como psíquicos. En cuanto al área genital hay una atrofia en la vulva y en la vagina, ésta pierde rugosidades, disminuye la longitud, hay menos secreción glandular por lo que está más seca y disminuye su grado de acidez por lo que se presentan infecciones con mayor frecuencia. También el útero y las trompas disminuyen su tamaño.

Un cambio importante es la llamada menopausia que es el periodo donde hay una atrofia de los ovarios, estos se retractan por lo que hay una disminución en su volumen y pierden folículos, con imposibilidad para el embarazo, acompañada de supresión de los ciclos menstruales. El inicio se encuentra entre los 49 y 50 años aunque puede aparecer antes cuando hay malnutrición o algunas enfermedades o después de ésta edad. Ésta etapa va precedida del climaterio que dura aproximadamente un año, en donde los ciclos ováricos son de forma irregulares y aparecen síntomas de la menopausia.

Los efectos principales de la menopausia, sobre la función sexual son debidos a una disminución de las secreciones ováricas de la hormona sexual femenina llamada estrógeno. La menopausia produce cambios metabólicos de diversos tipos, siendo sus principales consecuencias la pérdida de masas muscular, y ósea, atrofia cutánea, progresión de la esclerosis vascular, aumento de la masa grasa, atrofia mamaria, entre otras.

También se presentan los famosos “bochornos” que se caracterizan por una sensación de calor que asciende al cuello y cara, hay sudoración y palpitaciones, esto pueden durar entre 2 y 20 minutos. Y en el aspecto psíquico son frecuentes los cambios de humor e irritabilidad y puede haber trastornos depresivos y de sueño. (Gonzalo, 2002)

Sin embargo, la actividad sexual, tanto en el hombre como en la mujer, pueden permanecer hasta edades muy avanzadas, ya que no sólo va ligada a la genitalidad sino también a la vida sentimental y a la imaginación. La vida sexual es una fuente importante de cariño, placer, alegría, compañía y bienestar. Masters y Johson (citados en Rodríguez, 2002) afirman que la tercera edad es compatible con una rica vida sexual, pero que ésta es frecuentemente afectada por 6 aspectos: monotonía, preocupaciones profesionales, cansancio físico y mental, temor al fracaso, exceso en alimentos y bebidas alcohólicas y enfermedades.

Motricidad

La motricidad puede verse afectada por el declive de la fuerza muscular, incremento de los tejidos grasos con relación a los tejidos delgados, y de otros procesos físicos deficientes. A medida que se envejece los movimientos motores globales se tornan más lentos, los músculos se fatigan rápidamente y se recuperan de una tensión con mayor lentitud. Los movimientos de motricidad fina se vuelven más lentos y menos precisos, aunque se pueden retrasar, invertir y hasta cierto punto evitar gracias a un régimen y a unos ejercicios apropiados. Por lo que el ejercicio, una buena dieta, evitar el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas, que pueden llegar a ser fatales.

Mucho de lo que se habla acerca del decremento en las capacidades sensoriales puede aplicarse a los decrementos en la actuación psicomotora. Por su parte Botwinick (1978) (citado en Kalish, 1996) llegó a las siguientes conclusiones: 1) el tiempo de reacción de las personas mayores se ha encontrado que es consistentemente más lento que el tiempo de reacción de las personas más jóvenes; 2) que los tiempos de reacción más largos tienen lugar independientemente de la modalidad sensorial que recibe y procesa la información y 3) este enlentecimiento con la edad disminuye la capacidad para realizar con efectividad las tareas necesarias de la vida. También agrega que hay un incremento relativamente pequeño en el tiempo de reacción con la edad para los patrones de simple respuesta en los que una señal produce una respuesta. Pero cuando las señales y las respuestas aumentan en complejidad, las personas mayores encuentran mucha más dificultad en reaccionar apropiadamente que las personas más jóvenes.

Habiendo hablado de lo negativo Botwinick (1978), (citado en Kalish, 1996) apunta a algunos factores que mejoran lo anterior: 1) el enlentecimiento con la edad es menor por las tareas que han sido aprendidas correctamente por medio de la práctica; 2) las personas que están altamente motivadas para realizar una tarea parecen mantener sus capacidades por más tiempo, 3) las diferencias individuales son grandes y algunas personas mayores se desenvuelven mejor que sus compañeros más jóvenes y quizás lo más importante, 4) el impacto general de este enlentecimiento en las vidas en el buen funcionamiento de los viejos es mínimo. La velocidad psicomotora es necesaria en muchas actividades, esta se define como la velocidad a la que se realiza una acción, desde que se mide la situación, determina lo que se quiere hacer acerca de ella y finalmente, se lleva a cabo.

Las actividades y pruebas que premian la velocidad, con frecuencia muestran que la persona mayor se encuentra en desventaja, pero cuando se diseñan actividades o pruebas mentales en las que la velocidad no es un factor significativo, la diferencia entre viejos y jóvenes se vuelve pequeña. Las personas mayores muestran capacidad para aprender, pensar, recordar y resolver problemas cuando no están siendo apresurados y se les permite ir a su propio paso.

Según Cerejido (1999) las personas que han continuado toda su vida con los adecuados ejercicio físicos y mentales llegan a la vejez más aptos para el esfuerzo; con mayor capacidad auditiva y visual y una mejor condición mental, con mayor rapidez para realizar actividades psicomotrices y menor tendencia a la depresión y a la ansiedad.

3.El Factor Social

El contexto social que rodea al anciano juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar (Rodríguez, 2002). La socialización abarca el conjunto de procesos que hacen desarrollar al individuo y convertirle en un ser social capaz de participar en la sociedad. La socialización inicial dentro del rol adulto y del rol de una persona mayor empieza cuando se es muy joven y se comienza a tener conciencia de lo se espera de los adultos y personas mayores. A medida que nos hacemos viejos, las percepciones de esos roles cambian, basándose este cambio en las observaciones de los comportamientos de los adultos y de lo que se espera de ellos.

La socialización no termina cuando acaba la infancia, la socialización adulta se refiere a la socialización continua durante los años adultos, a la interiorización de nuevos valores y formas de conducta consistentes y los cambios en las posiciones y roles de los años adultos. La percepción de un niño tiene del rol de una persona mayor cambia a menudo cuando el niño considera los años posteriores de la vida desde la posición de un adulto. Así, las esperanzas que cada uno de nosotros tiene de roles para la vejez, cambia a medida que nos hacemos viejos y nuestra situación vital se modifica.

➤ Cambio social:

La sociedad en la que se vive influye en la idea que nos formamos acerca de uno. Los estereotipos que se manejan sobre la tercera edad afectan al autoconcepto que se tiene y a las expectativas que respecto a uno tienen otras personas. Por ejemplo en una sociedad muy competitiva y donde la efectividad es importante es comprensible que el sentimiento de ser viejo esté asociado a la percepción de inutilidad.

Las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que el ser mayor ha cambiado completamente desde que sus padres llegaron a los 65 años, están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones, tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos.

Las relaciones familiares y las amistades disminuyen cuando se alcanza la séptima década y posteriores. Las limitaciones de la salud y los problemas para moverse hacen restrictiva la capacidad de las personas mayores para tener amigos íntimos o familiares, y las enfermedades o las muertes de los compañeros de edad reducen las oportunidades para los contactos sociales.

➤ **Relaciones familiares y hogar:**

La familia sigue siendo la célula básica de la sociedad, cuya función más importante es la de crear las condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente al favorecer la socialización entre sus miembros, dar protección, afecto, seguridad económica y las condiciones adecuadas para la reproducción del género humano. Para algunos la familia continúa siendo el sitio ideal que puede ofrecer mejor apoyo psicosocial a la persona de edad avanzada. Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en su casa, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean su familia, pueden vivir solos o con el cónyuge.

La tendencia es "envejecer en el lugar", permanecer en las casas donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión, son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes.

Las personas mayores de 85 años se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional. Las hijas casadas parecen mantener lazos más estrechos con sus padres que los hijos casados, existiendo a veces cierto conflicto entre las hijas y sus suegras, quizá como resultado de su competitividad en el rol de apoyar emocionalmente al hombre.

Al 2000, se registraron en el país 5.1 millones de hogares con al menos una persona de 60 años o más de edad, que corresponde al 23.1% del total de hogares. En 4.3 millones de los hogares, una de las personas de edad avanzada es el jefe del hogar, y en los restantes son padres, madres, abuelos, o algún otro pariente del jefe de familia. Asimismo, de los jefes de hogar 67.2% son varones y 32.8%, mujeres; a nivel nacional, la proporción de jefas de hogares es de 20.6%. Por otra parte, 1.2 millones de hogares se conforman exclusivamente por adultos mayores, que es el 5.4% del total de hogares en el país. De éstos, de cada 10 hogares, 4 están integrados por una pareja de personas de edad (jefe y su cónyuge), uno por una pareja anciana y al menos un pariente de edad, y cinco por personas de edad avanzada que viven solas. Esta composición presenta diferencias notables de acuerdo con el sexo del jefe del hogar. En los hogares de ancianos con jefe varón, 61.5% está formado por una pareja de ancianos, 5.1% por la pareja anciana más otros parientes de edad avanzada y 33% por varones solos; en caso contrario, cuando el jefe es mujer, 7.4% son monoparentales (jefa y uno o más hijo(a)s de edad avanzada), 7.5% se conforma por la jefa y sus hijos, más otros parientes ancianos, y en 84.5% viven solas.

➤ **Abuelos**

Aproximadamente un 70% de las personas de la tercera edad tienen nietos y un 33% son bisabuelos. Esta nueva experiencia puede llenar de sentido y motivaciones la vida de los abuelos ya que es el lazo que une a las distintas generaciones y permite la supervivencia histórica cultural y de tradiciones familiares. Es fuente de crecimiento y enriquecimiento de los nietos. Los niños aprenden a valorar la vida y a confrontar la muerte. La interacción se facilita al no existir las responsabilidades y obligaciones inherentes a los padres.

Cabe destacar que las dificultades económicas y las exigencias del mundo laboral están favoreciendo un cambio de papeles, en donde los padres funcionan como proveedores y los abuelos se convierten en los cuidadores de los nietos. Pero en familias disfuncionales pueden generar problemas, tal es el caso de los nietos que son utilizados como punto de triangulación en conflictos entre padre e hijos. Al ser abuelo es más importante de lo que generalmente se supone. Muchos abuelos utilizan estas relaciones para desarrollar algunos aspectos que no han podido resolver en sus vidas anteriores mejorando de esta forma su bienestar psicológico. El rol de ser abuelo y las relaciones que establecen, hacen posible que muchas personas compensen otras pérdidas con las que se han ido encontrando.

➤ **Trabajo y jubilación:**

El trabajo da valor a las personas, crea un vínculo ente el individuo y la sociedad, da un lugar y una categoría según el trabajo que se desempeña, al ser pagado proporciona capacidad económica, mantiene a las personas activas y los hace parte de la cultura y fuerza del grupo social al que pertenece. En la familia, el trabajo da la capacidad económica y si el trabajador está satisfecho retroalimentará de manera positiva la dinámica familiar. El trabajo hace a la persona sentirse útil, a veces hasta necesario y da una imagen que alimenta la autoestima. El trabajo es considerado como un medio para ganar un salario, y la jubilación se presenta como un reposo merecido por todo el tiempo dedicado a este que es por lo regular dos tercios de la vida, siendo la fuerza que domina casi todas las actividades tanto familiares como sociales. Hay ideas estereotipadas que menosprecian al trabajador “anciano” ya que lo ven como sometido a enfermedades crónicas, menos capaces de adaptarse a nuevas situaciones, más lento, entre otras cosas. (Rodríguez, 2002)

En el segundo trimestre del 2003, la Encuesta Nacional de Empleo registró en el país, 3.2 millones de personas económicamente activas de 60 años en adelante, 7.7% del total. De esta población 3.1 millones están ocupados, dicha cantidad representa 7.8% del total de estas personas ocupadas a nivel nacional. Por sexo, la distribución es similar, 3 de cada 4 personas ocupadas son hombres, lo que muestra la mayor participación de ellos en actividades económicas.

Por otra parte, la población económicamente inactiva de 60 años y más, representa el 16.5% de la registrada a nivel nacional. De las cuales, 69 de cada 100 son mujeres. Dentro del trabajo se da la jubilación que se fijó a los 65 años ya que la esperanza de vida no era tan larga como en nuestros días, y a que eran pocos los trabajadores que se beneficiaban realmente y los que disfrutaban su jubilación. Se hace mención del significado de la palabra jubilación, que denota júbilo, alegría; sin embargo, también el diccionario incluye la connotación de desechar lo inútil.

Esto muestra las dos caras opuestas de la jubilación, que constituye uno de los cambios más fuertes y significativos en la vida de una persona, un parteaguas que pone a prueba la fortaleza interior de cada individuo y los recursos que ha de desplegar para adaptarse a una nueva vida en donde se ha perdido su estado social y económico, motivación y rutinas. Para Rodríguez (2002) la jubilación presenta varios problemas entre los que encontramos:

Problemas económicos: las pensiones por jubilación y retiro son totalmente insuficientes; el jubilado y su familia sufren un serio desplome de su capacidad adquisitiva, el desplome ocurre cuando el dinero más se necesita por asuntos de mala salud o porque el resto de la familia está en etapas críticas o de transición. Además devalúa al individuo dentro de su familia, ya no tiene la capacidad de resolución anterior e interiormente siente perder status y control de su familia, sobre todo cuando se trata del patriarca. Ahora debe sacrificar comida por medicamentos, dejar proyectos y paseos, para poder enfocarse a la simple supervivencia. Un gran impacto psicológico. En caso de querer emprender otra actividad productiva, se enfrentará a un mercado de trabajo, donde las oportunidades son muy limitadas, hay desempleo y la discriminación por edad es un hecho. Muy pocos son los que realmente consiguen una oportunidad para trabajar.

Problemas familiares: el que trabaja tiene una presencia limitada en tiempo dentro de la casa; cuando dispone de ese tiempo, no sabe cómo utilizarlo o no puede volver a orientarlo, por lo que tiene que buscar un nuevo lugar en la rutina de la casa donde no era contemplada su presencia y mucho menos su intromisión. El desajuste conyugal es frecuente, el esposo atropella el lugar y dominio de la mujer o exige tiempo de ella y atención ocasionando un

desequilibrio que reta a la mejor salud mental familiar para volver a ordenar los espacios, rutinas, obligaciones, etc. Pocos planean otra actividad con horarios y objetivos definidos, pocos toman con discreción actividades del hogar para ayudar a los demás. Algunos tendrán un reencuentro con su pareja que pudiera fortalecer la unión y favorecer apoyo mutuo en la difícil etapa de la vejez. La mujer si sólo se ha dedicado al trabajo doméstico, no se jubilará, seguirá sus actividades en la medida de sus capacidades u no sufrirá un cambio de status, sólo tendrá que hacer un reajuste necesario para recibir la presencia del marido jubilado.

Tiempo libre: cuando se le da la oportunidad de tiempo para escoger qué hacer, casi nunca sabe disponer de tal regalo. La capacidad de ingenio parece muy limitada y el ambiente sin oportunidades; se le olvida todo lo que se anhelaba hacer. No se sabe que hacer con uno mismo y no en función de lo externo.

➤ **Matrimonio en la tercera edad:**

La relación marital es una de las más importantes relaciones experimentadas en los años adultos. La satisfacción con el matrimonio alcanza su menor nivel en la mediana edad para aumentar después con la vejez, la satisfacción marital alcanza cuotas mayores que con ningún otro grupo de edad. La relación marital es tan dinámica y cambiante en los últimos años como en cualquier otro periodo de la vida, los hijos generalmente han abandonado el hogar. Los maridos y las esposas experimentan una mayor intimidad y compañerismo, calificándose mutuamente de forma positiva. La imagen del matrimonio en los últimos años de vida es muy positiva en ciertos casos, aunque perturbada por los problemas de salud, primordialmente, y por la posibilidad de la muerte de alguno de los cónyuges, normalmente el marido.

➤ **El divorcio y volver a casarse:**

Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años no pudieron resolver algunos problemas se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad. El número de personas mayores que se divorcian va en aumento.

Los hombres cuando se divorcian es porque han estado enfrascado en su trabajo y coincide la ruptura con la jubilación y para casarse con otra mujer. La mujer, en cambio, lo hace porque su marido es alcohólico, tirano o mujeriego. No obstante suele ser más grave para la mujer, debido a que ella ha socializado su rol de esposa y basado su identidad en ese rol, sintiendo que toda su vida había sido un fracaso. Los hombres mayores se casan con más facilidad que las mujeres, puesto que hay 3,6 mujeres divorciadas, viudas o solteras por cada hombre en ese grupo de edad, simplemente no hay bastantes hombres para todas. (Bazo, 1999)

Un impedimento importante para volverse a casar es que las mujeres se dan cuenta de que tienen más probabilidad de estar más sanas que los hombres de su misma edad, aunque se espera que se casen con hombres que tienen más años que ellas. Pueden echarse hacia atrás porque no quieren perder su futuro cuidando a un marido enfermo con el que no han convivido los años suficientes para desarrollar un cariño intenso, similar al que tenían en su matrimonio anterior. Otra barrera es la de los hijos adultos que no quieren que sus padres se vuelvan a casar. Los hijos pueden estar pendientes de la herencia y no comprender la necesidad de sus padres de un compañero; pueden estar tan unidos a la memoria de su padre o madre muerto, que la idea de que el padre que aun vive se vuelva a casar y les parece una blasfemia.

➤ **Viudez:**

Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio de la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser "normal" entre las mujeres mayores. Las mujeres cuyos maridos han muerto sufren multitud de dificultades económicas, sociales y psicológicas. Como resultado de la muerte de cónyuge el viudo o la viuda sufre no sólo la aflicción de la pérdida, sino soledad, falta de alguien con quien compartir el trabajo, la pérdida de la satisfacción sexual, entre otros. (Kalish, 1996)

Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa. Las viudas tienen a la socialización con las demás mujeres; algunas de ellas ya eran amigas cuando todavía estaban casadas.

➤ **Soltería:**

Solo cerca de 5 de 100 de las personas mayores no se han cansado nunca y parecen estar bastante adaptados a la vida de solteros. Aunque admiten la soledad de sus vidas, por la mayor parte esta soledad ha sido la tónica general de sus días; no parece que estén más solos o infelices que cuando eran jóvenes o que otras personas de su edad, el no tener que enfrentarse con las dolorosas pérdidas que sufren las personas casadas por la muerte del cónyuge, supone para ellos una gran ventaja gracias a su situación de solteros. Muchos no están solos en el verdadero sentido del término. Tienen numerosos amigos y familiares, viven con un hermano o hermana (Shanas, 1979, citado en Kalish, 1996)

Con todo lo anterior podemos observar que la persona sufre diversos cambios a diferentes niveles y pasa por diversas situaciones que pueden alterar su equilibrio biológico, emocional, y social, por eso es tan importante que la sociedad se de cuenta de todo lo que significa llegar a la tercera edad y los retos que esto representa para el país, ya que no se pueden hacer las mismas actividades que antes, las relaciones familiares cambian, el propio aspecto físico también lo hace y todo eso repercute en el aspecto psicológico y emocional de la persona. Pero si aunado a esto se piensa en los cambios cognitivos por los que atraviesa la persona adulta, esto nos lleva a pensar más en la importancia de la atención de este sector. Que como se dijo en un principio en este capítulo forma de un estadio más del desarrollo del ser humano.

C. EL PROCESO DE DETERIORO A NIVEL DEL “CEREBRO”

1. El Cerebro Humano

El sistema nervioso se divide en dos partes interrelacionadas: sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. El central (SNC) está formado por el encéfalo y la médula espinal, y el periférico es el conjunto de nervios craneales, nervios raquídeos y ganglios. El cerebro forma parte del primero y es el órgano del cuerpo que más trabaja, pesa alrededor de 400g en el momento del nacimiento que se triplica durante los primeros 3 años de vida, después la velocidad de crecimiento disminuye, alcanzándose el máximo peso a los 18 años (1.400 g aprox.). Los hombres tienen cerebros más pesados y grandes que las mujeres. Este peso se mantiene estable por un tiempo ya que disminuye a partir de los 25 años y a mayor velocidad a partir de los 60 (aproximadamente 2ml por año). Consta de 100.000 millones de células nerviosas aproximadamente (en un cerebro adulto), de las cuales cada una mantiene miles de contactos o sinapsis que son responsables del control de todas las funciones mentales.

Todo cerebro posee un potencial genético relacionado con la cantidad, estructura y ubicación de las células nerviosas que lo constituyen, las cuales están totalmente completas al momento de nacer. A partir de entonces, ya no se generan nuevas células; por el contrario, muchas de ellas son destruidas. Todo aquello que se hace, se siente o se piensa, es debido a este órgano tan importante, recordando que toda la información que puede recibir del mundo exterior, se obtiene por medio de los sentidos (gusto, tacto, olfato, vista y oído) y cuyas sensaciones se reciben a través de los órganos respectivos (lengua, piel, nariz, ojos y oídos); estas partes sensibles se encuentran enviando constantemente "mensajes" informando sobre todo lo que sucede a nuestro alrededor. Los estudiosos en la materia han manifestado que el ser humano utiliza solamente un diez por ciento (10 %) aproximadamente de su capacidad. Asimismo, es el centro de control del movimiento, del sueño, del hambre, de la sed y de casi todas las actividades vitales necesarias para la supervivencia, así como de todas las emociones humanas, por ejemplo; el amor, el odio, el miedo, la ira, la alegría y la tristeza.

La gran superficie que posee y su complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre, en comparación con el de otros animales. La corteza está dividida por una fisura longitudinal en una parte derecha y otra izquierda, denominadas hemisferios cerebrales, los cuales son simétricos. Ambos hemisferios, se encuentran interconectados a través del cuerpo caloso, que es un conglomerado de fibras nerviosas que los conectan y transfieren información de uno a otro, es decir, las funciones realizadas por el lado izquierdo del cuerpo son dirigidas y controladas por el hemisferio derecho, sucediendo de forma similar con el hemisferio izquierdo, permitiendo de esta manera complementar cada uno de los mensajes recibidos y ejecutar totalmente las funciones corporales competentes a este órgano. Dentro de los hemisferios se pueden encontrar cuatro divisiones llamados lóbulos, los cuales realizan diversas funciones como son:

- ***Lóbulos frontales:*** Desempeñan una función de especial importancia en los procesos mentales superiores. Permiten a las personas recordar, sintetizar datos sensoriales e información emocional, interpretar información y manejar material en secuencia, así como el establecimiento de propósitos y planes y la supervisión de los progresos hacia las metas planteadas. Además de estar implicados de forma crucial en la transmisión de impulsos a los músculos.
- ***Lóbulos temporales:*** Se encuentran interconectados con los lóbulos frontales, sus funciones son las de decidir qué cosas se registran y almacenan de lo que ocurre en el ambiente. Parecen ser evaluativos juzgando algunas experiencias de manera positiva y otras negativas. Además de registrar y sintetizar lo que se oye.
- ***Lóbulos occipitales:*** Son vitales en la recepción y procesamiento de información visual; además participan en funciones más generales de procesamiento de información.
- ***Lóbulos parietales:*** Contienen áreas que registran y analizan mensajes provenientes del exterior e interior del cuerpo. Manejan información concerniente al tacto, presión, temperatura, movimiento y posición muscular, también permite reconocer tamaño, forma, peso y textura de los objetos.

2. Plasticidad neuronal

La pérdida neuronal es continua, desde que se inicia la formación del tubo neuronal hasta el final de la vida, no es un proceso lineal, pues el número de muerte neuronal varía en las distintas épocas de la vida y todavía es más variable la pérdida neuronal que padecen los distintos centros nerviosos. Afortunadamente, el cerebro, como todos los órganos del cuerpo, dispone de muchas más neuronas que las necesarias para desarrollar a la perfección las distintas funciones que le están encomendadas. Sin embargo cuando hay mayor pérdida neuronal en alguna área se tiene que poner en marcha mecanismos de suplencia. A este mecanismo se le llama neuroplasticidad, es decir, la capacidad de modificarse con fines de sustitución, que tiene diversas posibilidades, desde la modificación funcional de estructuras ya existentes hasta el desarrollo de nuevas sinapsis y multiplicación neuronal. La multiplicación neuronal hasta hace unos años quedaba excluida, pues se suponía que, a partir del nacimiento, las neuronas perdían su capacidad de división. Actualmente se sabe que el sistema nervioso tiene otros tejidos y células madres que mantienen ésta capacidad pudiendo generar tanto neuronas como células gliales. Según Gonzalo (2002), esta plasticidad es máxima en los sujetos jóvenes y disminuyen con la edad, pero se mantiene hasta edades muy avanzadas

3. Envejecimiento cerebral

La capacidad de un individuo para funcionar depende de la combinación de sus características personales y el ambiente en el que se espera que funcione la persona. El envejecimiento es un fenómeno natural, progresivo de los tejidos de todos los seres vivientes. Este fenómeno se evidencia en el ser humano a partir de la quinta década de la vida, todos estos cambios se mejoran parcial o totalmente por medio de los logros en la tecnología biomédica y hasta la cosmética. Uno de los sistemas más complejos del organismo es el sistema nervioso. Aún plantea grandes interrogantes y sigue ofreciendo dificultades para la investigación, más todavía cuando se trata de explicar los cambios que sufre con el envejecimiento y que es difícil precisar en qué grado son atribuibles a la vejez o cuándo son lesiones patológicas.

El cerebro disminuye de peso (100-150g) alrededor de un 10% y asimismo su volumen. Las células nerviosas adultas no pueden dividirse por mitosis; por lo tanto, no puede reemplazarse cualquiera que sea destruida. De acuerdo a Gardner (1970) existen tres causas principales de muerte celular en el sistema nervioso central: degeneración hereditaria, traumatismo y enfermedades. Se ha estimado que a los 80 o 90 años de edad se ha perdido hasta una cuarta parte de todas las células nerviosas del cerebro, médula espinal, ganglios periféricos. Esta pérdida es un factor principal en los cambios sensitivos que son comunes en la edad avanzada. Se plantea que la extinción neuronal no sólo se realiza al azar sino que podría ser un mecanismo subyacente del cerebro de almacenamiento de información y memoria; la muerte de las neuronas podría interpretarse como una forma de deshacerse de las vías menos utilizadas. Desde el punto de vista funcional es evidente, en primer lugar, el progresivo enlentecimiento a partir de los 60 años de la actividad eléctrica cerebral. La atrofia encefálica que se observa en las personas mayores de 60 años pudiera ser por el agrandamiento de las cisuras y el menor volumen de las circunvoluciones cerebrales.

Todos estos cambios tienen influencia en las funciones nerviosas como, la disminución de la velocidad de transmisión de impulsos a través de nervios motores; es probable que las alteraciones de la sensibilidad a la temperatura y al dolor sean resultado del envejecimiento cerebral; la baja capacidad de ejecución y la precisión en cuanto a rapidez son consecuencia de que los reflejos son lentos y poco intensos, además es frecuente atribuir a este envejecimiento una menor capacidad de aprendizaje, lo que ocurre pero no queda suprimida por completo como se supone. Langarica (1985) menciona que es posible que la disminución de consumo de oxígeno y sobre todo el abandono de la actividad intelectual, estén más involucrados en las fallas mentales.

La pérdida de la capacidad nerviosa para conducir impulsos produce daño en las funciones motora y sensitiva. La pérdida motora se manifiesta por parálisis o debilidad muscular, así como atrofia del músculo afectado. La complicación sensitiva puede ser subjetiva u objetiva. Los datos sensitivos subjetivos incluyen dolor y parestesias (entumecimiento, picazón, hormigueo). En los datos objetivos se encuentra la pérdida de varias sensibilidades (analgesia, anestesia, etc.). Para Waxman (1998), con la edad se produce disminución del flujo cerebral y

las pérdidas no son homogéneas sino en determinadas regiones, afectan sobre todo áreas en lóbulos frontales y temporales, ganglios basales, formación hipocámpica, áreas límbicas y de asociación la cual coordina e integra datos sensoriales y funciones motoras.

La eficacia del cerebro envejecido también se puede ver afectada por las cantidades adecuadas de neurotransmisores (colinérgicos, monoaminérgicos y neuropeptídicos), que son las sustancias químicas que intervienen en la comunicación sináptica entre neuronas. Los neurotransmisores controlan el flujo de información del cerebro regulando los patrones de inhibición y excitación. Si el suministro de éstos es inadecuado, los impulsos nerviosos se conducen más lentamente. Se ha comprobado que los niveles de un neurotransmisor que afecta a la memoria, la acetilcolina, disminuyen con la edad y parece que no afecta a las neuronas de los ganglios basales que son responsables de la motricidad gruesa. En cuanto a las células del cerebelo, parece que se deterioran más rápidamente después de la edad de 60 años, especialmente en su densidad sináptica. Según Bazo (1992) Este cambio puede provocar una pérdida de equilibrio y la coordinación en el andar, la postura, saltos, y una disminución del tono muscular que provoca una fatiga prematura y un aumento en la dificultad para coordinar los movimientos motores finos.

a. El Anciano y su Proceso Cognitivo

Los cambios fisiológicos normales en los órganos de la percepción pueden afectar en gran medida a la cognición. Esta función es esencial para que la persona sea capaz de tomarle sentido al ambiente que lo rodea y de responder de forma apropiada para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana. La cognición se refiere a los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente (estímulo) y la propia conducta observable desde el exterior (la respuesta). Estos procesos abarcan la percepción del ambiente, la capacidad para recordar lo que se percibió, para razonar y pensar sobre lo que se ha percibido, para tomar decisiones y resolver problemas y para formar patrones complejos de información que puedan almacenarse en forma de conocimientos.

El conocimiento almacenado se forma con símbolos que representan información y que sirven de base para el lenguaje y la comunicación con el exterior. Para que el adulto mayor sea verdaderamente funcional, estos procesos cognitivos deben operar a un nivel efectivo. La función cognitiva requiere que tanto los órganos de la percepción como el propio encéfalo estén sano, incluido neuronas, terminaciones nerviosas y corteza cerebral. Ya que un adulto mayor que tenga lesionadas estas estructuras, cualquiera que sea la razón, es probable que presente dificultades en este proceso. Para la percepción, los sentidos tienen una gran importancia, mucho más el oído y la vista y en menor grado los otros, ya que son esenciales para recibir los estímulos ambientales. Si bien es cierto que la persona mayor ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que se conoce como sabiduría, la cual ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera, el adulto mayor posee un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos a sus asuntos importantes.

Deterioro Cognitivo

Es común que las personas mayores sufran diversos cambios a nivel cognitivo ya sea por problemas orgánicos o funcionales, para Staab (1998) algunos de ellos son, cierta dificultad para la memoria, cierto grado de lentificación psicomotora, un descenso en el tiempo de reacción simple, una alteración en el modo de resolver problemas, una deficiencia en la producción y un aumento de la prudencia, problemas en la percepción, orientación, comprensión, pensamiento, cálculo, comunicación, entre otras. Estos cambios pueden interferir con la vida diaria. Los procesos biológicos normales son los que parecen determinar primeramente los déficits cognitivos, aunque existen colaboradores y/u otros determinantes de tales pérdidas. En términos generales, el primero de ellos es la privación sensorial a la que con frecuencia es sometido la persona mayor, la cual puede provocar trastornos en las estructuras cerebrales y, por ende, en el comportamiento cognitivo.

Por otro lado está la mayor incidencia de trastornos físicos en la edad avanzada (enfermedad aguda o crónica), a los cuales hay que añadir los efectos secundarios de la medicación administrada para aliviarlos. Por último, las pérdidas en las relaciones interpersonales que sufre el anciano así como los cambios en su vida profesional y laboral determinan trastornos afectivos que, a su vez, cursan o se ven asociados con perturbaciones en el rendimiento intelectual. (González, 2005)

Se afirma que los individuos mantienen un buen nivel de competencia cognitiva hasta después de los 75 años. Sin embargo, existe una polémica entre dos líneas de investigación: los estudios longitudinales, como los de Baltes y Schaie. Que muestran que el deterioro es ligero hacia los 60 años y más importante a partir de los 80 años, mientras que los estudios transversales, como los de Horn y Donalson (citados en González, 2005) hablan de un deterioro muy marcado a partir de los 45 años. En términos generales, lo que sí parecen aceptar es que hay un mantenimiento hasta los 60 años, pequeños deterioros hasta los 75 años y grandes pérdidas a partir de los 80 años. A la hora de establecer el grado y la naturaleza exacta de la pérdida, será preciso estudiar cuales son las causas que pueden contribuir a su aceleración y reducción, así como los medios que hay que emplear para atenuar los efectos negativos. Pero no se debe olvidar que el funcionamiento cognitivo va a interactuar con el funcionamiento social y afectivo, con lo cual será muy difícil establecer cual es el problema primario. Por lo que a continuación se presentan algunos de los problemas cognitivos más frecuentes.

1. Aprendizaje

Las personas mayores son altamente capaces de aprender, pudiendo ser también receptivas a nuevas ideas y aprender nuevas técnicas. Las dificultades son atribuidas a la gran dificultad para usar técnicas de aprendizaje, tal como la visualización de lo que se aprendió o asociar lo que se está aprendiendo con algo ya conocido, además de requerir de mayor tiempo que las personas jóvenes, lo cual se debe a un decremento en la capacidad operacional de la memoria a corto plazo, especialmente en la utilización de estrategias de codificación, organización y recuperación de la información que haría más difícil el aprendizaje como en la resolución de

problemas. Otra posible explicación de los resultados es la tendencia de las personas mayores a ser más precavidas, menos impulsivas para aceptar riesgos, lo cual sugiere que su miedo a fallar puede ser mayor que su necesidad de acertar.

2. Atención

Es una función cognoscitiva importante para todas las tareas. La atención permite seleccionar entre la información principal y la secundaria, en una situación determinada, manteniéndola durante cierto tiempo y asimismo cambiando el foco hacia otros mensajes y tareas. La concentración necesaria para registrar nuevas experiencias parecen no estar presentes o no ser confiables en las personas mayores. Los adultos son más distraíbles, pueden verse más afectados por la presencia de información irrelevante y no son tan rápidos como las personas jóvenes para cambiar en un instante de un foco de atención de una cosa a otra, sobre todo si se producen varios estímulos simultáneos. El individuo que no puede recordar lo que se le acaba de decir hace un momento, es porque no pudo o no prestó la atención necesaria para que la información se fijara en su mente. La ansiedad es otro elemento que impide que la mente funcione con claridad. Cuando la persona está tensa, asustada o insegura es probable que no tengan un control firme sobre los pensamientos y no ponga suficiente cuidado en algunas cosas.

3. Tiempo de reacción

El aumento en la lentitud en la respuesta con la edad refleja un cambio básico en la velocidad con la que procesa información el sistema nervioso central. La causa para este enlentecimiento se ha atribuido a la ruptura de las conexiones dentro de la red neuronal. La disminución de la velocidad del procesamiento de la información podría explicar muchas de las diferencias con la edad observada en el aprendizaje, la memoria, la percepción y la inteligencia. Owens (citado en Gonzalo, 2002) en un estudio pudo disponer de los “Army alfa test” que los jóvenes de 19 años habían hecho en 1919, repitió el mismo test en 1950, cuando los sujetos tenían 50 años e hizo lo mismo a los 60, observó que comparando los dos primero habían mejorado 7 de los 8 subtest. La mejoría más manifiesta la encontró en: a) información, b) juicio práctico, c) sinónimo-antónimo y d) ordenar frases.

El rendimiento se mantuvo sin cambios en el test realizado a los 60 años. Otro estudio fue el realizado por Granick (citado en Gonzalo, 2002) con un grupo de voluntarios de 70 años a los que sometió a una batería de pruebas y la repitió 11 años después cuando contaban con 81 años. Los resultados no cambiaron y en algunos casos mejoraron en los tests de conocimientos semánticos, en cambio en las tareas en las que el tiempo jugaba el principal papel, como la rapidez de suma o resta, sustitución de símbolos digitales, etc., experimentaron un marcado enlentecimiento. Así, la rapidez desciende aproximadamente un 50% entre los 25 y 80 años. En los sedentarios, lógicamente, la disminución de la rapidez es mayor. Entre los 20 y los 60 años, desciende un 30% en ejercicios con movimientos repetitivos (a la derecha e izquierda). Aunque en la lentitud, que crece con la edad, influye la velocidad de conducción nerviosa y de la respuesta muscular, sin embargo, en este tipo de tareas, el factor más importante es el tiempo necesario para la integración de los diferentes centros nerviosos que intervienen en la coordinación de los movimientos. De acuerdo a Gonzalo (2002) además de la pérdida neuronal, se observa que los que practican con constancia ejercicio físico y realizan tareas de tipo intelectual tiene mayores posibilidades de mantener un estado neuronal mejor y, en consecuencia experimenten menos cambios degenerativos. También se encontró que las áreas que no reciben impulsos nerviosos sufren un proceso de atrofia. Con todo esto se puede pensar en colaborar eficazmente para que los cambios neuronales asociados a la edad se mantengan dentro de lo normal, así como para desarrollar la capacidad plástica de las neuronas que tiene que suplir la función de las neuronas que se van muriendo.

4. Actividad psicomotora

Al envejecer las personas se hacen más lentas. La actividad psicomotora, es necesaria en muchas tareas y se define como la velocidad a la que se realiza una acción, desde que se surge la situación, se determina lo que se quiere hacer acerca de ella y finalmente, se lleva a cabo. Las actividades y pruebas que premian la rapidez, con frecuencia muestran que la persona mayor se encuentra en desventaja. Ya que la capacidad para aprender, pensar, recordar y resolver problemas se da cuando no están siendo apresurados y se les permite ir a su propio paso. La lentificación psicomotora y un descenso en el tiempo de reacción simple son cambios normales del envejecimiento que a menudo, requieren respuesta física, como conducir un auto

o para evitar caídas cuando se pierde el equilibrio. Pero en la persona alerta, la conciencia de estos cambios suele permitir una compensación que permite que se eviten los accidentes y que la lentitud no interfiera de forma significativa con la función.

5. Memoria

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común. Se pueden distinguir tres etapas según Gonzalo (2002): la fijación, retención y evocación. La primera es el proceso por el cual la imagen sensorial, el fenómeno o la escena que sea, queda impresa en el centro mnésico, en este proceso influye el significado que el hecho tiene para la persona que lo percibe. Dentro de las escenas que suscitan interés no todos los detalles tienen la misma importancia: se fijan los más interesantes y los que apenas tienen importancia se olvidan. La fijación se afecta con la edad y lo hace en proporción directa a la pérdida de interés por las cosas. La segunda etapa que es la retención o conservación no suele presentar cambios con la edad, si es que los centros mnésicos no sufren alteraciones patológicas y la última etapa, la evocación, es el proceso que más se afecta con la edad. Los recuerdos y los datos están almacenados, la dificultad surge cuando se quiere recuperar la información.

La memoria de trabajo se ve más afectada ya que encuentra dificultades en tareas que exigen: un elevado nivel de atención, una estructuración y organización activa del material, una actitud mental flexible y operaciones intelectuales de gran esfuerzo en el momento de la codificación y de la recuperación, ya que en ésta última son más lentos, parece que se toman más tiempo para examinar sus memorias, tomar decisiones y manifestarlas. Se fracasa con mayor frecuencia cuando lo que deben recordar está fuera de su rutina diaria o cuando requiere información no utilizada recientemente. Se destaca la mayor frecuencia de olvidos en el sexo femenino pero en realidad no se conocen sus causas, se piensa que por ser las mujeres más prevalentes en el grupo de 80 y más años, posibilita que sean más afectadas.

Cuando las personas se encuentran a sí mismas menos capaces de recordar sucesos, nombres de personas conocidas o libros que han leído y cuando se dan cuenta de que la manera de resolver problemas parece menos efectiva de lo era antes, actúan de manera muy diferente. Una respuesta puede ser el retirarse de las actividades o personas que les producen un posible stress; otra es irritarse o enfadarse, insistir en que lo que recuerdan es correcto; una tercera es aumentar la dependencia con respecto a los miembros familiares, amigos o profesionales con objeto de compensar sus propios déficits. Para Kalish (1996) el miedo a perder la memoria es grande, especialmente desde el momento que la pérdida se asocia con enfermedades degenerativas que amenazan a las personas con dejarlas desorientadas y confusas.

6. Lenguaje

Una comunicación eficaz es esencial para la independencia, la adaptación, la socialización y los sentimientos de satisfacción y bienestar de uno mismo. El fracaso de la comunicación amenaza las relaciones interpersonales satisfactorias con la familia, amigos y los cuidadores profesionales. La ruptura de las relaciones lleva al aislamiento social y a un fracaso adicional de la comunicación. Algunos problemas de la comunicación que pueden presentar son: dificultades para encontrar palabras, habilidad para definir palabras o señalar la definición correcta entre varias posibles, disminución de la fluidez y flexibilidad, lentificación global de la velocidad, cambios en la calidad de la voz, articulación imprecisa y disminución en la eficacia de la comunicación.

Estimulación cerebral

La edad cronológica de por sí no determina de forma rígida el deterioro intelectual, sino que es la resultante de un proceso de progresiva pérdida funcional o de una patología senil. además de la edad, para Gonzalo (2002) en el mantenimiento de las capacidades intelectuales interviene la motivación de persistir en el uso de las mismas, lo cual actúa como freno o retraso a su desarrollo. es por ello que la estimulación ambiental acostumbra a tener un papel preponderante en cuanto a facilitar la movilización psíquica y física del sujeto.

Según Wagner (2003) son pocas las capacidades intelectuales que muestran un deterioro sustancial en la vida adulta. La gran parte del deterioro que no se debe a enfermedades específicas puede ser consecuencia de un ambiente social restringido y de una cultura que proporciona pocos incentivos para la adquisición de conocimiento o incluso para el mantenimiento de éste, por lo que se debe aceptar la hipótesis de que, proporcionando incentivos e instrucción en la adultez, debería ser posible estabilizar el deterioro y quizá incluso invertirlo.

Por lo que Langarica (1985) insiste en que una de las grandes compensaciones a las pérdidas que va causando el envejecimiento, es el adquirir conocimientos y capacidad, ingredientes esenciales para vivir en una sociedad que exige una preparación continua y si se deja de aprender y de interesarse, entonces sí se envejecerá más rápidamente. Las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios degenerativos en las estructuras del sistema nervioso central, sin que por ello se altere su conducta, siempre y cuando su ambiente cultural siga estimulándose adecuadamente. Por su parte Lozano (2000) dice que el ejercicio neuronal mantiene en constante desarrollo a la persona mayor; al contrario del reposo neuronal que conduce a la atrofia de las conexiones sinápticas.

Los estudios experimentales en animales y los neuropsicológicos en el hombre, han permitido comprobar que la actividad neuronal sostenida redundará en aumento de los neurotransmisores y facilita el aprendizaje de nuevos conocimientos. Este ejercicio neuronal quizás sea más importante a medida que se envejece y se puede plantear la hipótesis de la posibilidad de retardar o llegar a evitar el envejecimiento cerebral. Con todo lo mencionado anteriormente, la tercera edad no tiene por qué ser una época de descenso intelectual si se motiva y se ayuda a la gente a hacer un esfuerzo extra por mantener su poder mental. El deterioro no es inevitable y algunas habilidades pueden mejorarse o incluso adquirirse por primera vez. La motivación de los sujetos para mantenerse activos tanto física como mentalmente es un requisito para envejecer con éxito.

Por lo que observamos las personas de la tercera edad pasan por muchos procesos ya sea a nivel biológico, social y psicológico, con todo esto sería importante pensar ahora cuáles serían los pasos a seguir para hacer real lo que los autores mencionan. Pero ¿Qué tendrían que hacer los expertos?, ¿Quiénes son los indicados para trabajar con este sector de la población?, ¿Es necesario un equipo multidisciplinario?, ¿Hay instituciones que tengan programas para la atención de los mayores? y si las hay ¿abarcarán todos estos aspectos?, ¿tendrán los espacios necesarios?. Todo esto es importante cuestionarnos porque como se mencionó en capítulos anteriores la tercera edad en nuestros tiempos es un reto para todos, ya sea a nivel gubernamental, sector salud, sociedad, familiar y sobretodo personal.

7. Inteligencia

A lo largo de la historia se ha estudiado la inteligencia, teniendo en cuenta que los genes y el ambiente interactúan entre sí y que pueden afectarla. Algunos teóricos afirman que la inteligencia es una capacidad mental generalizada muy importante para que se tenga éxito en diversas tareas mentales, otros proponen que está formada por un gran número de habilidades mentales primarias donde destacan la memoria, lo verbal, razonamiento, entre otras. Algunos consideran que la inteligencia sólo es cognoscitiva y creen que la motivación y la adaptación desempeñan una función importante ya que las personas motivadas para realizar cosas novedosas van a aprender más y a ejecutar con mayor habilidad las pruebas de inteligencia que la gente con menor motivación. Pero hasta nuestros días siguen realizándose planteamientos teóricos e investigando sobre las habilidades relacionadas con la inteligencia.

Para el autor De la Serna (2000) el punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso declina. La agilidad intelectual que se mantenga va a influir de forma notable en varios aspectos de la vida, teniendo en cuenta que cuánto más activa sea intelectualmente la persona, menor es el riesgo de deterioro. Por su parte, el cociente intelectual permanece estable hasta los 80 años y la habilidad verbal se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora en la realización de tareas. La mayoría de las personas tienen una idea intuitiva de la naturaleza general de la inteligencia, y pueden identificar o

clasificar a los demás de “listos” o “muy listos”. Se estaría de acuerdo en que la inteligencia engloba como se mencionó anteriormente el conocimiento que posee una persona, la capacidad de aprender o pensar, o la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas.

Por lo que se han realizado diferentes pruebas que miden ciertas capacidades que se consideran parte de la inteligencia, pero no todas éstas ponen el mismo énfasis en los diferentes factores. Algunos tienen grandes medidas para la capacidad verbal, mientras que otros dependen más de la memoria, de la percepción espacial o de las capacidades aritméticas. Según diversas investigaciones (principalmente transversales) existe un declive en la capacidad intelectual que se relaciona con la edad, cuyos argumentos se hallan en los resultados de diversas pruebas de CI que de ser ciertas podrían ser explicadas por las siguientes razones: 1) deterioro neurológico; 2) limitaciones físicas; 3) factores psicológicos; 4) velocidad; 5) ansiedad ante las pruebas; 6) inadecuación de las tareas; 7) cautela; 8) actividades derrotistas; 9) pérdida de continuidad en la actividad intelectual y 10) descenso terminal según Papalia (1990). Pero hay que tener en cuenta que los tests cronometrados otorgan a los adultos mayores unos resultados más bajos, que no dependen de la inteligencia sino de la velocidad de respuesta. Como se puede apreciar, son muchos los factores que pudiesen intervenir en un mal desempeño del adulto mayor, es por esto, que surge la interrogante acerca de qué tan efectivos pueden llegar a ser estos resultados.

b. Inteligencia Emocional

En 1990, los psicólogos Peter Salovey y John Maller acuñaron el término “inteligencia emocional”, el cual se refiere a la capacidad de comprender y regular las emociones, reconocer y manejar los sentimientos propios y los ajenos, es decir, la capacidad para procesar información emocional. Pero fue Daniel Goleman en 1995 quien popularizó el concepto el cual amplió incluyendo diversas cualidades. La inteligencia emocional puede desempeñar un papel importante en la capacidad para adquirir conocimiento interno y también puede afectar la manera en como las personas se relacionan con las demás. Por lo tanto es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la

perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

Desde lo psicológico cuando la Inteligencia emocional está presente en un nivel adecuado se observará:

- **Confianza:** Es la sensación de controlar y dominar el propio cuerpo, la propia conducta y el propio mundo. La sensación tener muchas posibilidades de éxito en lo que se emprenda.
- **Curiosidad:** Es la sensación de que el hecho de descubrir algo es positivo y placentero.
- **Intencionalidad:** Es el deseo y la capacidad de lograr algo y de actuar en consecuencia. Esta habilidad está ligada a la sensación y a la capacidad de sentirse competente y de ser eficaz.
- **Autocontrol:** Es la capacidad de modular y controlar las propias acciones en una forma apropiada a la edad; la sensación de control interno. No se debe entender como reprimir las emociones, sino como regular, controlar o eventualmente modificar estados anímicos y sentimientos cuando éstos son inconvenientes en una situación dada. Un aspecto importante lo constituye la habilidad de moderar la propia reacción emocional a una situación, ya sea una reacción negativa o positiva.
- **Relación:** Es la capacidad de vincularse con los demás, que se basa en el hecho de comprender y ser comprendido por ellos.
- **Capacidad de comunicar.** Es el deseo y la capacidad de intercambiar verbalmente ideas, sentimientos y conceptos con los demás. Ésta exige la confianza en los demás y la satisfacción de relacionarse con ellos.
- **Cooperación.** Es la capacidad de compartir, colaborar e integrarse con el otro. Lo que se puede observar en un grupo de trabajo, estudio, deporte, etc.

- Desde lo biológico se habla del concepto de “memoria emotiva”, que va mas allá de la conservación de la información y de su almacenamiento. La mente humana también tiene una memoria emotiva que se puede encontrar en cuadros psicopatológicos tales como el estrés postraumático, los ataques de pánico, abuso sexual, maltrato y violencia. Ésta da por resultado una experiencia emotiva, que puede ser de carácter interno o externo, la de carácter interno es la memoria emotiva y la de carácter externo es la respuesta emotiva. Y es esta la que afecta a la Inteligencia emocional.

Dentro de la inteligencia emocional podemos encontrar según Goleman (1995) la inteligencia interpersonal e intrapersonal.

1. Inteligencia interpersonal:

La inteligencia interpersonal es la que permite comprender a los demás. Crea un puente entre el sujeto y el otro, este otro implica la pareja, los amigos. Consiste entonces en relacionarse, entender a otras personas, armonizar y reconocer las diferencias entre ellas, apreciar sus perspectivas siendo sensible a sus motivos personales e intenciones, además de interactuar efectivamente y eficientemente con una o más personas.

2. Inteligencia intrapersonal :

La inteligencia intrapersonal consiste en la habilidad para entenderse uno mismo. Teniendo en cuenta que la persona está consciente de sus puntos fuertes y de sus debilidades para alcanzar las metas de la vida. Ésta ayuda a reflexionar y controlar los pensamientos, sentimientos y respuestas emocionales, efectiva y eficientemente, además de regular la actividad mental, el comportamiento y el estrés.

Otros dos aspectos que también son importantes mencionar dentro de la inteligencia emocional son, el autoconcepto y la autoestima:

Autoconcepto: Este aspecto resulta importante cuando se analiza la personalidad a cualquier edad, ya que proporciona un juicio del sujeto en relación con lo que él mismo y los demás piensan sobre su persona. Se trata de un proceso continuo entre la propia opinión, la de los demás y las expectativas vitales. Si existe proporcionalidad entre lo que los demás y uno mismo piensa sobre la propia persona y las actuaciones, existirá satisfacción, una personalidad integrada y una adaptación a la realidad, pero si las percepciones no se ajustan a las que tienen los demás y a lo que se espera de la vida, existirá insatisfacción, frustración, negativismo, etc. Teniendo en cuenta que la personalidad integrada es aquella que encuentra coherencia entre las exigencias del rol social, lo que los demás esperan de la persona y lo que realiza efectivamente.

Autoestima: Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno. Por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás lo apartan. Así lo veía Maslow en su famosa pirámide de necesidades, donde describe un proceso que denominó autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. En la juventud, donde hay mayor energía física y psíquica, el énfasis de la valoración se sitúa en el hacer, en el logro y en el desempeño del rol. Con la madurez tardía y el comienzo de la ancianidad, la valoración realista se basa en reconocer la disminución de funciones y en que se hace lo que se debe. Según Moragas (1998) la autoestima es mayor en la gente de edad que en los jóvenes y aumenta con la edad en la medida en que las personas es más libre para adaptar su rol a las menores exigencias sociales.

Todo estos aspectos mencionados anteriormente son claros ejemplos de una inteligencia emocional eficiente, pero que pasa cuando ésta es deficiente, por lo que a continuación se pueden encontrar 3 ejemplos claros.

1. Depresión

La depresión es la consecuencia de diversos factores tanto en personas de la tercera edad como en sujetos jóvenes, pero la particular situación física, psicológica y social del adulto hace que sus depresiones tengan factores causales peculiares. Algunos factores según Orduna (2001) son:

- **Factores psicógenos o reactivos:** Pérdidas de: seres queridos, estatus social y económico, marginación, relaciones sociales, salud e interdependencia, seguridad y residencia, perspectivas de futuro, etc. Además se podría agregar la pérdida del atractivo físico, la juventud.
- **Factores neurofisiológicos:** Disminución de los neurotransmisores y del número y sensibilidad de los receptores cerebrales, consecuencia de la muerte neuronal que ocurre con el paso del tiempo.
- **Medicamentos depresógenos:** antihipertensivos, tratamientos esteroideos, antiparkinsonianos, antiinflamatorios, algunos psicofármacos (benzodiazepinas y neurolépticos). Las personas con frecuencia toman alguna o varias de estas medicinas para el tratamiento de enfermedades asociadas al envejecimiento.
- **Enfermedades asociadas:** infecciones, enfermedades neurológicas, etc.

La depresión comprende síntomas somáticos, cognitivos y afectivos. **Entre ellos se mencionan:** alteraciones del apetito, del sueño, disminución del deseo sexual, humor triste o irritable, disminución o pérdida de la autoestima, sentimientos de angustia y culpa, pensamientos suicidas y dificultad para concentrarse. A pesar de que estos síntomas parecerían rápidamente identificables en cualquier persona, en algunos ancianos se confunden “con la vejez misma”.

2. Stress

Todas las personas están sujetas a innumerables situaciones de stress a través de la vida y se gasta mucha energía en enfrentarse a ellas. Todo el stress ya sea positivo o negativo afecta al organismo y pueden reducir la resistencia a la enfermedad y a sentirse relajado. La capacidad de enfrentarse al stress es una combinación de varios factores: la naturaleza del stress en sí mismo, el significado del origen para el individuo y la experiencia previa. Además de la salud física y mental, de los recursos entre la familia y amigos, de la comunidad para ayudar a hacer frente y la constitución psicológica del individuo. Aunque cierto stress aparece con la edad, otros disminuyen. Las personas mayores raramente se enfrentan con la tarea de ser padres; han dejado el stress relacionado con el trabajo competitivo, aunque para algunos no tener trabajo lo puede establecer; sus relaciones con los hijos son generalmente estables; estos no tienen que luchar por su autonomía; saben que tienen que aceptar lo que son y han sido.

3. Soledad

El fallecimiento de la pareja, de allegados y amigos conduce a un aislamiento afectivo y obliga a pensar en la pronta llegada de su propia muerte. La soledad constituye un problema importante para un treinta por ciento de la población mayor de 65 años en adelante. La acentuación de estos sentimientos de soledad puede hacer que la persona enferme o que, cuanto menos, disminuyan su bienestar y calidad de vida. La soledad puede desencadenar problemas aún más graves. De hecho, se cree que puede llegar a representar la diferencia entre la vida y la muerte. Según las estadísticas, una de cada diez personas padece soledad y pasa sus últimos diez años de vida sin ver a casi ningún miembro de su familia. Ante esta situación, los ancianos comienzan un importante declive físico y mental. En estos casos, es frecuente que desarrollen enfermedades psicosomáticas, en las que converge la depresión. Se coincide en afirmar que la mayor parte de los pensamientos depresivos, especialmente en el caso de los hombres que son más reacios a conversar sobre sus problemas, no están vinculados a un cuadro clínico sino a sentimientos de soledad.

D. FUNCIÓN DE LAS INSTITUCIONES EN EL ADULTO MAYOR

1. Instituciones

El envejecimiento poblacional tiene un significado importante para el sector salud, ya que los adultos suelen dar muestras de más deterioro funcional que se agrava cuando padecen más de una enfermedad crónico-degenerativa lo que se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica. El cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global de la persona, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible. La gran mayoría de los adultos son funcionales e independientes; sin embargo, los dependientes, aun cuando son minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados administrados por personal experimentado. Ellos tienen alto riesgo de institucionalización en asilos, que por lo regular son estancias prolongadas, donde las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto su evolución suele ser desfavorable. Algunos tipos de dependencia que se pueden encontrar en las personas de la tercera edad son:

- ◆ Física: Cuando por sí misma la persona no es capaz de realizar los diferentes movimientos y actividades corporales que le son necesarias para la vida cotidiana.
- ◆ Psíquica: Cuando por la alteración de su esfera psíquica no puede reaccionar con conductas en la medida de su conveniencia (pensar, opinar, decidir).
- ◆ Socioeconómica: Cuando por sí mismo no puede obtener vivienda, alimentación y asistencia médica, encontrándose en un estado de inhabilitación social.

La problemática que presenta este sector de la población ha sido motivo de cuidado permanente por diversas organizaciones tanto de asistencia privada como pública. Por lo cual para la atención y toma de decisiones acerca de los cuidados adecuados para cada uno, es básico valorar sus necesidades individuales de acuerdo a prioridades e importancia de las

mismas; por ejemplo: 1) limitaciones funcionales, 2) severidad y cronicidad de sus enfermedades, 3) discapacidad mental y 4) problemas sociales y económicos (soledad, aislamiento, pobreza, etc.). En México el acercamiento de padres e hijos, en general, es mayor por la existencia de patriarcados y con menos desintegración familiar. Pero queda un grupo de ancianos que viven solos, que no tienen hijos o si los tienen están en poco contacto con ellos; éstos son los que más recurren a los servicios sociales, a los consultorios de geriatría o se aíslan en instituciones.

Consejo Asesor Para La Integración, Asistencia, Promoción y Defensa De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal fue publicada el 7 de marzo del 2000 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en su artículo primero se establece que esta Ley es de orden público, de interés y de observancia general en el DF, tiene por objeto proteger y reconocer los derechos de las personas de sesenta años en adelante, sin hacer distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural. El artículo 29 de este ordenamiento establece la creación del Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores como un órgano de consulta, asesoría y evaluación de acciones de concertación, coordinación, planeación y promoción necesarias para favorecer la plena integración y desarrollo de las personas Adultas Mayores. El objetivo general de este consejo es evaluar las acciones de concertación, coordinación, planeación y promoción dirigidas a favorecer la integración y desarrollo de las personas Adultas Mayores del Distrito Federal. Y en cuanto a sus objetivos específicos están:

- ◆ Fomentar la participación y colaboración interdisciplinaria, pública y privada para la atención de las personas Adultas Mayores.
- ◆ Impulsar estudios y estrategias que mejoren la planeación, programación e instrumentación de acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de los Adultos Mayores.

- ◆ Participar en la evaluación de los programas a favor de las personas mayores y sugerir a las instancias correspondientes los lineamientos y mecanismos para su ejecución.
- ◆ Fomentar la generación de materiales informativos sobre la situación de las personas Adultas Mayores en el Distrito Federal
- ◆ Impulsar la participación ciudadana en proyectos y actividades dirigidas a plena integración de las personas Adultas Mayores en la vida económica, política, social y cultura de la Ciudad de México

Cumpliendo con el ordenamiento de la misma ley se constituyeron las mesas de trabajo:

- Salud y Asistencia Social
- Empleo, Ingreso y Capacitación
- Educación, Cultura, Deporte y Recreación
- Legislación y Derechos Humanos
- Dinámica Familiar, Hogar y Redes Sociales

El trabajo en éstos grupos ha sido una plataforma en la que se ha tenido la oportunidad de interrelacionarse estrechamente las dependencias de Gobierno del Distrito Federal con las jefaturas delegaciones, grupos de personas Adultas Mayores, asociaciones y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad de México, mediante la exposición de las acciones que cada institución realiza. Entre las múltiples instituciones dedicadas a la atención de personas de la tercera edad encontramos algunas de ellas, las cuales son:

a. Casas Hogar

Los primeros asilos fundados en nuestro país en este siglo corresponden a la actividad privada y de distintos benefactores. Estas instituciones son en respuesta a las necesidades de las personas adultas que como se sabe cada vez son más numerosas y de las cuales muchas de ellas carecen de servicios básicos o acceso a seguridad social, que no tiene un entorno familiar que le brinde apoyo suficiente y que padece alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento médico continuo y muchas veces especializado. Esencialmente se trata de un

grupo con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, donde la presencia frecuente de varias enfermedades, el deterioro más rápido en la enfermedad y una menor capacidad de respuesta ante situaciones de estrés, determinan una mayor vulnerabilidad, aunado a una mayor frecuencia de complicaciones.

Actualmente existen más de 115 asilos registrados en el área metropolitana de la Ciudad de México y en el Distrito Federal (D.F.) que cubren diferentes rangos de necesidades de los ancianos asilados; recientemente su número ha aumentado, actualmente en el D.F. se atiende a 0.5% de los ancianos. El asilo se ha utilizado por tradición como la piedra angular del cuidado a largo plazo. El método de pagos fijos y la reducción consecuente de estancias hospitalarias han generado una nueva industria de cuidado poshospitalario, al que algunas veces se le llama cuidado subagudo. El cuidado que antes se proporcionaba en el hospital en la actualidad se presta en otros ámbitos, como el asilo de ancianos y el propio hogar del paciente, pero esto no en todos los casos.

Algunos se encuentran internados para recibir cuidado crónico, mientras que otros sólo están de visita para un periodo breve de recuperación y rehabilitación. Los asilos son necesarios debido a la presencia de enfermedades o incapacidades funcionales. También es resultado de una falta de apoyo social. Muchas veces la familia se cansa de atender a un familiar mayor durante mucho tiempo. La fatiga familiar se vuelve un problema, en especial cuando el paciente tiene síntomas muy molestos. Entre los más destructores se encuentran la incontinencia y los problemas de comportamiento que incluyen vagabundeo o conducta destructiva. La hospitalización representa el último paso en una serie de etapas que incluyen el deterioro del paciente y su apoyo social. Por otra parte, muchas de estas personas mueren dentro de la institución y gran parte de los egresos en realidad son traslados a hospitales. De éstos, la mayoría regresan al asilo o fallecen en el hospital.

En numerosos informes se ha comprobado que la atención médica en el asilo muchas veces es inadecuada, las visitas médicas son breves y superficiales, el registro de los expedientes es insuficiente, las alteraciones tratables no tiene diagnóstico o se diagnostican de manera errónea y los fármacos psicotrópicos y de otro tipo se usan inadecuadamente o se abusa de

ellos, en parte debido a la falta profesional y de capacitados en salud mental. Debe de combatirse que las casas-hogar se conviertan en casas de permanencia prolongada, estas casas deben dejar de ser lugares de ancianos abandonados, relegados a depósitos o prececenterios, como lo fueron los antiguos hospicios, asilos, que por desgracia aún existen. Los adultos mayores que no tienen otra alternativa de vivir y están en contra de esta estancia, favorecen rápidamente el deterioro tanto físico como mental y hasta una muerte prematura.(Lozano, 2000)

b. Desarrollo Integral Para La Familia (DIF)

Las instituciones de asistencia oficiales en México están a cargo del (DIF) Desarrollo Integral para la Familia. Éste es un organismo regional y Estatal que proporciona atención a la población de escasos recursos y que no cuentan con la seguridad de otras instituciones. Su objetivo general respecto a las personas de la tercera edad es: evaluar cuantitativa y cualitativamente los servicios asistenciales a residentes en hogares para ancianos; y en su objetivo específico menciona lo siguiente: “Se debe proteger, atender, asistir a las personas de edad avanzada acogiendo a su persona, salvaguardando su salud e integridad física y psicoemocional, promoviendo su repercusión social, así como orientar y apoyar a la familia en el cuidado y la atención de sus miembros de edad avanzada y procurándole al anciano asilado un ingreso económico complementario para que disfrute de tranquilidad y descenso”.

En el Distrito Federal, el DIF cuenta con dos casa-hogar para ancianos, una lleva el nombre de Arturo Mundet y la otra Vicente García Torres. En estos centros se otorgan los siguientes servicios: alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica, dental, servicios de terapia ocupacional y de terapia recreativa y servicios de trabajo social. Esta institución considera que el grupo de la tercera edad es muy heterogéneo, con características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas diferentes, por lo que para ellos es necesario implementar programas para dar respuesta a las necesidades de este sector de la población, teniendo en cuenta un modelo multidisciplinario para la atención integral, que beneficie tanto a las personas adultas mayores institucionalizadas como a las de la comunidad y a sus familias, esto dentro de un marco de atención con calidad y humanismo que les permita una vida digna.

Por lo anterior y para dar respuesta a esta necesidad el DIF elaboró un Programa Nacional de Atención Gerontológica el cual lleva por lema “Por la Dignidad e Integración Social del Adulto Mayor”. En este Programa se propuso un sistema de atención multidisciplinario para grupos de adultos mayores con necesidades y demandas comunes, de tal forma que existiera prioritariamente servicios integrales para los más vulnerables, pero que además hubieran opciones de apoyo y acciones preventivas para que los adultos en su contexto familiar tengan garantizadas estabilidad física y mental, integración social y satisfacción de sus necesidades individuales. Se proponen cuatro niveles de atención:

- Un primer nivel preventivo que incluye acciones educativas, de orientación y sensibilización, dirigido a la población en general.
- Un segundo nivel, encaminado a detectar oportunamente en el Adulto Mayor, alteraciones biopsicosociales, para brindarles atención en el ámbito familiar, comunitario e institucional.
- El tercer nivel considera la rehabilitación y la reintegración social del anciano con daño biopsicosocial moderado, en estos casos la atención se otorga al interior de las unidades gerontológicas.
- En el cuarto nivel de atención se considera la aplicación de medidas y cuidados específicos al anciano con daño biopsicosocial importante, la atención se puede brindar en el domicilio o bien al interior de la institución, favoreciendo una mejor calidad de vida o muerte digna del anciano.

El programa considera los siguientes subprogramas:

- De Atención a la Comunidad
- De Rehabilitación e Integración Social
- De Formación y Capacitación de Recursos Humanos
- De Sensibilización y Difusión.

c. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Durante más de dos décadas, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más. Esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Sin embargo, las necesidades de los adultos mayores fue cada vez mayor por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modificó su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN). Hay un fenómeno que obliga a hacer éstos cambios: la curva demográfica alerta sobre el crecimiento de la población de adultos. Ya que en México diariamente 799 personas cumplen 60 años, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2015 habrá 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumarán 42 millones. Esta situación obligó a enriquecer las políticas asistenciales.

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirmó como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años en adelante, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por lo que fomenta la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación. Las dependencias que integran el Órgano de Gobierno de este Instituto son:

- Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE.
- Cinco representantes de la sociedad civil.

Entre los servicios que proporciona son: los médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y gabinete. Esta atención la brindan a través de los 4 centros de Atención Integral, que están ubicados en la Ciudad de México. Siendo importante mencionar que la atención que reciben los adultos mayores es sin importar que no sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Además de no tener que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos.

Las personas son atendidas conforme llegan y el tiempo de estancia en el centro es de 45 minutos, aproximadamente. Al llegar los pacientes se les practica un examen general, se elabora su diagnóstico y posteriormente se les canaliza a la especialidad correspondiente, a partir de ese momento se inicia un seguimiento médico personalizado. De manera adicional, los pacientes tienen acceso a otros servicios como:

- ◆ Tarjeta de Afiliación
- ◆ Centros de Atención Integral
- ◆ Clubes de la Tercera Edad
- ◆ Centros Culturales
- ◆ Educación para la Salud
- ◆ Cartilla Nacional de Salud para los Adultos Mayores
- ◆ Capacitación para el Trabajo y ocupación del Tiempo Libre
- ◆ Centro de Capacitación de Cómputo
- ◆ Departamento de Asesoría Jurídica
- ◆ Programa de Empleo para Adultos Mayores
- ◆ Tercera Llamada
- ◆ El INAPAM en tu barrio

d. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante situaciones tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, pudiendo ser de forma temporal o permanente. El propósito de los servicios sociales de beneficio colectivo y de las prestaciones fundamentales se orientan a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre. Para esta institución existe un gran número de posibilidades para vivir la vida con amor, gratitud, optimismo e intensidad pero el primer requisito indispensable es la salud. Por lo que hay programas para conservarla:

- Educación para el cuidado de la Salud
- Actividad Física
- Salud bucal
- Prevención de Accidentes
- Prevención de violencia familiar
- Sexualidad
- Enfermedad prostática
- Detección y control de desnutrición, sobrepeso y obesidad
- Vacunación
- Prevención de Tuberculosis
- Atención de la post-menopausia
- Cáncer de mama
- Cáncer cérvico-uterino
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial

Pero como se observa, en los programas todos son en función de la salud, pero no específicamente para las personas de la tercera edad, esto nos hace pensar ¿en donde queda este sector que es tan numeroso? Lo cual se corrobora con la tabla de las personas adscritas a esta institución, que a continuación se presenta (Tabla 7.) y lo más alarmante sería que sólo son del D.F.

Tabla 7: La población de la tercera edad adscrita al IMSS en el D.F en el 2004.

DELEGACIÓN	EDAD	AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES
D. F. 1 Noroeste	60-64	35126	20374	14752
	65-69	32095	18351	13744
	70-74	28816	15712	13104
	75-79	21845	11650	10195
	80-84	16205	7793	8412
	85+	20371	9737	10634
D. F. 2 Noreste	60-64	34257	19940	14317
	65-69	31749	17897	13852
	70-74	27664	15305	12359
	75-79	20491	11151	9340
	80-84	15176	7554	7622
	85+	17964	8993	8971
D. F. 3 Suroeste	60-64	41820	24593	17227
	65-69	38841	22304	16537
	70-74	35811	20392	15419
	75-79	27949	15719	12230
	80-84	20709	10711	9998
	85+	23117	11905	11212
D. F. 4 Sureste	60-64	45316	25677	19639
	65-69	38310	21557	16753
	70-74	32744	17981	14763
	75-79	24329	13410	10919
	80-84	17830	8843	8987
	85+	21762	10714	11048

Fuente: Censo de Población Adscrita a Médico Familiar. Cifras al 30 de junio 2004.

e. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Esta institución a través de la subdirección general médica se ha preparado para afrontar los desafíos de la salud y el envejecimiento, por lo que realiza encuestas, registros epidemiológicos y acciones como la inclusión de módulos gerontológico, atención geriátrica y capacitación de todos los profesionales y público en general para envejecer con éxito o sea con calidad de vida e independencia. Por lo que resume en pocas palabras como sería envejecimiento satisfactorio: movimiento físico, mental, emocional y social. Durante el 2002, el ISSSTE puso en marcha el programa de Envejecimiento Exitoso, con el fin de que las personas de la tercera edad tengan mejores condiciones tanto físicas y psicológicas posibles, por lo que se establecieron módulos gerontológicos en todas las unidades de primero, segundo y tercer nivel y de atención a la salud, para tratar integralmente los padecimientos de los “adultos en plenitud”.

Esto permitió diversos beneficios a los derechohabientes y ahorros institucionales, según la coordinadora nacional del sistema, Rosalía Rodríguez García. Para la funcionaria la oportuna atención médica de las personas mayores es lo que hace posible evitar o reducir el impacto personal y social que representan las enfermedades propias de la vejez. Destacando la necesidad de fortalecer todas las actividades dirigidas a atender a este sector de la población que demandan cada vez mayor cantidad de servicios. Teniendo en cuenta que como se ha mencionado anteriormente, la tercera parte de la población mexicana esta conformada por adultos mayores, los cuales hacen uso de la tercera parte de los servicios sociales y de salud; la cuarta parte del total de medicamentos y el 60 por ciento de las camas de hospital de las instituciones del Gobierno Federal.

Por su parte el ISSSTE atiende a más de 10 millones de derechohabientes y la tercera parte de ellos son adultos o en proceso de envejecimiento, población que se considera de alto riesgo ya que tiene diversas complicaciones de salud que demandan muchos servicios médicos y presenta una alta incidencia de alcoholismo depresiones y divorcios. Con este programa no tratan de crear lugares especiales para los ancianos, como lo asilos donde los instalan, ya que

se considera como una forma de segregación, lo que pretende este programa es abrir puertas a la sociedad y acceso a nuevas oportunidades. Para el 2003 el programa de envejecimiento exitoso, el ISSSTE se convirtió en el líder nacional en la materia por lo que ganó el premio Innova 2002, ya que pasó de 1 a 19 centros de capacitación gerontogeriatrica (15 de ellos en el interior del país), se crearon 75 Centros de Atención Gerontológica en las Clínicas de Medicina Familiar, se abrieron 18 servicios de geriatría en unidades hospitalarias, se implantaron programas de vacunación para adultos mayores y realizaron más de 70 mil acciones preventivas durante dos Semanas de la Salud para el Adulto Mayor.

Además de que han egresado 125 médicos gerontólogos y geriatras de los centros de capacitación del Instituto y una extensa cantidad de técnicos que se dedican a la Geroprofilaxis (rama encargada de impulsar y promover una cultura preventiva para una vejez saludable). Otro aspecto importante de esta institución es que ahí se inició formalmente la especialidad de geriatría en 1986, empezándose a formar especialistas en la atención de los adultos mayores y después capacitando a médicos y personal de la salud de primer nivel. Se calcula que actualmente existen 200 geriatras en el país, pero por el porcentaje de la población derechohabiente se requeriría disponer de mil 800. Los sitios donde se forman estos especialistas son contados, entre los que figuran los hospitales Adolfo López Mateos del ISSSTE (pionero), Hospital General de México de la Secretaría de Salud (SSA), Hospital Español y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

f. Secretaría de Salud (SSA)

La misión de esta institución es la de “contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana”. Por lo que la protección de la

salud deja de ser tomada como una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para constituirse en un derecho social. Por lo que se debería ayudar a que cada generación tenga oportunidades. Por lo que se plantea que para el año 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su afiliación laboral, que a su vez, garantizará el acceso a éste servicio. Atendiendo de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo de reducir lo más posible las dificultades en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población. A continuación se presentan dos tablas (8 y 9) que indican el número de personal que labora en las diferentes instituciones de salud.

Tabla 8. Enfermeras Y Profesionistas Por Especialidad 2003

NIVEL	ENFERMERAS	TRABAJADORES SOCIALES	PSICÓLOGOS	OTROS
NACIONAL	67,569	1,708	1,227	3,805
	TOTAL: 67,569	TOTAL: 6,740		

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

Tabla 9. Personal médico en contacto con el paciente por especialidad, 2003

Nivel Nacional	General y familiar	Pediatra	Gineco-obstetra	Cirujano	Internista	Odontólogo	Otros especialistas
TOTAL	16,146	2,672	2,336	2,172	1,191	3,508	8,298

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

Como observamos a lo largo del capítulo, son escasos los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría cuyo objetivo sea la preservación funcional del paciente mayor. La carencia de personal y de servicios especializados de geriatría en las instituciones de salud pueden propiciar una atención inadecuada con resultados negativos tanto para los pacientes como para sus familiares, así como mayores esfuerzos y una derrama excesiva de recursos

financieros. Por lo que el cuidado adecuado se traduce en satisfacer necesidades sin incurrir en consecuencias adversas, para permitir que el paciente disfrute de un estilo de vida lo más normal posible. Pero para esto se requiere de la integración de una atención médica y social. Para muchos, el cuidado informal ha sido y seguirá siendo la base de la atención a largo plazo. En muchos casos, la familia es la primera línea de apoyo.

Por lo que en un programa ideal de atención se debería mantener a las personas de edad avanzada en casa, esto sí, dependiendo de su núcleo familiar ya que esto tiene su contraparte, se puede encontrar que la familia no es la mejor opción a las necesidades de los ancianos y en lugar de lograr un beneficio ocurre lo contrario, a pesar de que esta etapa supone la adquisición de un papel especial donde se le demuestra respaldo y compañía. Pero todavía en la actualidad es común que los ancianos continúen internados en diversos establecimientos una vez que los problemas de salud que han causado la internación han sido resueltos. En el análisis de los diagnósticos de ingreso se puede encontrar que la mayoría de estas personas han sido institucionalizadas, por procesos degenerativos (afecciones mentales), metabólicos (diabetes con sus secuelas), alteraciones de la vista, oído, caídas y accidentes, que los conducen con frecuencia a presentar varias patologías a la vez, cronicidad e invalidez. Las frecuentes alteraciones funcionales, sumadas a trastornos y situaciones socio-familiares conflictivas agravan la enfermedad por su gran interrelación.

Se destaca que la depresión y demencia no son padecimientos diagnosticados ni tomados en cuenta dentro de los programas de las distintas instituciones de salud, lo cual es imprescindible, ya que su descuido podría agravar otras enfermedades que pudiera padecer. En este sentido las políticas de salud para este grupo de adultos mayores deberían orientarse hacia la gerontología preventiva, la cual podría detectar tempranamente las alteraciones funcionales en los ancianos, de índole física, mental o social, ya que detrás de ellas suelen existir una serie de procesos patológicos no diagnosticados ni tratados que pueden mejorar o curar en un elevado porcentaje de casos, si son abordados adecuadamente. Si bien el deterioro es inevitable en muchos enfermos crónicos, el cuidado adecuado debería cuando menos demorar dicho deterioro.

En cuanto a los programas de atención, muchos de ellos consideran a estas personas como objetos, seres pasivos a los que hay que atender y cuidar y no como personas que necesitan estímulos para fomentar sus propia actividad y tener una mejor calidad de vida. Además de que muchos de ellos solamente se apoyan en actividades para que ocupen el tiempo libre, sin basarse en necesidades específicas. Esa actitud compasiva y paternalista o al contrario muy exigente y fuera de sus capacidades y habilidades les trasmite la idea de que son incompetentes e inútiles por lo que pueden acabar comportándose de acuerdo con esa apreciación. Pero lo más importante es saber si éstos en realidad se llevan a cabo abarcando áreas tan importantes como sería la social, de salud, emocional, etc, y si lo hacen qué porcentaje de personas tienen este beneficio. Evidentemente trabajar con los procesos mentales, la inteligencias y sus categorías, así como algunos aspectos más que ayuden al desarrollo íntegro de la persona, son necesarios para poder mejorar la calidad de vida, lo que hará la diferencia entre un viejo y otro.

2. La Función Del Psicólogo

Se habla mucho de los gerontólogos y geriatras pero ¿en dónde queda el psicólogo?, ¿Cuál es la importancia del trabajo de éste? Como se observa en las tablas anteriores de la Secretaría de Salud a Nivel Nacional se puede ver la gran cantidad de médicos que laboran en las diversas instituciones, sobresaliendo que entre las especialidades con mayor número de médicos no se encuentran los gerontólogos, sino que estos están en la tabla junto con otros especialistas, pero lo más alarmante es que los psicólogos en estas instituciones de salud pública tienen una participación casi nula, existiendo un gran número de médicos y enfermeras, 109,405 en total, y solo 1,127 psicólogos lo que representa el 1.02% de la población total de especialistas de la salud. Pero ¿por qué no se le reconoce su trabajo?, muchas veces es por la ignorancia de la función de éste en las diversas áreas y del beneficio que se puede obtener.

Un psicólogo puede participar en diversas áreas como la de evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento lo cual induce cambios en la conducta, pensamiento o sentimientos, consultoría, investigación, entre otros. En este caso contribuir en la prevención, tratamiento e

identificación de otros trastornos relacionados, diseñando, ejecutando y estudiando programas para ayudar a las personas en diversas situaciones, pero lo más importante tratando de lograr una mejor calidad de vida. En cuanto a la evaluación y diagnóstico, la primera es necesaria, ya que con ésta se puede obtener información de los diversos factores que influyen en la persona, con la evaluación se puede llegar a un diagnóstico el cual permite canalizar a la persona a la especialidad correspondiente para así poder elaborar un plan de tratamiento destinado a favorecer al paciente y a partir de ese momento se inicia un seguimiento.

Estas dos acciones se debería hacer en todas las instituciones, pero ¿cuántas de ellas las lleven a cabo?, y si las hacen ¿cuántas de ellas son de manera integral?, ya que como se ha mencionado en capítulos anterior las personas de la tercera edad pueden presentar más de una patología. Por lo que no hay que olvidar la importancia de un equipo multidisciplinario conformado por especialistas en rehabilitación, trabajo social, enfermería, médicos generales, geriatras y por supuesto psicólogos, para lograr una disminución de las complicaciones que pudiera presentar este grupo de personas y con esto lograr una recuperación en la medida de lo posible. En cuanto a las pruebas que podrían ayudar a la evaluación de la persona de la tercera edad podemos encontrar algunas, aunque hay que mencionar que son pocas las que están diseñadas especialmente para este grupo de personas como:

- Historia Clínica Geronto-Geriátrica: la cual evalúa aspectos de la situación bio-psicosocial del paciente.
- Índice de Katz de Actividades de la Vida Diaria: la cual determina la independencia del paciente por medio de preguntas sencillas.
- Índice de Barthel: que determina la independencia o dependencia del paciente por medio de preguntas sencillas.
- Escala de Satisfacción Filadelfia: que proporciona el grado de satisfacción de la persona acerca de su vida.
- Escala de Carga de Zarit- Entrevista sobre la carga del cuidador: para saber el sentir del cuidador hacia la persona que se cuida.
- Evaluación de la Marcha y el Equilibrio, que evalúa lo que se menciona.

- Laminas de Medición del Estado Funcional Coop/Wonca: que mide el estado funcional del paciente.
- Test del Dibujo del Reloj: que determina el estado neurológico del paciente.
- Escala de M.G.H. Calidad de Vida: señala la calidad de vida que el individuo tiene por medio de una evaluación de sus actividades y sentimientos diarios.
- Escala de Depresión de Yesavage y de Zung: mide el nivel de depresión de la persona mayor.
- Evaluación de la Vida Cotidiana Flores et al (UNAM-ISSSTE): describe de manera general la situación actual del paciente en el área bio-psicosocial.
- Test de Hamilton: da nivel de estrés, ansiedad y depresión de la persona.
- Neuropsi. Evaluación Neuropsicológica: evalúa funciones cognoscitivas en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos.

Como se mencionó anteriormente son pocas las pruebas en comparación con las de otras etapas de la vida, por lo que nos hace reflexionar en cuanto a ¿qué importancia tiene este sector para la sociedad?, ¿hasta cuándo se les dará el lugar que merecen nuestros adultos mayores?, y ¿cuándo serán atendidos de manera integral?. Y lo más interesante es que de estas pruebas sólo 1 está realizada en México, las demás son de autores extranjeros, y la nacional se usa sólo en las instituciones antes mencionadas.

V. MÉTODO

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A. GENERAL

Estimular habilidades implicadas en los procesos del pensamiento del adulto mayor para incidir en su calidad de vida.

B. ESPECÍFICOS

1. Determinar las condiciones de la inteligencia de ejecución y emocional en adultos mayores.
2. Estimular a través de un taller la inteligencia de ejecución y emocional.
3. Evaluar el impacto de las actividades realizadas en el proceso de pensamiento del adulto mayor.

C. HIPÓTESIS

Para Sampieri (1991) las hipótesis indican lo que se está buscando o tratando de probar, son explicaciones tentativas del fenómeno investigado, estando formuladas a manera de proposiciones. Éstas revelan el objetivo y las preguntas de investigación para guiar el estudio, dentro de los diferentes enfoques ya sean cuantitativos, cualitativos o ambos. Las características que deben poseer son: tener una situación real, los términos deben ser comprensibles, precisos y lo más concretos posibles, asimismo las variables deben tener una relación clara y verosímil.

- Con la estimulación de la inteligencia de ejecución y emocional en las personas de la tercera edad no se da ningún incremento en sus habilidades mentales.
- Con la estimulación de la inteligencia de ejecución y emocional en las personas de la tercera edad se da un incremento en sus habilidades mentales.

El método se refiere al plan o estrategia creada para obtener información, éste señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar los objetivos planteados y para contestar las interrogantes de conocimiento que se ha planteado (Hidalgo, 1992). Existen dos tendencias: la cuantitativa y la cualitativa.

A. Método cuantitativo

Este método experimental es uno de los más utilizados en las ciencias duras y que fue adoptado por el Análisis Experimental de la Conducta desde su surgimiento. Este está compuesto por una serie de pasos que se deben seguir cuidadosamente para obtener resultados veraces y confiables. Se apoya en un procedimiento hipotético-deductivo donde el investigador formula una hipótesis tentativa de aproximación al objeto de estudio. Define operacionalmente sus objetivos y diseña condiciones de observación sumamente controladas para recoger evidencia empírica que le permita confirmar o rechazar hipótesis. Si los datos recogidos confirman la hipótesis, se considera que ha establecido una relación funcional de un valor predictivo. Si se rechaza, el investigador puede proponer una nueva hipótesis para que se trabaje en otro momento, con lo que se puede ampliar la línea de investigación. (Silva, 2003)

B. Métodos cualitativos

Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las hipótesis surgen como parte del proceso de investigación que es flexible. Su propósito consiste en reconstruir la realidad (Hernández, 2003). Entre los enfoques podemos encontrar: el método hermenéutico, fenomenológico, naturalista, etnográfico y el de investigación acción.

Investigación-Acción

La investigación-acción no es sólo investigación, ni sólo acción, implica la interrelación de las dos y en la última esta inmersa la participación que da como resultado una reflexión e investigación continua, no sólo para conocer sino para transformar, también abarca un proceso de comunicación y retroalimentación entre los sujetos de la investigación, donde la

planificación, toma de decisiones y la ejecución es un compromiso a nivel individual y colectivo. El investigador como los participantes tienen conocimientos que son el producto de la práctica y la experiencia, que permiten transformar tanto al sujeto como al entorno y a sistematizar las experiencias para ir generando un proceso de cambio, transformando modelos de vida, formas de agruparse, manera de intervenir, entre otros. (Loginow,2005). En este método se considera al sujeto con existencia propia, enmarcado en un contexto histórico, cultural y social, compartido colectivamente, que lo diferencia de otros sujetos sociales y por lo tanto con características propias que le permite construir su propia realidad.

Por lo tanto el investigador se une temporalmente a la comunidad de la que trata su investigación y, con sus herramientas teóricas, la ayuda a resolver los problemas a que se enfrenta. Las ventajas de la investigación-acción según Bisquera (1989) son:

- Una solución desarrollada en el grupo suele ser mejor que la realizada por personas ajenas, porque son los miembros del grupo quienes conocen mejor el problema y sus soluciones alternativas. Aunado a esto el conocimiento del investigador, proporciona teorías generales casos similares en otras comunidades, por lo que se hace posible encontrar una solución al problema. Y con esto el grupo también será capaz de reconocer los problemas y tratarlos por sí mismo en el futuro.
- Una solución encontrada por el grupo mismo será más agradable para él que una hallada por un extraño; el grupo estará más dispuesto a trabajar por algo propio y a comprometerse con ello.
- Según este autor, por los dos argumentos el método de investigación-acción es con frecuencia más eficaz que las otras alternativas cuando se tratan los problemas en un grupo.

Por estas razones se consideró que para lograr los objetivos de este estudio el método de Investigación-Acción era el idóneo.

MOMENTOS DEL ESTUDIO

A. FORMACIÓN DEL INVESTIGADOR

En toda investigación un punto importante es la formación teórica y metodológica del investigador. En esta experiencia, se llevó a cabo a través de un curso – seminario donde se realizaron las lecturas necesarias y que vinculadas con los intereses personales, permitieron seleccionar el tema, “ la tercera edad con sus múltiples problemáticas por las que atraviesan esta población”. Así la información, la reflexión y el análisis permitieron construir el objeto de estudio: “**la tercera edad y el deterioro del pensamiento y de su estado emocional**”. Del planteamiento anterior surgió la siguiente pregunta, que eje central de esta investigación. ¿Qué sucederá si a los ancianos se le estimularan estas funciones?

Con todo lo anterior se empezó a buscar la bibliografía para tener bases para sustentar los requerimientos para construir el objeto de estudio, sin embargo lo decepcionante fue que hay muy poca información de este tema y la que se encontró fue de autores extranjeros, en especial españoles. Después de esto se procedió a la construcción de las categorías, los objetivos tanto generales como específicos, así como seleccionar el método adecuado y la forma de evaluarlo.

B. CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS

Las categorías con las que se determinaron trabajar, surgieron de los 2 tipos de inteligencia, de ejecución y emocional, con sus respectivas subcategorías.

1. INTELIGENCIA DE EJECUCIÓN

Es la capacidad de coordinar movimientos gruesos y finos para llevar a cabo una actividad.

SUBCATEGORÍAS:

***Coordinación visomotora:** es la capacidad de combinar movimientos motores con actividad visual.

***Tiempo de Reacción:** es el lapso que la persona tarda en responder a un estímulo.

***Ensamble de objetos:** es la capacidad para unir dos o más piezas encajando una en otra.

***Coordinación motriz:** es la capacidad de unir movimientos tanto finos como gruesos para realizar una actividad específica.

2. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Es la capacidad para controlar emociones, racionalizarlas y dar una respuesta asertiva.

SUBCATEGORÍA:

***Racionalización:** es la capacidad para actuar frente a una situación adecuadamente y distinguir entre lo bueno y lo malo.

***Memorización:** es la capacidad de evocar información que llega a los sentidos.

***Resolución de conflictos:** es la capacidad de analizar una problemáticas para llegar a un arreglo.

C. SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos seleccionados fueron:

1. CUANTITATIVOS

a. Test Gestáltico Visomotor (Laureta Bender)

Con la finalidad de evaluar el grado de deterioro cerebral y emocional en la población, se eligió el Test Gestáltico Visomotor, que fue evaluado bajo los lineamientos de Pascal y Suttell ya que esta escala está dirigida para persona de 15 a 60 años. (Apéndice 1) Esta técnica de evaluación facilita la diferenciación entre paciente psiquiátrico/ no paciente. Para determinar si algunos de los lóbulos cerebrales presentaba alguna posible alteración se basó en el cuadro “Posible localización de lesión cerebral” (Apéndice 2), comparando los errores de la prueba para determinar el lóbulo implicado. En cuanto a la parte cualitativa, los indicadores conductuales se refieren a las manifestaciones verbales, motoras, actitudes y métodos de trabajo que realizó la persona mientras realizaba la aplicación. (Apéndice 3)

b. Test del Dibujo del Reloj

Esta prueba ayuda a determinar si hay un deterioro cognitivo, siendo las puntuaciones altas un signo para descartar éste, en este caso 10 puntos para cada una. Esta prueba se aplica en dos fases: (Apéndice 4)

- A la orden (TRO)
- A la copia (TRC)

2. CUALITATIVOS

Para evaluar el proceso grupal que impactó en la “inteligencia emocional” se utilizaron los vectores del cono invertido de Pichón Riviere y un Cuestionario de Evaluación de Emociones.

➤ Vectores del Cono Invertido (Pichón Riviere)

En este caso se realizó un registro anecdótico (Apéndice 5), analizando en cada una de las sesiones los vectores en cuestión, para al final hacer un análisis general del proceso.

➤ Cuadro de Evaluación de Emociones

Con el cuadro pudimos saber cual era el sentir de cada persona a nivel emocional lo que nos dio la pauta para tener una base de los problemas o dificultades presentes en el grupo y así trabajar en ellas. (Apéndice 6)

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 15 personas de la tercera edad cuya edad fluctúa entre los 50 y los 82 años que asisten actualmente a un grupo organizado en una Clínica de Especialidades del ISSSTE. La antigüedad de los participantes es variada. Algunos tienen entre tres y cuatro años y otros acaban de incorporarse. Dentro de su proceso, han trabajado temas relacionados con la parte emocional, entre éstos están “las pautas para la calidad de vida”, “manejo de estrés”, “depresión”, “relaciones constructivas y relaciones destructivas”,

entre otros. Las personas asisten también otros días que son los lunes y miércoles en un horario de 9:00 a 11:00 am, en el primer caso se realizan actividades relacionadas con el área de socialización bajo el cargo de una enfermera gerontóloga y los viernes por las tardes se realizan diversas actividades y revisan algunos temas relacionados a la salud (alimentación, higiene, etc.) todo esto bajo la responsabilidad de un médico.

2. APLICACIÓN DEL TALLER

Al taller se le considera “como un espacio para reflexionar, pensar y construir, donde nada está hecho y todo está por edificar” (Flores, y García, v 1997), para que las personas pudieran desarrollar actividades de acuerdo a cada categoría, se organizó un programa (Anexo1) que se realizó en siete sesiones de dos horas cada una, una vez por semana. Los ejercicios seleccionados se diseñaron de menor a mayor grado de dificultad para no generar frustración que afectara a la autoestima de los ancianos. El taller se organizó en tres partes: Pre-evaluación, ejecución de ejercicios y pos-evaluación.

1. *Pre evaluación:* En la primera sesión el objetivo principal fue el de dar a conocer las características del taller, su función, además de un encuadre, enfatizando la puntualidad, el respeto dentro del grupo y la participación de cada uno, teniendo en cuenta que toda actividad realizada era para beneficio de cada participante. Se aplicó un pre-test que consistió en dos pruebas que fueron el Test Gestáltico Visomotor de Bender y el Test del Dibujo Reloj lo cual nos ayudó a determinar las necesidades básicas del grupo. La primera prueba tuvo una duración entre 30 y 40 minutos, por su parte la segunda duró 25 minutos aproximadamente. Para la parte cualitativa evaluada por los vectores de Pichón Riviere se comenzó con la observación de la dinámica grupal en cada una de las sesiones, que se continuó hasta el final de la intervención por lo que fue un estudio sistemático y longitudinal.

2. *Ejecución de ejercicios:* En las siguientes cuatro sesiones se realizaron los ejercicios que estimularían cada categoría siendo: inteligencia de ejecución (rompecabezas, collages, manotazo, colores, memorama, bolitas de papel, laberintos, claves) y en la inteligencia emocional (exposición de casos, explicación de collages y cuadro de evaluación de emociones) (Ver Anexo 1). Asimismo se observó y se analizó el proceso grupal a través de los Vectores del Cono Invertido de Pichón Riviere: cohesión, pertenencia, adhesión del grupo, los cambios o mantenimiento de habilidades, la aparición de obstáculos, solución de éstos, sus limitaciones y la utilización de recursos para superarlas. A lo largo de estas sesiones se fue incrementando la dificultad de las actividades.

3. *Pos Evaluación:* En esta fase se fue preparando al grupo para el cierre del taller, así como la culminación del trabajo grupal que se llevó a cabo durante las sesiones anteriores, se aplicó nuevamente la batería de pruebas para determinar si se dio un incremento o mantenimiento de las habilidades mentales. En la parte cualitativa se observaron los cambios en la parte emocional y en cuanto al cono invertido de Pichón Rivière se analizaron los resultados de forma integral.

F. RETROALIMENTACIÓN

Con los tests ya evaluados se les dio una retroalimentación a cada persona acerca de los resultados obtenidos en sus dos aplicaciones, haciendo sugerencias de diversas actividades que podrían seguir realizando para el mejoramiento de alguna área en específico. Además de otorgárseles un diploma como reconocimiento del esfuerzo y compromiso que tuvieron tanto con la institución como con los coordinadores, pero sobre todo con ellos mismos.

VI. RESULTADOS

Con el fin de determinar el estado y el posible aumento de las habilidades de ejecución y emocional, se realizó un taller de estimulación, el cual se evaluó de dos maneras, en forma cuantitativa a través de la batería de pruebas que se aplicó en dos fases, un pre-test y un post-test, y en forma cualitativa por medio de los vectores del cono invertido de Pichón Rivière. Encontrándose los siguientes resultados.

CUANTITATIVOS

La parte cuantitativa se manejó en dos etapas como se mencionó anteriormente, un pre-test y un post-test, aplicándose una batería conformada por dos pruebas, el Test Gestáltico Visomotor de Bender y el Test del Dibujo del Reloj, lo que llevó a los siguiente resultados:

TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER

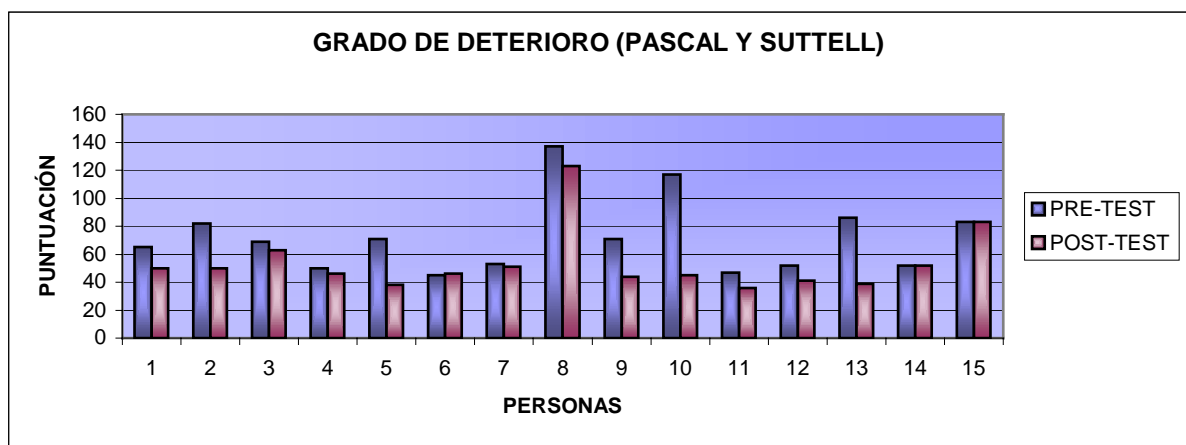
En cuanto a esta prueba, se aplicó para detectar posibles lesiones de tipo orgánico y perturbaciones funcionales, se calificó con la escala de Pascal y Suttell que está enfocada a adultos, la cual determina que mientras mayor puntuación se obtenga, mayor será la perturbación que se tiene. A continuación se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA

La prueba se aplicó a 15 adultos mayores. Como se puede apreciar en la gráfica 1, las puntuaciones del pre-test van desde 45 a 137 puntos, lo que para la escala de Pascal y Suttell representa 2 personas con un indicador de “no paciente”, 8 como “dudoso” y 5 como “paciente psiquiátrico”. El promedio de esta primera aplicación fue de 72 lo que corresponde a un diagnóstico de “dudoso”. Haciendo una aclaración en cuanto a la puntuación más alta que corresponde a la persona número 8 la cual tiene problemas de visión por lo que se le dificultó la realización de la prueba. Al término del taller se repitió la prueba y se obtuvieron los

siguientes resultados, la calificación más alta fue de 123 (límite entre paciente y no paciente), y la más baja de 36 (no necesita atención psiquiátrica), en cuanto al promedio fue de 53.8 lo que corresponde a “dudoso” al igual que el promedio anterior, con una disminución de 18.2 puntos, que significa según la tabla de puntuaciones un término de dudoso, lo que nos lleva a pensar en la eficacia de la estimulación para obtener buenos resultado. Repitiéndose el caso del problema de visión lo que llevó a que se obtuvieran puntuaciones altas.

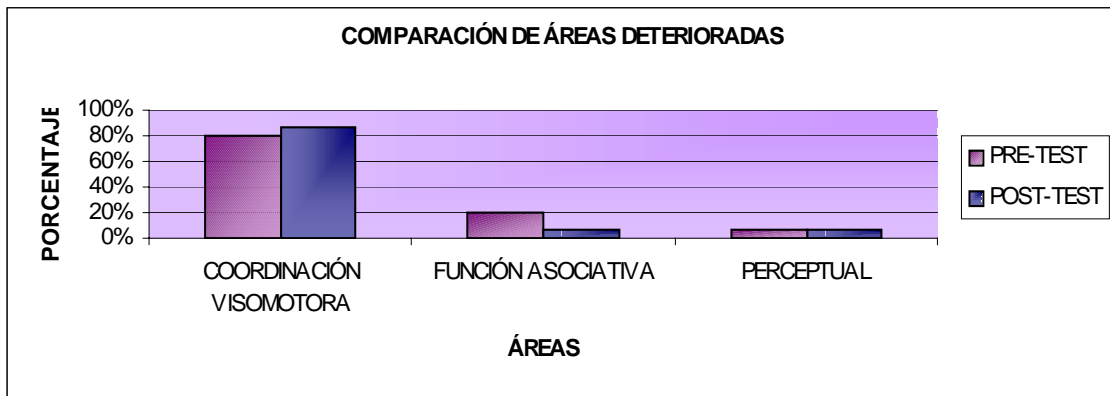
Gráfica 1. Comparación de puntuaciones totales obtenidas en el pre-test y post-test



ÁREA DETERIORADAS

En el pre-test las áreas que salieron afectadas fueron en primer lugar la coordinación visomotora en un 80%, siguiéndole la función asociativa con un 20% y el área perceptual 6%, lo que hace referencia a la dificultad para realizar esta prueba. Para la segunda aplicación hubo un cambio en cuanto a la coordinación visomotora ya que fue el área más afectada con un 86%, que podría ser por la falta de interés como en la primera aplicación para hacer la prueba lo mejor posible, por la ansiedad o cambios a nivel emocional por el término del taller, también teniendo en cuenta que ésta área se dificulta más por los cambios propios de la edad, ya que se va perdiendo visibilidad y por la atrofia de los músculos por falta de ejercitación. el área que disminuyó fue el de la función asociativa en 6% y se mantuvo el área perceptual con el 6%.

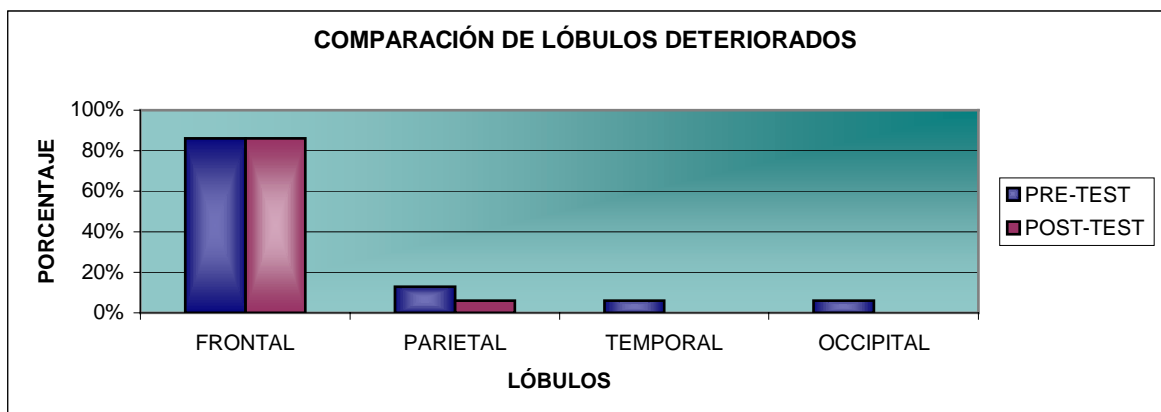
Gráfica 2. Comparación de porcentajes de áreas con deterioro en el pre-test y post-test



LÓBULOS DETERIORADOS

En la gráfica 3, se observa que el lóbulo más afectado fue frontal 86% que es importante para los procesos mentales básicos, después el parietal con 13% en donde se registran y analizan mensajes provenientes del exterior e interior del cuerpo, temporal 6% donde se define que información se registra y cual no y para terminar el occipital 6%, asociado con la visión. Para el post-test el lóbulo con mayor deterioro fue de nuevo el frontal con 86% lo que concuerda con los problemas que enfrenta la persona de la tercera edad donde la memoria, pensamiento, entre otros se ve más afectados, y en menor grado el parietal con 7% menos. Con la aplicación del taller se trabajaron actividades que pudieron estimular los otros lóbulos por lo que no aparecieron datos en la segunda aplicación de la prueba.

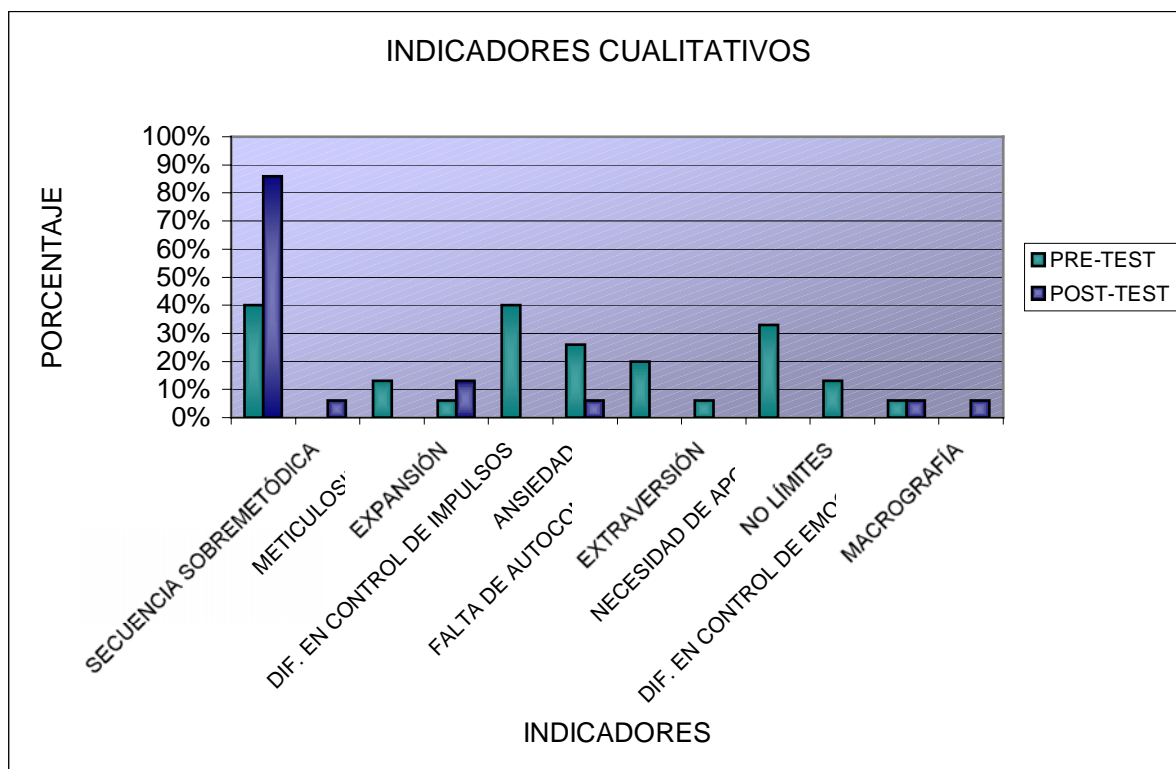
Gráfica 3. Comparación de porcentaje de los lóbulos deteriorados en el pre-test y post-test



EVALUACIÓN CUALITATIVA

En esta evaluación se encontró como lo muestra la gráfica 4, que el indicador con más problema fue la dificultad en el control de impulsos, siguiéndole necesidad de apoyo que concuerda con la falta de atención a este sector de la población, ansiedad que pudo ser por ser un reto más, falta de autoconfianza por sentirse como personas que ya no tienen capacidades para realizar nuevos retos, y falta de límites, además de una secuencia lógica, entre otros. Para el post-test hubieron menos indicadores teniendo un 86% la secuencia lógica, lo que podría ser indicador de un orden en su vida, expansión por una mayor seguridad, ansiedad aunque en menos porcentaje, dificultad en el control de las emociones y macrografía, lo que se puede indicar que a nivel personal mejoraron.

Gráfica 4. Comparación de porcentajes de los indicadores cualitativos en el pre-test y post-test



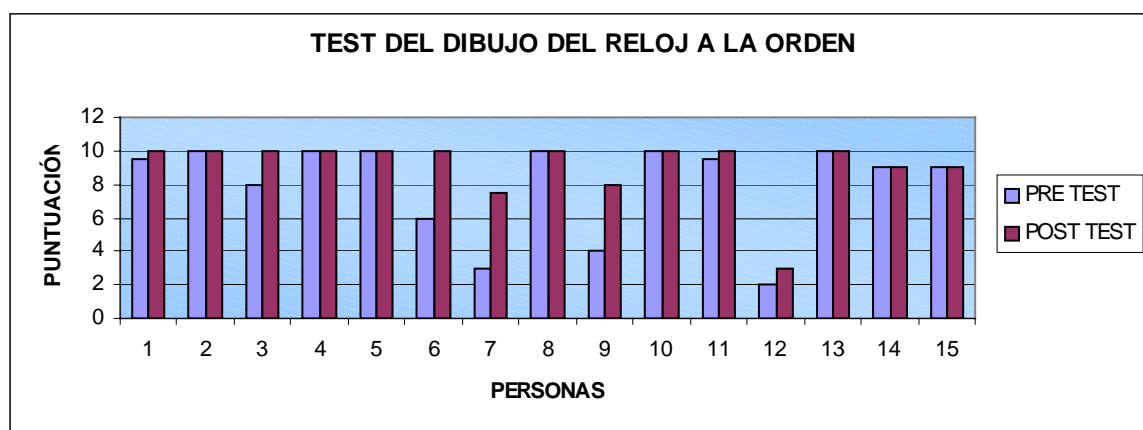
TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

En cuanto a esta prueba, fue aplicada porque está diseñada para valorar el deterioro cognitivo en las personas mayores, constó de dos fases; el test del dibujo del reloj a la orden y test del dibujo del reloj a la copia, siendo la puntuación más alta para cada una 10, en total 20 puntos. De los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

1. TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ A LA ORDEN

Como se observa en la gráfica 5, de las 15 personas, 6 obtuvieron el puntaje más alto tanto en el pre como en el post-test, hubo una gran mejoría en 4 personas, tal vez por el conocimiento de la prueba. Esto nos indica que las personas tuvieron buena comprensión ya que no se tuvo como en la segunda aplicación una guía del dibujo a realizar.

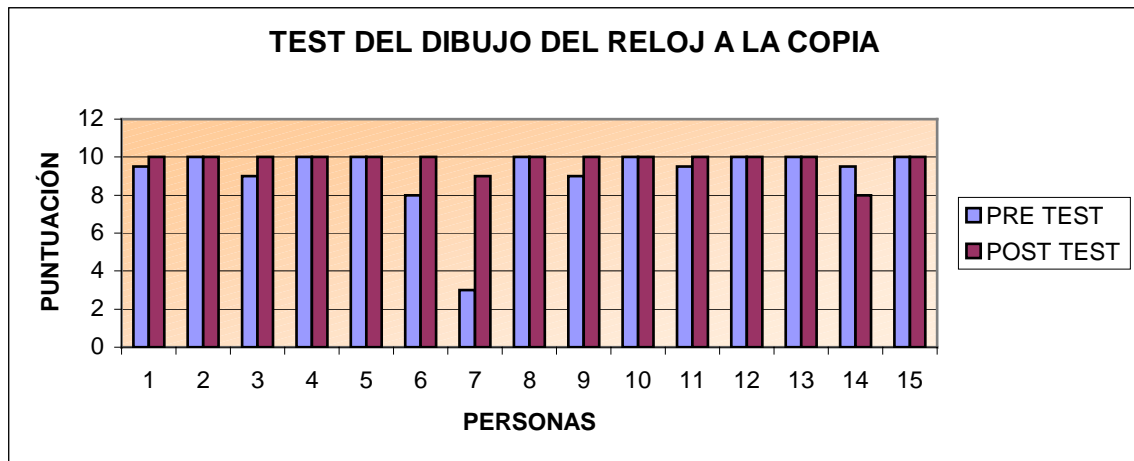
Gráfica 5. Comparación de pre y post test del dibujo del reloj a la orden



2. TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ A LA COPIA

En la gráfica 6 hubo una mejoría notable en cuanto a que para la segunda aplicación 8 personas obtuvieron los 10 puntos y los mantuvieron al término del taller, 6 de ellas mejoraron, sobretodo el sujeto 7 que al principio tuvo 3 puntos aumentó 6 puntos, y solamente una persona disminuyó en un punto lo que podría ser porque no se puso el empeño requerido como en la primera etapa que era importante hacerlo lo mejor posible.

Gráfica 6. Comparación de pre y post test del dibujo del reloj a la copia

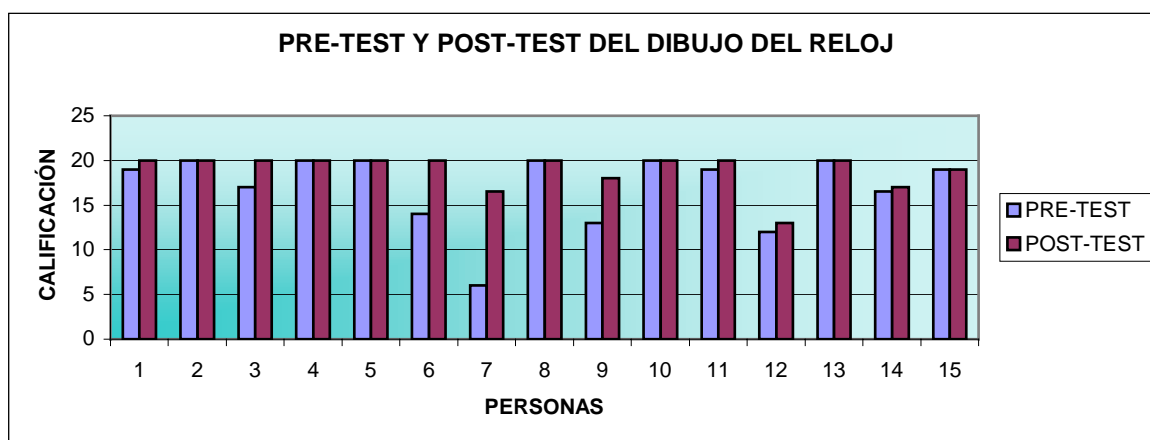


COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES

Como podemos ver en la gráfica comparativa 7 se juntaron las dos aplicaciones tanto del dibujo del reloj a la orden como a la copia, siendo 20 la puntuación más alta, con esto nos damos cuenta que 6 personas obtuvieron un buen desempeño en la prueba, 7 se mantuvieron con la misma puntuación y las otras 8 personas mejoraron. Lo que indica que hubo una estabilidad y en cuanto a las demás si hubo una mejoría. Con las puntuaciones altas nos percatamos que los asistentes al taller no presentan un deterioro cognitivo.

Hay que hacer mención que solamente se obtuvo una baja calificación que en este caso fue de 6 puntos que como en las gráficas anteriores es de una persona con dificultad en la visión, que en el post-test aumentó 10.5 puntos. El promedio de calificaciones en el pre-test fue de 17.03 y 18.9 en el post-test, lo que da como resultado un mejoramiento de 1.87 puntos. Lo que demuestra que la intervención pudo mejorar el desarrollo de la segunda prueba para llegar al resultado final y demostrar que no presentan deterioro cognitivo.

Gráfica 7. Comparación de calificación del pre-test y post-test



CUALITATIVOS

Como el método elegido para esta investigación se basó en el procedimiento investigación-acción, se analizaron los cambios que hubieron a nivel grupal de acuerdo a los vectores de Pichón Riviere, resultando lo siguiente:

VECTOR	INICIO	FINAL
<p>AFILIACIÓN: primer momento del proceso grupal, aquí se da el reconocimiento de los otros.</p>	<p>Se dio en dos momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un grupo de personas ya se conocían tiempo atrás 2. El otro grupo eran nuevos 	
<p>TELE: disposición o no de trabajar con otro miembro dentro del grupo (positivo o negativo)</p>	<p>Hubo disposición a trabajar con sus semejantes desde el principio, aunque a veces había distinción entre amigos.</p>	<p>El tele positivo se mejoró ya que en las diferentes actividades era importante la realización de trabajos en equipo.</p>
<p>PERTENECIA: ser parte del grupo.</p>	<p>Algunas personas eran nuevas en el grupo, y lograron sentirse parte del gran equipo que se formó. Aunque eran unidos, había cierta distancia entre ellos, se agruparon según sus amistades anteriores.</p>	<p>El equipo terminó, cambiando puntos de vista y respetando la historia personal de cada uno.</p>

<p>PERTINENCIA: cuando el grupo se centra en la tarea preescrita y en el establecimiento de ésta.</p>	<p>Aunque al principio hubo un sabotador al no querer realizar las tareas dejadas para practicar ciertas habilidades, el grupo se esforzó por llegar a la meta.</p>	<p>Participaron en las actividades, también llevando material para compartir con los compañeros como trabalenguas, rompecabezas, memoramas.</p>
<p>COMUNICACIÓN: puede establecerse con palabras, sonidos, gestos, símbolos y miradas. La correcta comunicación depende de la decodificación de los mensajes</p>	<p>Con este vector se tuvo que trabajar más porque la comunicación no se dio de manera adecuada, ya que las personas se interrumpían al hacer comentarios, no se podía llegar a una solución por la falta de atención a los propios compañeros, lo cual se retomó en todas las sesiones hasta llegar a una comunicación efectiva.</p>	<p>Al final se tuvo un espacio donde la persona pudieron comentar su problemática, sintiéndose escuchadas, además de poder tener diversas soluciones, gracias a sus propios compañeros, se respetaba el turno de cada uno, se pedía la palabra para hablar.</p>
<p>COOPERACIÓN: contribución al trabajo en torno a la tarea grupal.</p>	<p>Se inicio comenzaron como personas con n objetivo común pero no como compañeros que se podían apoyar entre ellos.</p>	<p>Se logró integrar al grupo al grado que entre ellos se pudieran apoyar en las diversas actividades y entre ellos, destacando que apoyaron en la realización del taller, comprometiéndose con sus compañero, y lo más importante con ellos mismos para lograr cosas que no pensaron poder lograr por la edad.</p>
<p>COMPETENCIA: deseo de vencer los obstáculos, se compite con la tarea no con el grupo.</p>	<p>Al principio fue difícil darse cuenta de las limitaciones personales, pero con el paso de las sesiones, cada uno buscó la manera de sobrellevar los obstáculos, buscando la mejor manera de realizar sus cometidos, más que competencia con compañeros o semejantes fue contra sus propias limitaciones</p>	<p>Lo que se logró fue gracias al esfuerzo por realizar las tareas dejadas, así como la búsqueda de nuevos retos</p>

<p>ANSIEDADES BÁSICAS: en exceso paraliza la tarea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Depresiva: abandono del vínculo anterior. ➤ Paranoide: por el vínculo nuevo y la inseguridad. 	<p>Hubo mucha ansiedad por el temor de darse cuenta de la pérdida de habilidades, también por cambiar su rol de persona vieja que ya no puede hacer ciertas actividades por una capaz, así como el miedo de tener o jugar un nuevo rol, al darse cuenta que pueden lograr más cosas de las que se imaginan.</p>	<p>Esta ansiedad disminuyó y se transformó en curiosidad o ganas de proponerse nuevas metas.</p>
<p>APRENDIZAJE: proceso dialéctico que se da a través de la interacción grupal, se logra la apropiación del conocimiento como instrumento para indagar y actuar sobre la realidad. Lo importante es disponer de instrumentos para solucionar los problemas que se presentan.</p>	<p>Se dio éste de diferentes maneras, ya que al principio no creían en sus capacidades, no creían que pudieran lograrlo que se alcanzó.</p>	<p>Pudieron hacer conciencia de que pueden lograr los objetivos que se propongan, y que todos los problemas tienen solución si se buscan diferentes opciones.</p>
<p>ROLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PORTAVOZ: depositario de las tensiones y conflictos grupales. ▪ LÍDER: depositario de los aspectos positivos del grupo. ▪ COORDINACIÓN: ayudar al grupo, señalando e interpretando 	<p>En el primer caso no hubieron alguien que tuviera el rol de portavoz</p> <p>No hubo líder entre ellos,</p> <p>Varias personas tomaron la coordinación ya que llevaban actividades para realizar por lo que en ese momento cada uno llevó al grupo.</p>	<p>No se llevó a cabo ese rol</p> <p>No se concretó un líder</p> <p>Todas las personas fueron coordinadores ya que se ayudaban entre ellos para que la tarea saliera lo mejor posible.</p>

ANÁLISIS DE RESULTADOS

INTELIGENCIA DE EJECUCIÓN

Como se observó fueron dos las pruebas que se aplicaron, ya que se pensó que una sola sería muy riesgosa por las limitaciones de las personas mayores, por lo que tuvo que corroborar con ambas, sin tiempo para no limitarlos y no generar ansiedad y frustración. En cuanto a la primer prueba que fue el Test Gestáltico Visomotor de Bender se observó la mejoría entre una y otra prueba, pues los puntajes fueron menos, recordando que mientras mas bajos, el diagnóstico es mejor, por lo que lleva a pensar en la funcionalidad de la estimulación que se realizó a través del taller, ya que hubo mayor control visomotor, la calidad de la línea fue mejor, no hubieron tantos errores en la ejecución. En cuanto a las áreas que están con más problema en el aspecto orgánico fue la de coordinación visomotora como se observó en las gráficas, esto se puede corroborar con las tablas del INEGI del 2000 donde se muestra que la coordinación y la visión son las más afectadas en este sector de la población.

En lo que se refiere a los lóbulos en los dos casos el lóbulo frontal fue el que arrojó datos de deterioro, el cual desempeña una función de especial importancia en los procesos mentales superiores, además de estar implicados de forma crucial en la transmisión de impulsos a los músculos lo que se corrobora con el área visomotora en la cual se tuvo mayor problemática. Siguiéndole el lóbulo parietal que en la gráfica apareció aunque en un menor porcentaje lo que dificulta el registro y análisis de los mensajes provenientes del exterior e interior del cuerpo, además de dificultarles el reconocimiento de tamaño y forma en este caso de las fichas que se les presentaron en la prueba. Los dos otros lóbulos no se presentaron en la segunda aplicación, por lo que se podría pensar que con la estimulación mejoró el registro del estímulo y se pudo procesar mejor la información.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

En cuanto a la parte cualitativa los indicadores más sobresalientes fueron los siguientes, en la primera parte se notaba la dificultad en el control de impulsos, ansiedad, falta de autoconfianza, necesidad de apoyo, así como la dificultad de control de emociones, esto nos da una perspectiva de cómo a nivel emocional este sector se encuentra ya que como se menciona Kane (2001) llegar a la tercera edad representan cambios que afectan a la persona en todos los niveles, como son, personal, familiar, social, etc., en cuanto a la segunda aplicación se observa que la ansiedad bajó, además de los logros a nivel personal que se fueron dando en el transcurso de las sesiones, la secuencia sobremetódica así como la secuencia lógica puede ser la capacidad de organización, en cuanto a la expansión se podría interpretar como la seguridad que se obtuvo para realizar las actividades sin inhibiciones. En lo que concierne al Test del Dibujo del Reloj se pudo observar que en la primera aplicación se obtuvieron resultados satisfactorios, pero en la segunda se demostró que las personas con bajas calificaciones pudieron realizar mejor sus pruebas, lo que indica según ésta que el deterioro cognitivo disminuyó.

VII. CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación se considera que se pudo alcanzar satisfactoriamente el objetivo que dio pie a su realización ya que a través de la implementación del Taller “Estimulación a Tiempo” se logró estimular las habilidades implicadas en los procesos del pensamiento del adulto mayor para incidir en su calidad de vida y en cuanto a la hipótesis y de acuerdo a los datos arrojados por la batería de pruebas y los vectores de Pichón Riviere se pudo demostrar que con la estimulación de la inteligencia de ejecución y emocional en las personas de la tercera edad se pudo dar un incremento en sus habilidades mentales.

Hay que tener en cuenta diferentes aspectos de la tercera edad y respondiendo a la pregunta de ¿Qué les significa a estas personas llegar a una edad tan avanzada? Se podría decir según (Rodríguez, 2002) que la separación de la actividad laboral produce cambios económicos, en los patrones de conducta, en las relaciones sociales dentro y fuera de la familia. La jubilación lleva el abandono de los roles habituales en los que uno se sentía competente y seguro y si no se han aprendido nuevos roles las dificultades aparecerán. Muchos adultos mayores en este periodo se encuentran con mayor independencia, con mayor tiempo libre pero sin saber que hacer con él. La pérdida de roles pueden provocar desorientación, sentimientos de desvalimiento e inutilidad y falta de metas, lo que facilita la preocupación excesiva en sí mismos, el miedo al futuro, el tedio y la nostalgia. Por lo que se hace necesario replantear nuevas políticas de jubilación, proporcionarles contextos donde puedan aprender nuevos roles y posibilitarles nuevas formas de participación social que alimenten su sentido de utilidad.

Hay muy poca literatura en donde se pueda encontrar la idea de la importancia de la estimulación a este sector de la población, ya que es más frecuente hallar información dedicada solamente a los cambios físicos, emocionales y cognitivos que se presentan, pero no la forma de contrarrestar o retardar estos cambios naturales. Por eso se demuestra con esta investigación que estimular habilidades les puede ayudar a superar los sentimientos de inseguridad que presentan y a mantenerse jóvenes, entendido en el sentido de tener metas de corto, mediano y largo plazo, obligándose a probarse a sí mismos y a enfrentarse a nuevas coyunturas y retos. Con los resultados obtenidos se puede observar que es cierto que en

las personas de la tercera edad se van atrofiando habilidades, en este caso por la falta de ejercitación y por los problemas emocionales antes mencionados, pero que a través de la estimulación de ciertas habilidades es posible que las personas las mantengan o incluso aumenten esa capacidad para realizar diversas actividades, esto les llevará a que su vida tenga sentido y valdrá la pena vivir más tiempo.

Siguiendo lo que nos menciona González (2001) para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad es necesario algunos aspectos:

- Centrar los estudios gerontológico en aspectos que favorezcan que las personas de esta edad puedan afrontar con expectativas positivas esta etapa.
- Luchar contra los estereotipos y las etiquetas negativas que existen en la sociedad y que son muy difíciles de combatir.
- Proporcionar formación académica adecuada a los diferentes especialistas que tienen que ver con esta población.
- Sensibilizar a la sociedad para que esta etapa tenga más presencia social.

En resumen, la senectud no tiene edades precisas no es un grupo homogéneo que presente inactividad, demencia o invalidez; al contrario, es un grupo de gran heterogeneidad demográfica, biológica, psicológica, social, cultural y económica, con desigualdades profundas. Sólo una minoría de los ancianos es inválida, inactiva o demente, y como se vio, a veces son las jubilaciones anticipadas o la inactividad las que provocan la inadaptabilidad y la angustia que predisponen la aparición del proceso de envejecimiento. (Cerejido, 1999)

Con la investigación realizada se podrán encontrar diversos aspectos positivos del entorno en el que está insertado la persona mayor, por ejemplo en la sociedad se podrán eliminar los prejuicios y estereotipos que se han creado en torno a este sector, logrando la aceptación como personas valiosas que pueden ser aún productivas en diferentes áreas, además de ayudar al replanteamiento de la edad pertinente para la jubilación y la creación de campos laborales y recreativos, porque los resultado obtenidos fueron solo a corto plazo, en 7 sesiones se dio un avance significativo, lo que lleva a preguntarnos que pasaría si se realizara en un periodo más

amplio, con actividades más específicas y a un sector más amplio. En cuanto a la Psicología es un paso más en el estudio de la tercera edad ya que para muchos este sector no es tomado en cuenta, es frecuente encontrar libros sobre desarrollo que llegan a la etapa de la adolescencia y pocos a la edad adulta, pero más difícil es la última etapa de la vida, al igual que las investigaciones de tesis, tesinas, entre otras, otro aspecto interesante es la participación del psicólogo con este sector, en actividades como: evaluación, diagnóstico, seguimiento, además de la elaboración de programas, y ejecución de talleres derivados de las necesidades requeridas por cada grupo de personas y no sólo como una forma de mantenerlos ocupados, sino que también puedan aprender y demostrarlo.

Finalmente en cuanto a las instituciones con la aplicación de estos talleres, se podría bajar la incidencia de personas que asisten a servicios médicos ya que muchos de sus padecimientos son generados por problemas a nivel emocional, como se mencionó anteriormente, lo cual representaría un menor costo al Sector Salud y sobre todo al Gobierno ya que como se mencionó el crecimiento es muy rápido y no se podrá sustentar los gastos que implican. Pero lo más sobresaliente es que con la implementación de estrategias a través de ejercicios sencillos para que el deterioro natural no sea tan rápido, y demostrando que aún son capaces de tener una vida productiva y una mejor calidad de vida en un corto, mediano y largo plazo. Todo esto generando un aumento en su autoestima y creando seguridad en sus capacidades lo cual llevará a que sean más independientes, no se aíslen y participen activamente tanto con familiares como personas cercanas que integran su círculo social.

VIII. REFERENCIAS

- Anzieu, D. (1997) *La Dinámica de los Grupos Pequeños*. España: Biblioteca Nueva
- Aragón, L., Silva, A. (2002) *Fundamentos de la Evaluación Psicológica*. México: Pax
- Araneda, D. (1995). *Nunca es Tarde para Aprender*. Revista Tiempo Seguro N°42, Santiago de Chile.
- Baron, R (2001) *Psychology*. Estados Unidos: Allyn and Bacon.5ª Edición.
- Bazo, T. (1999) *Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bisquera, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Guía práctica. Barcelona: CEAC
- Berryman, J. (1994) *Psicología del Desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Brailowsky, S. (2000). *El Cerebro Averiado*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cerejido, M. (1999) *El Envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI.
- Craig, G (2001) *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall
- Cratty, B (2002) *Desarrollo Intelectual: juegos activos que lo fomentan..* México: Pax. 9ª Reimpresión.
- Cueli, J (1990) *Teorías de la personalidad*. México: Trilllas. 4ª Reimpresión
- Davidoff, L. (1993). *Introducción a la Psicología*. México: McGraw-Hill. 3ª Edición.
- Degroot, J. (1993) *Neuroanatomía Correlativa*. México: Manual Moderno. 9ª Edición.
- De la Serna, I. (2000) *Manual de Psicogeriatría Clínica*. España: Masson – Salvat Medicina.
- Díaz, I. (2000) *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax
- Ferldman, R. (2002). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Ferrey, G (1994). *Psicopatología del Anciano*. Barcelona: MASSON.
- Friedrich, D (1994). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.
- Fustinoni, J., (1997) *Neurología en Esquemas*. Argentina: Médica Panamericana. 1ª reimpresión.
- García, M. (1994) *Ancianidad, Familia e Institución*. España: Amarú.
- Gardner, E. (1970) *Fundamentos de Neurología*. México: Interamericana. 5ª Edición.
- Goldman, H. (2001) *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.

- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- González, C. (2001). *Cambios en la vejez y calidad de vida: la satisfacción de necesidades psicológicas básicas y el desarrollo de competencias*. En: Orduna, G. *Gerontología Educativa*. España: Ariel.
- González, J. (1999) *Dinámica de Grupos: técnicas y tácticas*. Colombia: Pax
- Gonzalo, L. (2002) *Manual de Gerontología*. Barcelona: Ariel.
- Gregory, R. (2001). *Evaluación Psicológica*. México: Manual Moderno.
- Hernández R. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 3ª Edición.
- Higashida (1991). *Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill. 2ª Edición.
- Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ibarra L. (2001); *Aprende Fácilmente Con Tus Imágenes, Sonidos Y Sensaciones*; México: Garnik Ediciones.
- Ibarra L. (2001); *Gimnasia Cerebral*; México: Garnik Ediciones.
- Jiménez, F. (1993) *Gerontología 1993*. España: Masson – Salvat Medicina.
- Kalish, R. (1996) *La vejez. Perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Kane, R. (2001) *Geriatría Clínica*. México: McGraw-Hill. 4ª Edición.
- Kantowitz, B., Roediger, H. (2001) *Psicología Experimental*. México: Thomson Learning. 7ª Edición
- Kastenbaum, R. (1980) *Vejez. Años de Plenitud*. México: Harla.
- Krassoievitch, M. (1997) *Demencia Presenil y Senil*. México: Salvat.
- Laforest, J. (1991) *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Langarica, R. (1985) *Gerontología y Geriatría*. México: Interamericana.
- Lozano, A. (2000) *Introducción a la Geriatría*. México: Méndez Editores. 2ª Edición.
- Macotela, S. (2003) *Inventario de Habilidades Básicas*. México: Trillas.
- Martín, A. (1983) *Geriatría*. México: Manual Moderno.
- Mischel, W. (1988). *Teorías de la Personalidad*. México: McGraw-Hill. 4ª. Edición
- Mishara, B. (1986) *El Proceso de Envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Moragas, R. (1998) *Gerontología Social*. España: Herder

- Morris, C. (1997) *Introducción a la Psicología*. México: Pearson.
- Nicola, P. (1985) *Geriatría*. México: Manual Moderno.
- Nolte, J. (1995) *El Cerebro Humano. Introducción a la anatomía funcional*. España: Mosby/ Doyma Libros. 3ª Edición.
- Orduna, G. (2001) *Gerontología Educativa*. España: Ariel.
- Pagano, R. (1998) *Estadística para las Ciencias del Comportamiento*. México: Thomson. 5ª Edición.
- Palacios, J. (1996) *Desarrollo Psicológico y Educación*. España: Alianza.
- Papalia, D. (2001). *Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw-Hill. 8ª Edición.
- Perlado, F. (1980) *Geriatría*. Barcelona: Científico-Médica.
- Phares, J. (1999) *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno. 2ª Edición.
- Phillip, F. (1997). *Desarrollo Humano*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Pick, S., Aguilar, J. (1998) *Planeando tu Vida*. México: Ariel Escolar. 7ª Edición.
- Pyke, M. (1992) *Cómo Disfrutar una Larga Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quintanar, F (2000) *Atención a los Ancianos en Asilos y Hogares de la Ciudad de México: Ante el Escenario de la Tercera Ola*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Rice, P. (1997) *Desarrollo Humano*. México: Pearson Educación.
- Rodríguez, R. (2002) *Geriatría*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Salgado, A. (1994) *Manual de Geriatría*. España: Masson – Salvat Medicina. 2ª Edición.
- Salgado, A. (1993) *Valoración del Paciente Anciano*. España: Masson – Salvat Medicina.
- Sánchez, P. (1993) *Sociedad y Población Anciana*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Sarason, I (1986) *Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Trillas. 2ª Edición.
- Staab, A., Hodges, L. (1998) *Enfermería Gerontológica*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Van der Cammen, T. (1994) *Manual Clínico de Geriatría*. México: Manual Moderno.
- Walshe, T. (1987) *Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica*. México: Interamericana.
- Warner, K. (2003) *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez*. España: Prentice Hall.

- Waxman, S. (1998) *Neuroanatomía Correlativa*. México: Manual Moderno. 11ª Edición.
- Wicks-Nelson, R (1997) *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice Hall. 3ª.Edición.

PÁGINAS DE INTERNET

- Alcantara, A. (2004) *Mortalidad en Pacientes Geriátricos del Hospital General de México*. Disponible en la página web <http://www.insp.mx/salud/35/354-6s.html>
- Bastidas, G. (2005) *Globalización y vejez*. Disponible en la página web <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/globalizacion.htm>
- Beltrán, A. (2000) *Cuanto costaría el apoyo a los adultos mayores en el Distrito Federal*. Disponible en la pagina web <http://www.fundacion-christlieb.org.mx/boletin30-1.htm>
- Casanova, P (2001) *Deterioro cognitivo en la tercera edad*. Disponible en la página web http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2004) *¿Qué es la tercera edad?*. Disponible en la página web http://www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/fr_tercera.htm
- Gobierno del Distrito Federal.(2005) <http://www.df.gob.mx>
- González, M (2005) *El Deterioro Cognitivo en la senectud*. Disponible en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art11004
- INAPAM. (2005) <http://www.inapam.gob.mx>
- Izquierdo, T. (2004), *Pensiones, una reforma incompleta*. Disponible en la página web <http://www.economista.com.mx/>
- Laurell C. (2005) *Informe A La Comisión De Atención A La Tercera Edad, Jubilados y Pensionados De La II Asamblea Legislativa*. Disponible en http://www.salud.df.gob.mx/informe/comision_tercera_edad.html
- Loginow Norka (2005) Método de investigación-acción. Disponible en la página web <http://loginoware@cantv.net>
- Magally, S. (2001). *Más de 15 mil personas en México superan los 100 años de edad*. Disponible en la página web <http://www.cimac.org.mx/noticias/01feb/01022001.html>
- http://www.obra.com.uy/ciid/edadavan_z.htm

- Graves problemas futuros con fondos para la 'Tercera edad'
<http://www.esmas.com/negocios/300119.html>
- <http://www.insp.mx/salud/40/401-3.html>
- <http://www.salud.gob.mx>

APÉNDICE 1

TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER (TÉCNICA DE PASCAL Y SUTTELL)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

FIGURA 1

1. Línea ond. (2) _____
2. Puntos, rayas y círculos (3) _____
3. Rayas (2) _____
4. Círculos (8) _____
5. No. de puntos (2 c/u) _____
6. Fila doble (8) _____
7. Repaso (2) _____
8. Intentos (3 c/u) _____
9. Rotación (8) _____
10. Omisión (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 2

1. Línea ond. (2) _____
2. Rayas o puntos (3) _____
3. Círculos deformados (3) _____
4. No. de círculos (3) _____
5. Círculos que se tocan (5) _____
6. Desviación, inclinación (3) _____
7. No. de columnas (2 c/u) _____
8. Figura en dos filas (8) _____
9. Línea guías (2) _____
10. Repaso (2) _____
11. Intentos (3 c/u) _____
12. Rotación (8) _____
13. Omisiones (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 3

1. Asimetría (3) _____
2. Puntos, rayas y círculos (3) _____
3. Rayas (2) _____
4. Círculos (8) _____
5. No. de puntos (2 c/u) _____
6. Fila adicional (8) _____
7. Obtus. (8) _____
8. Distorsión (8) _____
9. Línea guías (2) _____
10. Repaso (2) _____
11. Intentos (3 c/u) _____
12. Rotación (8) _____
13. Omisiones (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 4

1. Curva asimétrica (3) _____
2. Curva rota (4) _____
3. Curva descentralizada (1) _____
4. Rizos (4) _____
5. Desunión (8) _____
6. Curva rotada (3) _____
7. Adiciones (8) _____
8. Temblor (4) _____
9. Distorsión (8) _____
10. Línea guías (2) _____
11. Intentos (3 c/u) _____
12. Rotación (8) _____
13. Omisiones (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 5

1. Asimetría (3) _____
2. Puntos, rayas y círculos (3) _____
3. Rayas (2) _____
4. Círculos (8) _____
5. Recta unida a punto (2) _____
6. Recta rotada (3) _____
7. No. de puntos (2 c/u) _____
8. Distorsión (8) _____
9. Línea guías (2) _____
10. Repaso (2) _____
11. Intentos (3 c/u) _____
12. Rotación (8) _____
13. Omisiones (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 6

1. Asimetría (3) _____
2. Ángulos (2) _____
3. Punto de cruce (2 c/u) _____
4. Curva agregada (8) _____
5. Doble línea (1c/u) _____
6. Añadiduras (8) _____
7. Temblor (4) _____
8. Distorsión (8) _____
9. Línea guías (2) _____
10. Repaso (2) _____
11. Intentos (3 c/u) _____
12. Rotación (8) _____
13. Omisiones (8) _____

Puntaje parcial: _____

FIGURA 7

1. Extremos separados (8) _____
 2. Ángulos adicionados (3) _____
 3. Ángulos omitidos (3) _____
 4. Punt. Lín. dispersos (3) _____
 5. Doble línea (1 c/u) _____
 6. Temblor (4) _____
 7. Distorsión (8 c/u) _____
 8. Línea guías (2) _____
 9. Intentos (3 c/u) _____
 10. Rotación (8) _____
 11. Omisión (8) _____
- Puntaje parcial:** _____

FIGURA 8

1. Extremos separados (8) _____
 2. Ángulos adicionados (3) _____
 3. Ángulos omitidos (3) _____
 4. Punt. Lín. dispersos (3) _____
 5. Doble línea (1 c/u) _____
 6. Temblor (4) _____
 7. Distorsión (8 c/u) _____
 8. Línea guías (2) _____
 9. Repaso (2) _____
 10. Intentos (3 c/u) _____
 11. Rotación (8) _____
 12. Omisiones (8) _____
- Puntaje parcial:** _____

PUNTAJES PARCIALES	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Puntaje Total: _____ Puntaje Z o Estándar: _____

NORMAS DIAGNÓSTICAS

PUNTAJE Z	INDICA
80	LÍMITE ENTRE PACIENTE –NO PACIENTE
72 O MÁS	NECESITA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
50 A 72	DUDOSO
49 O MENOS	NO NECESITA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

FIGURA 1

- Puntos, rayas y círculos: puntos y rayas, puntos y círculos, rayas y círculos, o los tres, se usan en la figura; siempre y cuando 2 más puntos sean convertidos a rayas o círculos.
- Rayas: todos los puntos (o excepto uno) deben estar convertidos a rayas.
- Círculos: igual que el ítem anterior, pero con círculos.
- Número de puntos: el número de puntos es entre 7 y 10 o más de 14, este ítem se califica. Por cada punto de menos o de más de este rango de tolerancia. La calificación es 2.
- Fila doble: la figura consta de dos filas, en lugar de una. La ‘fila doble’ se presenta cuando la persona, por falta de espacio, no puede completar la figura en una sola línea y continúa en una segunda fila (entre as dos filas completa el número de puntos de la figura).
- Omisión de parte de la figura: 6 ó menos puntos.

FIGURA 2

- Línea ondulada: la línea de círculos de hasta abajo forma una línea ondulada inequívoca.
- Rayas o puntos en vez de círculos: rayas y/o puntos sustituyen a más de la mitad de los círculos.
- Desviación en la inclinación: dos o más cambios abruptos en la inclinación y/o alineación de las columnas.
- Número de columnas: el número de columnas es menos de 9 o más de 13. Por cada columna de menos o más del rango de tolerancia mencionado, se puntúa con 2.
- Repaso (2): los círculos están tan elaborados que se convienen en grandes masas. Puede presentarse de varias formas:
 - Un sólo círculo está excesivamente trabajado y sobresale en el contexto de los demás círculos hechos con una sola línea.
 - Tres o más círculos están excesivamente trabajados difiriendo de los restantes.
 - Tres o más círculos contienen un punto, raya o círculo pequeño dentro, lo cual indica que el sujeto comenzó con una rayo o punto y posteriormente encimó un círculo grande.
 - Todos los círculos parecen ser resultado de mucha elaboración.
 - Omisión de parte de lo figura: figura formada por seis o menos columnas, o dos filas en vez de tres.

FIGURA 3

- Asimetría: pronunciada asimetría, mostrada de varias formas:
 - Espacial: el espacio entre las puntos varía marcadamente.
 - Angular hay gran disparidad entre el eje de cada ángulo.
 - Puntos: el número de puntos es desigual en cualquiera de los lados del eje.
- Número de puntos: hay más o menos de 16 puntos, rayas o círculos.
- Obtusidad: está borrado el punto de la primera fila que da pie al ángulo, por lo cual queda obtusa o curva.
- Distorsión: equivale a pérdida de la gestalt, distorsión de forma.
- Rotación: incluye la rotación de figura o de tarjeta, pero no la de hoja.
- Omisión de parte de la figura (8): una fila está completamente omitida. El ítem “número de puntos” se califica a menos que también haya desviación en el número de puntos de las líneas restantes.

FIGURA 4

- Curva asimétrica: ambas mitades de la curva están marcadamente asimétricas.
- Curva rota: hay más de una ruptura en la curva. No se califica cuando la figura está bosquejada.
- Desunión o traslape de curva y cuadro (8): la cima de a curva se separa al menos 6 mm. de la esquina inferior derecha del cuadro; o la curva traslapa dicha esquina al menos 3 mm.
- Curva rotada: modificación de la posición original de la figura en el eje vertical u horizontal.

FIGURA 5

- Modificación de la forma: cinco o más puntos convertidos en círculos
- Rotación: en 45° o más; rotación de la extensión, si apunta hacia el lado izquierdo o comienza a la izquierda del punto central del arco.
- Distorsión: conglomeración de puntos, línea recta o círculos de puntos en lugar de un arco.
- Línea guía: línea continua en lugar de puntos, en el arco, extensión o en ambos.

FIGURA 6

- Distorsión de la forma:
 - Tres o más curvas sustituidas por ángulos
 - Ninguna curva en una o ambas líneas, líneas rectas
- Integración: las dos líneas se cruzan o se cruzan en el extremo de una o ambas líneas; dos líneas onduladas entrelazadas.
- Perseveración: seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las dos direcciones.

FIGURA 7

- Distorsión de la forma:
 - Hay desproporción de tamaño de los hexágonos, estando uno aproximadamente el doble de tamaño del otro.
 - Los dos hexágonos no se traslapan o cuando lo hacen excesivamente.
 - La figura está reproducida de una forma claramente distorsionada.
- Rotación se califica cuando:
 - El hexágono lateral es rotado de tal manera que el ángulo de 30° de la figura original incrementa a 90° o decrecienta a 0° .
 - La figura completa está rotada.
 - No se puntúa si hay rotación de hora.

FIGURA 8

- Distorsión (8 por cada forma de distorsión): puede ocurrir de tres formas, cuando:
 - La figura está extremadamente desproporcionada en su radio de longitud o amplitud.
 - El diamante traspasa al hexágono en más de $1/3$ de su área; cuando el diamante es tan pequeño que cubre sólo $1/3$ de la distancia entre los lados del hexágono; o cuando el diamante es colocado en uno de los extremos del hexágono.
 - La figura se realiza de una forma claramente distorsionada.

El **Puntaje Total** se obtiene sumando las Puntuaciones Parciales de cada figura (exceptuando 'A' 1). Posteriormente se consultan la tabla, ese puntaje estándar o puntaje Z, éste a su vez se remite a la tabla de Norma diagnóstica.

TABLA DE CONVERSIÓN

PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE Z	PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE Z	PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE Z	PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE Z
1	32	39	72	77	113	115	153
2	33	40	73	78	114	116	154
3	34	41	74	79	115	117	155
4	35	42	75	80	116	118	156
5	36	43	77	81	117	119	157
6	37	44	78	82	118	120	158
7	38	45	79	83	119	121	159
8	39	46	80	84	120	122	160
9	40	47	81	85	121	123	161
10	41	48	82	86	122	124	162
11	43	49	83	87	123	125	163
12	44	50	84	88	124	126	165
13	45	51	85	89	125	127	166
14	46	52	86	90	126	128	167
15	47	53	87	91	127	129	168
16	48	54	88	92	128	130	169
17	49	55	89	93	130	131	170
18	50	56	90	94	131	132	171
19	51	57	91	95	132	133	172
20	52	58	92	96	133	134	173
21	53	59	93	97	134	135	174
22	54	60	95	98	135	136	175
23	55	61	96	99	136	137	176
24	56	62	97	100	137	138	177
25	57	63	98	101	138	139	178
26	59	64	99	102	139	140	179
27	60	65	100	103	140	141	180
28	61	66	101	104	141	142	182
29	62	67	102	105	142	143	183
30	63	68	103	106	143	144	184
31	64	69	104	107	144	145	185
32	65	70	105	108	145	146	186
33	66	71	106	109	146	147	187
34	67	72	107	110	148	148	188
35	68	73	108	111	149	149	189
36	69	74	109	112	150	150	190
37	70	75	110	113	151		
38	71	76	111	114	152		

APÉNDICE 2

POSIBLE LOCALIZACIÓN DE LESIÓN CEREBRAL

LÓBULO	ERRORES COMUNES	FUNCIÓN
FRONTAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desintegración ▪ Temblor ▪ Dificultad de cierre ▪ Dificultad de angulación ▪ Perseverancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de síntesis • Control motor de los movimientos • Motor del lenguaje articulado
PARIETAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mala distribución ▪ Amontonamiento ▪ Superposiciones ▪ Rotación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensitivas y asociación • Orientación espacial • Sensaciones orgánicas
OCCIPITAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memoria disminuida ▪ Función gestáltica alterada 	<ul style="list-style-type: none"> • Visual o reconocimiento de lo visto (memoria visual)
TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perturbación en lenguaje ▪ Desintegración ▪ Conversión por redondeles ▪ Micrografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Auditivas • Reconocimiento de palabras (memoria auditiva)

ÁREAS	CARACTERÍSTICAS
PERCEPTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación de la figura (45 grados o más) • Omisión o simplificación • Perseveración • Fragmentación
COORDINACIÓN VISOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el cierre de ángulos • Dificultad para trazar curvas • Mala calidad de las líneas (temblor) • Sobreposición
ASOCIATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboraciones • Perseveración

APÉNDICE 3

ANÁLISIS CUALITATIVOS

1. Organización.

- a) **Secuencia:** Se refiere al grado relativo de regularidad en la colocación de los diseños. Esta puede ser normal (lógica), se espera que los dibujos sean colocados en orden de izquierda a derecha o de arriba hacia abajo. En la secuencia sobremetódica, los sujetos no se permiten variación alguna sobre el orden de los diseños, un ejemplo serían los sujetos altamente obsesivos. La secuencia irregular, se refiere a la realización con variaciones notorias en el orden, sin que esto llegue a una desorganización total, se encuentra en personas con alto grado de ansiedad. Finalmente la secuencia confusa o caótica muestra una mezcla total de los dibujos en la hoja, éstos son colocados sin ningún plan aparente, se presenta en sujetos con una desorganización interna. La secuencia utilizada al reproducir las figuras, está relacionada con los patrones de organización que emplea en su vivir cotidiano, reflejando también su capacidad de planeación y su personalidad.

- b) **Uso del Espacio (Constricción vs Expansión):** Se refiere a la cantidad de espacio utilizada para reproducir los diseños: se considera constricción cuando el sujeto emplea menos de la mitad de la hoja carta para realizar los 9 dibujos. Y expansión cuando ocupan 2 hojas completas o más. El uso del espacio está relacionado con el estilo de adaptación del sujeto y se le considera un indicador de la actitud u orientación del individuo hacia el mundo. La expansión se observa en personas autoafirmativas, extrovertidas y eventualmente hostiles. Por su parte, la constricción se relaciona con conductas evitativas, introversión, pasividad y probable hostilidad encubierta.

- c) **Colisión:** Ocurre cuando dos o más figuras “chocan” entre sí (una se sobrepone a otra) o se ubican a menos de 5 mm (en cuyo caso se considera tendencia a la colisión). En general, este indicador se ha relacionado significativamente con la presencia de alteraciones a nivel orgánico de hecho, es también posible que se presente en sujetos impulsivos y abiertamente hostiles.

- d) **Segundo Intento.** Puede estar relacionado con impulsividad, personas que se dan cuenta que sus dibujos son incorrectos pero no tienen la paciencia ni el control para borrar y corregir, de tal manera que prefieren repetirlo en otro lado.

- e) **Uso de Margen.** Consiste en una colocación extremadamente rígida y ordenada de los dibujos, siguiendo éstos una línea imaginaria, por lo general en el borde izquierdo de la hoja, aunque también pueden ser alineados en el centro, o más raramente hacia el lado derecho de la misma. El uso excesivo del margen se observa en sujetos con ansiedad encubierta que pueden utilizarlo como un intento para mantener un control a través de límites externos. Las investigaciones con esta interpretación no han sido concluyentes. por tanto, se sugiere su uso sólo cuando el uso de márgen sea excesivo y vaya acompañado por otros indicadores. En algunos sujetos se ha encontrado una manifestación relacionada el uso de margen, ésta consiste en enmarcar el dibujo, es decir, reproducir la figura y también el borde de la tarjeta estímulo, la interpretación propuesta es similar a la anterior: necesidad de límites y controles externos.

2. Movimiento y Calidad en las Líneas.

- a) **Dirección y Ritmo:** Se espera que en sujetos mayores de 12 años, la dirección y el ritmo de la línea sean constantes; modificaciones en cualquiera de los dos indicadores se esperan en niños y en individuos con entrenamiento deficiente en el manejo del lápiz.
- b) **Calidad de la línea:** Existen varios indicadores que decrementan la calidad de las líneas. La manifestación más notoria es una mala coordinación, la cual se manifiesta por irregularidades o inconsistencias en el trazo, el cual es tembloroso, éste se ha relacionado con alteraciones de tipo orgánico. Las líneas finas reflejan hipotonía muscular y se observan en sujetos evitativos, tímidos y retraídos; mientras que su opuesto, las líneas gruesas (resultado de la hipertonía muscular) encontrado en individuos con dificultad en el control de los impulsos y conducta agresiva (abierta o encubierta), sin embargo el repaso cuidadoso puede significar que se busca un buen desempeño. Las líneas esbozadas aparecen en sujetos que experimentan ansiedad, pero también en aquellos que se esfuerzan por realizar el diseño lo mejor posible. Línea ondulada se relaciona con falta de estabilidad emocional y dificultad en la coordinación motora (especialmente en niños pequeños).
- c) **Rayas en lugar de círculos:** Se asocia con impulsividad y agresividad. Sugiere también preocupación por dificultades personales.

3. Tamaño de los Dibujos.

- a) **Micrografía:** Se refiere a una disminución significativa (al menos de $\frac{1}{4}$ de modelo) y persistente en el tamaño de las reproducciones, tomando como referencia el estímulo real. Aunque ha recibido poco apoyo en la literatura, este indicador se ha relacionado con ansiedad, introversión e impotencia.

- b) **Macrografía:** Consiste en un aumento significativo (al menos de $\frac{1}{4}$ del modelo) y persistente en el tamaño de las reproducciones, tomando como referencia el estímulo real. Esta manifestación se relaciona con conductas compensatorias, de extroversión. Y con tendencia a la impulsividad.

- c) **Aumento o Disminución Progresiva:** El aumento progresivo del tamaño de los dibujos se ha observado en sujetos con tendencias agresivas y dificultad en el control de impulsos; mientras que la disminución progresiva del tamaño se detecta en personas introvertidas.

APÉNDICE 4

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEXT (THALMAN, B. 1996)

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden:

1. Test del reloj a la orden (TRO).
2. Test del reloj a la copia (TRC).

1. Condición experimental del TRO

A cada sujeto se reparte una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, y se le ha dado la siguiente instrucción: «Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad prestándole toda la atención que le sea posible

2. Condición experimental del TRC

En esta segunda condición a cada sujeto se le presenta con el dibujo de un reloj impreso. Se le informa a cada sujeto que la siguiente prueba es más fácil. Se le pide que copien de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. También se insita a poner la máxima atención con el fin de captar todos los detalles del dibujo y poder copiarlos. Al no disponer en esta prueba de un tiempo límite, se les sugiere que la realicen con tranquilidad. Tras proporcionar las instrucciones a cada sujeto y cerciorarse de que las hayan comprendido, se les permite comenzar la tarea.

NOTA: Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad (especialmente las puntuaciones cercanas al 8 y al 9. La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO, TRC) debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN
(J. CACHO Y R. GARCÍA)

ESFERA DEL RELOJ	
Puntos	Resultados
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

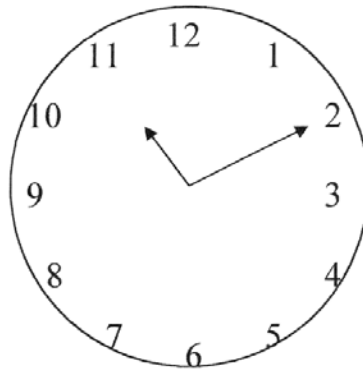
ESFERA DEL RELOJ	
Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3.5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores de localizados de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez), cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas.
0	Efecto en forma de “rueda de carro”.

ESFERA DEL RELOJ	
Puntos	Resultados
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo “pequeños errores” en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3.5	Cuando los “pequeños errores” en la localización se dan en 4 o mas números.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6).
3	Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).

2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los número restantes.
2	Número con algún desorden de secuencia (4 o más números).
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
2	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.).
2	Presencia de los 12 número en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión.
1	Alineación numérica con falta o exceso de números.
1	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquier de las dos condiciones experimentales debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

**MODELO PARA LA APLICACIÓN DEL
TEST DEL RELOJ A LA COPIA (TRC)**



APÉNDICE 5

VECTORES DEL CONO INVERTIDO DE PICHÓN RIVIERE

GRUPO: _____ FECHA: _____ N° SESIÓN: _____

VECTOR	INICIO	FINAL
AFLIACIÓN: primer momento del proceso grupal, aquí se da el reconocimiento de los otros.		
TELE: disposición o no de trabajar con otro miembro dentro del grupo (positivo o negativo)		
PERTENECIA: ser parte del grupo		
PERTINENCIA: cuando el grupo se centra en la tarea preescrita y en el establecimiento de ésta.		
COMUNICACIÓN: puede establecerse con palabras, sonidos, gestos, símbolos y miradas. La correcta comunicación depende de la decodificación de los mensajes		
COOPERACIÓN: contribución al trabajo en torno a la tarea grupal		
COMPETENCIA: deseo de vencer los obstáculos, se compete con la tarea no con el grupo.		
ANSIEDADES BÁSICAS: en exceso paraliza la tarea. 1. Depresiva: abandono del vínculo anterior. 2. Paranoide: por el vínculo nuevo y la inseguridad.		
APRENDIZAJE: proceso dialéctico que se da a través de la interacción grupal, se logra la apropiación del conocimiento como instrumento para indagar y actuar sobre la realidad. Lo importante es disponer de instrumentos para solucionar los problemas que se presentan.		
ROLES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PORTAVOZ: depositario de las tensiones y conflictos grupales. ▪ LÍDER: depositario de los aspectos positivos del grupo. ▪ COORDINACIÓN: ayudar al grupo, señalando e interpretando 		

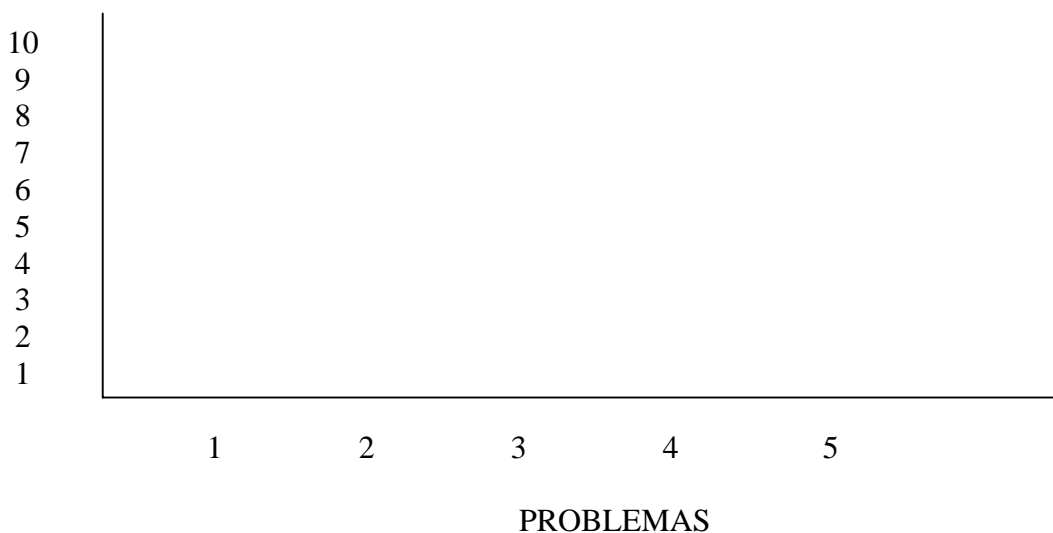
APÉNDICE 6

CUADRO DE EVALUACIÓN DE EMOCIONES

NOMBRE: _____ EDAD: _____

Instrucciones: En el cuadro de abajo anote 5 problemas que considere que tiene actualmente, después asigne una calificación del 1 al 10 según el grado de dificultad que tenga para resolverlos, en el siguiente cuadro anote la posible solución a su problema. Para finalizar grafique cada problema según la puntuación otorgada.

PROBLEMA	CALIFICACIÓN	SOLUCIÓN
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		



ANEXO 1

SESIÓN 1	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se presentarán a los miembros que integran el equipo que trabajará en el taller 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno 	10 Minutos
*Rompe hielo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se formaran grupos por categorías diferentes (color de ropa, zapatos, pantalón, etc) ➤ Se presentarán diciendo algo de cada uno 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno 	10 Minutos
*Memoria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se formarán grupos de 5 personas ➤ Cada persona dirá su nombre y cada miembro tendrá que aprendérselo ➤ Cada persona dirá los nombres de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno 	10 Minutos
Conferencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se hablará del proceso natural de degeneración neurológica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarrón ➤ Plumones 	20 Minutos
Aplicación de pre-test	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Test gestáltico visomotor Bender 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba de Bender 	30 Minutos
Aplicación de pre-test	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Test del Dibujo del Reloj 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba del Reloj 	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno 	20 Minutos

SESIÓN 2	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos
*Bolitas de papel	➤ Se les repartirá hojas con dibujos impresos y papel crepe para hacer bolitas de papel y decorar los dibujos	➤ Dibujos ➤ Papel crepe de colores ➤ Pegamento	60 Minutos
Inteligencia emocional	➤ Problemas emocionales ➤ Cada persona pensará en un problema y las posibles soluciones y los anotará en las hojas que se les repartirá ➤ Comentarán su problema con las diferentes soluciones	➤ Hojas impresas ➤ Plumas (Apéndice 6)	30 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentarán sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión	➤ Ninguno	20 Minutos

SESIÓN 3	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos
*Rompecabezas	➤ Se les repartirán rompecabezas con diversos grados de dificultad que harán individualmente	➤ Rompecabezas	50 Minutos
*Memorama	➤ Se les repartirán 20 tarjetas que se pondrán boca abajo, cada participante levantará dos tarjetas, si son par las toma y si no las voltea y continúa el siguiente jugador, así hasta encontrar todos los pares.	➤ Memorama	20 Minutos
*Coordinación motriz	➤ Dos tarjetas de color, cada una representara derecha e izquierda, cada vez que se les presente cualquiera de las tarjetas dependiendo el color levantara la mano correspondiente.	➤ 2 tarjetas: morado y naranja (Anexo 2)	10 Minutos
*Trabalenguas	➤ Se dirán varios trabalenguas los cuales tendrán que memorizar y repetir hasta que no haya errores. Se escogerán los 2 más fáciles y los practicarán en su casa.	➤ Trabalenguas (Anexo 3)	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión	➤ Ninguno	10 Minutos

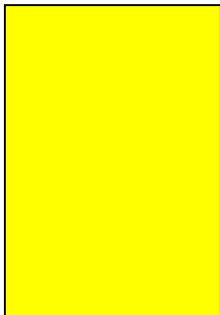
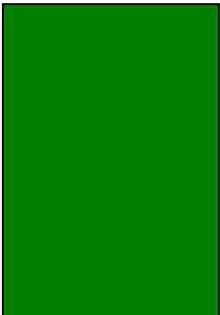
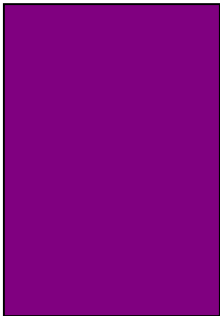
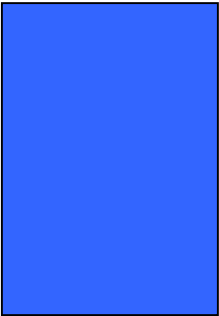
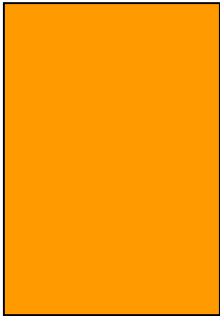
SESIÓN 4	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
*Revisión de tareas	➤ Cada participante dirá los 2 trabalenguas de ida y vuelta	➤ Trabalenguas	20 Minutos
Inteligencia emocional	➤ ¿Qué es inteligencia emocional? Se explicará el término y su uso en la vida cotidiana	➤ Ninguno	20 Minutos
*Claves	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les darán las 3 primeras hojas con claves las cuales realizarán, las otras 3 serán de tarea. ➤ Tendrán que ver que cada símbolo tiene un número debajo ➤ Lo que harán es poner en la parte de abajo de los símbolos el número que le corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copias con claves ➤ Lápices (Anexo 4) 	15 Minutos
*Memorama	➤ Se les repartirán tarjetas que se pondrán boca abajo, cada participante levantará dos tarjetas, si son par las toma y si no las voltea y continúa el siguiente jugador, así hasta encontrar todos los padres. En cada juego se aumentará el número de pares	➤ Memorama	20 Minutos
*Rompecabezas	➤ Se les repartirán rompecabezas con diversos grados de dificultad que harán individualmente	➤ Rompecabezas	35 Minutos
Cierre *Mesa redonda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión ➤ Recordatorio de tareas a realizar para la siguiente sesión 	➤ Ninguno	10 Minutos

SESIÓN 5	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
*Revisión de tareas	➤ Se revisará si realizaron su tarea y su sentir al realizarla.	➤ Claves	5 Minutos
*Creando un cuento	➤ Un integrante empezará a contar una historia, después se le pedirá al compañero de a lado que continúe con ésta y así sucesivamente hasta que pasen todos los integrantes del grupo.	➤ Ninguno	25 Minutos
*Laberintos	➤ Se les proporcionarán hojas con laberintos de diferentes grados de dificultad los cuales realizarán. Las primeras 3 hojas se realizaran en la sesión, las demás se realizarán de tarea.	➤ Copias con laberintos ➤ Lápices (Anexo 5)	10 Minutos
*Coordinación Motriz	➤ Cinco tarjetas de color, cada una representara derecha, izquierda, saludo con mano derecha, aplauso y vuelta a la derecha , cada vez que se les presente cualquiera de las tarjetas dependiendo el color levantara la mano correspondiente, darán la vuelta o aplaudirán.	➤ 5 tarjetas: morado, naranja, verde, azul y amarillo. (Anexo 2)	15 Minutos
*Manotazo	➤ Cada participante tendrá cierto números de tarjetas, cada participante irá diciendo un número empezando con el 1, si aparece el número que se está nombrando tendrá que poner la mano en el centro, arriba de las cartas, el participante que tenga la mano hasta arriba se llevará las cartas que se han acumulado.	➤ Tarjetas numeradas (Juego UNO)	15 Minutos
*Sopa de letras	➤ Se les dará un juego de hojas con diferentes ejercicios. Tendrá que encontrarse las palabras entre todas las letras que aparecen.	➤ Juego de hojas impresas (Anexo 6)	20 Minutos
*Inteligencia emocional	➤ Se hablará de los problemas emocionales que tiene cada persona y sus posibles soluciones	➤ Ninguno	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión ➤ Recordatorio de tareas a realizar para la siguiente sesión	➤ Ninguno	10 Minutos

SESIÓN 6	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.		TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO	
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos	
Aplicación del post-test	➤ Test gestáltico visomotor Bender	➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba de Bender	30 Minutos	
Aplicación del post-test	➤ Test del Dibujo del Reloj	➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba del Reloj	20 Minutos	
*Collage	➤ Se les repartirá revistas, tijeras, pegamento y cartulinas ➤ Cada equipo formado por 2 ó 3 personas harán un collage de la percepción de ellos mismos al final del taller. ➤ Al terminar pasará a explicar lo realizado.	➤ Cartulinas ➤ Revistas ➤ Pegamento ➤ Diurex	40 Minutos	
Cierre *Mesa redonda	➤ Se comentará el sentir durante la sesión. ➤ Se les pedirá que junten sus tareas y trabajos realizados durante el taller para hacer una exposición para el cierre del mismo.	➤ Ninguno	20 Minutos	

SESIÓN 7	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.		TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO	
Inicio de sesión	➤ Se distribuirán los trabajos realizados en el salón.	➤ Trabajos y tareas realizadas en el taller	15 Minutos	
Exposición	➤ Los participantes realizarán una exposición de los trabajos realizados durante las sesiones	➤ Trabajos y tareas realizadas en el taller	20 Minutos	
Mesa redonda	➤ Los participantes comentarán lo que les pareció el taller, si sus metas se lograron o que les hizo falta, además de comentar si hubo algún cambio o no.	➤ Ninguno	25 Minutos	
Entrega de reconocimientos	➤ El Director de la Clínica les otorgará un diploma por la participación en el taller “Estimulación a Tiempo”	➤ Diplomas	10 Minutos	
Entrega de resultados de las pruebas aplicadas	➤ Se darán los resultados de cada una de las pruebas, con sugerencias.	➤ Pruebas calificadas	20 Minutos	
Convivio	➤ Se cerrará el taller con un convivio	➤ Lo que cada persona pueda llevar	30 Minutos	

ANEXO 2
















TRABALENGUAS





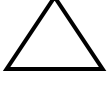





1. Mi hermana Ana, teje en la ventana, con lana.
2. Estaba la cabra cabratis, subida en una peña peñatis. Vino el lobo lobatis, y se tragó a la cabra cabratis.
3. Tres tristes tigres tragaban trigo en un trigal, en tres tristes trastos.
4. el hipopótamo Hipo está con hipo. Y su hipopotamito con hipito.
5. Pepe Piña pica papa, pica papa Pepe Piña.
6. Erre con erre cigarro, erre con erre barril, rápido ruedan los carros por los rieles del ferrocarril.
7. Cuando cuentas cuentos, cuenta cuantos cuentos cuentas, porque si no cuentas cuantos cuentos cuentas, no sabrás cuantos cuentos cuentas.
8. El amor es una locura que sólo el cura lo cura. Y cuando el cura lo cura, cometes una locura.
9. El arzobispo de Constantinopla se quiere desconstantinopolizar y el que lo desconstantinoplice un buen desconstantinopolizador será.
10. El cielo está encapotado, ¿quién lo desencapotará? Aquel que lo desencapotare, buen desencapotador será.











ANEXO 4











CLAVES 1

		
1	2	3






									
2	3	1							











									











									











									











CLAVES 2

				
1	2	3	4	5




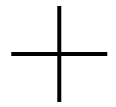

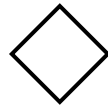

									
2	5	1							









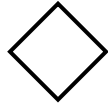

									

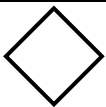



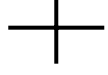
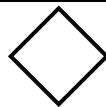




									




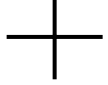




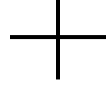

									

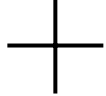



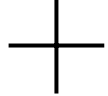
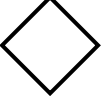




CLAVES 3

						
1	2	3	4	5	6	7

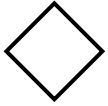

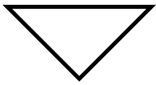

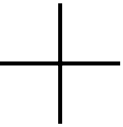
									



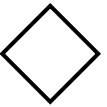



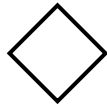
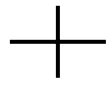

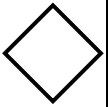
									

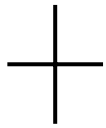
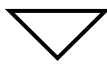


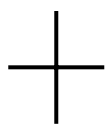

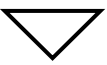
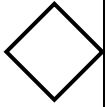
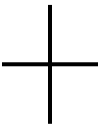

									




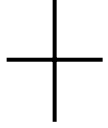
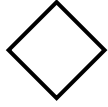



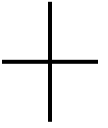

									

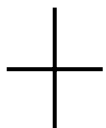
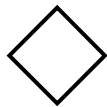


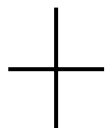



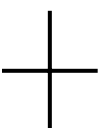
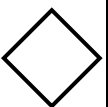
CLAVES 4

				
1	2	3	4	5

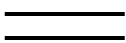

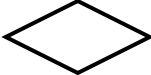


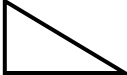

									
2	3	1							



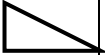


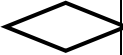


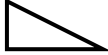

									






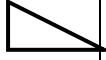




									




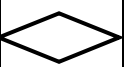



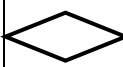


									




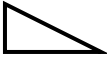

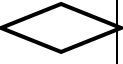


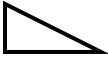

CLAVES 5



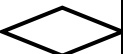







						
1	2	3	4	5	6	7

									
5	2								






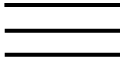



									


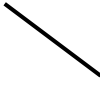








									




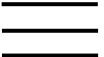






									









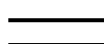

									


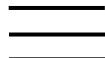








CLAVES 6


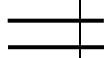




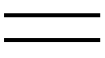



								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

									
8									

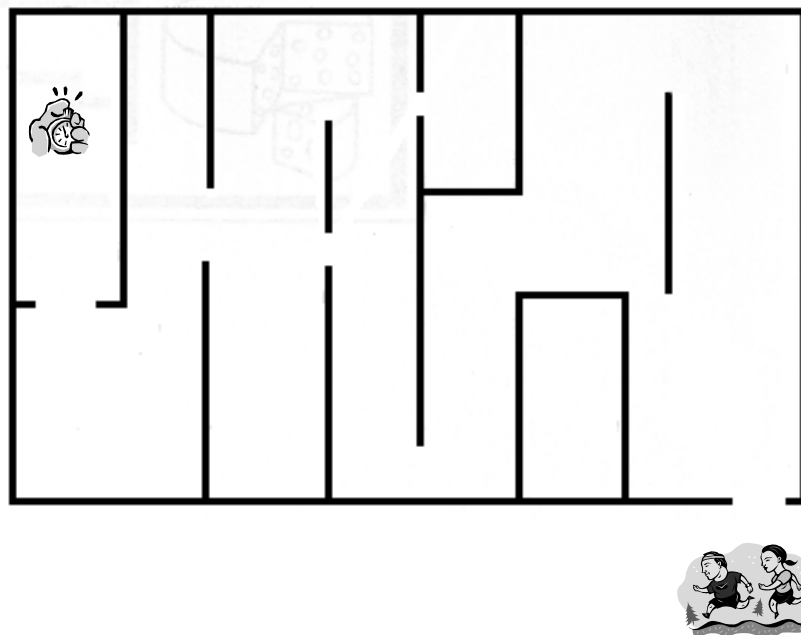
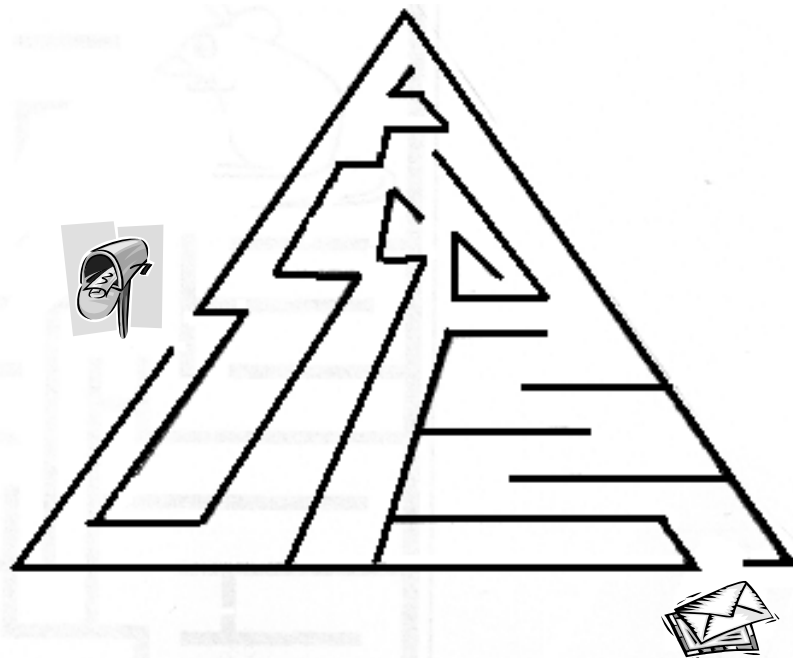
									

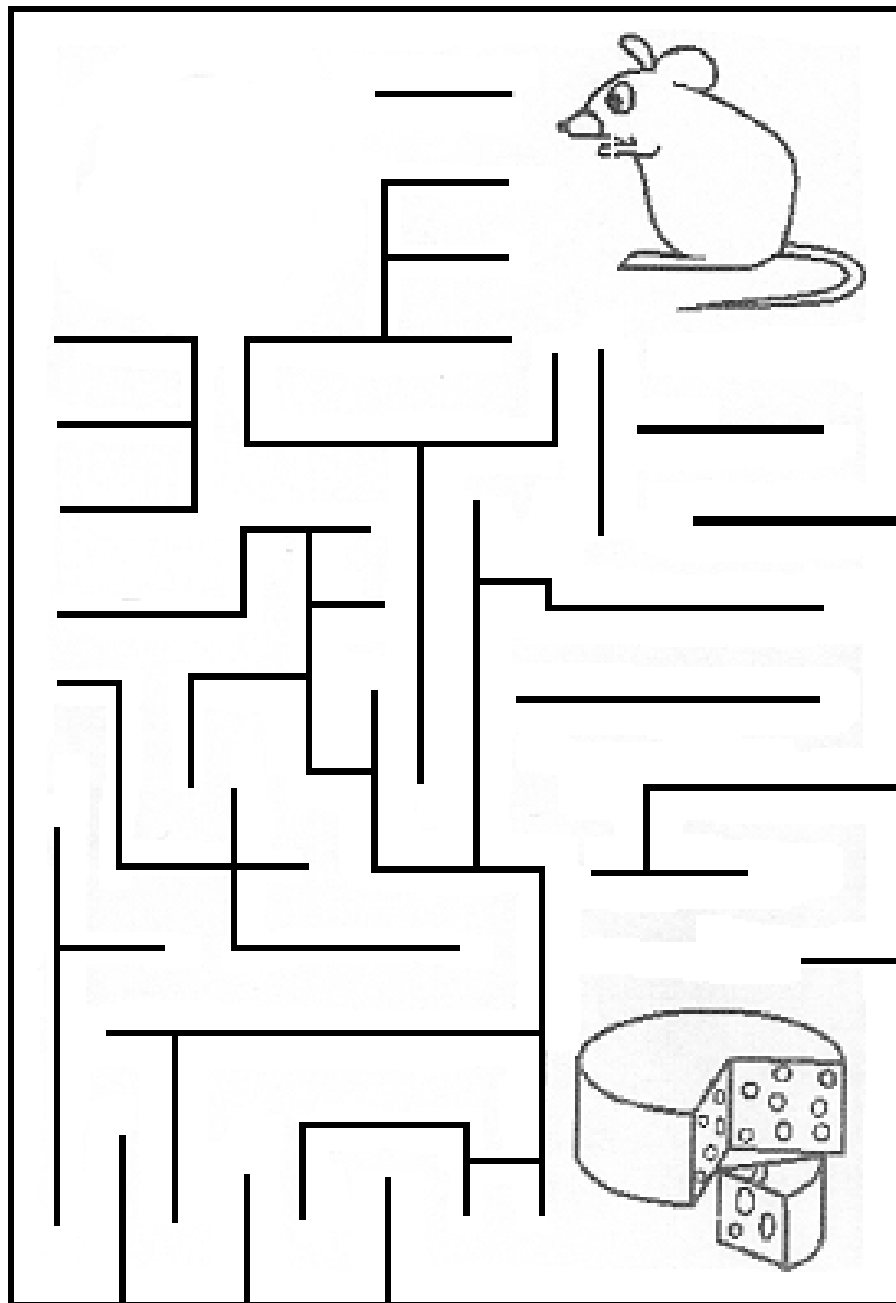
									

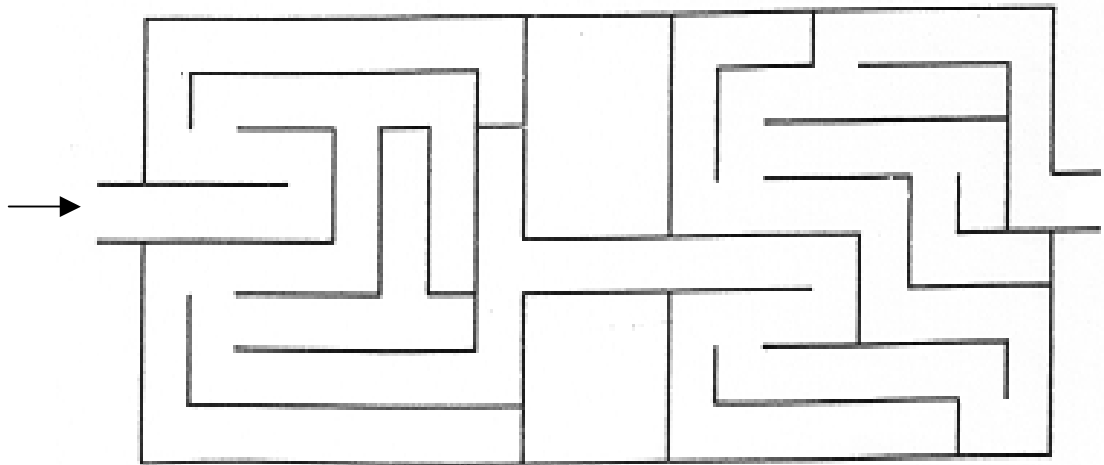
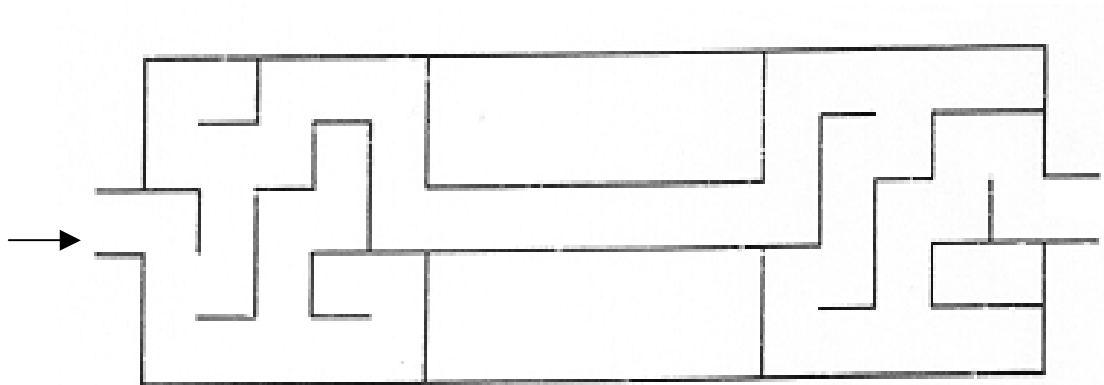
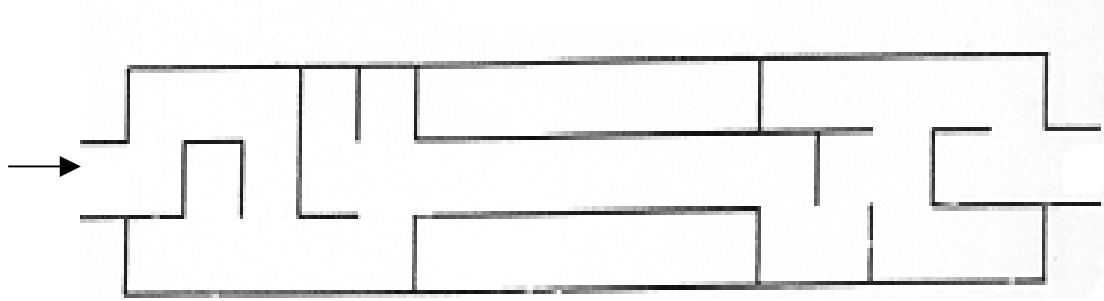
									

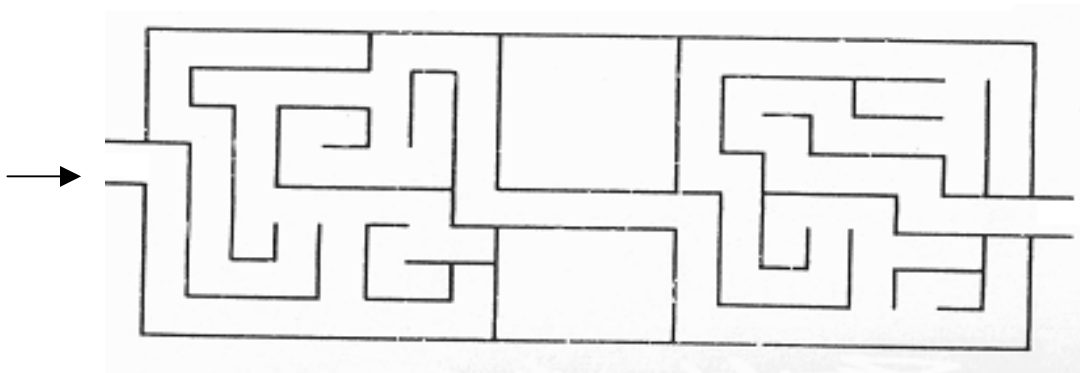
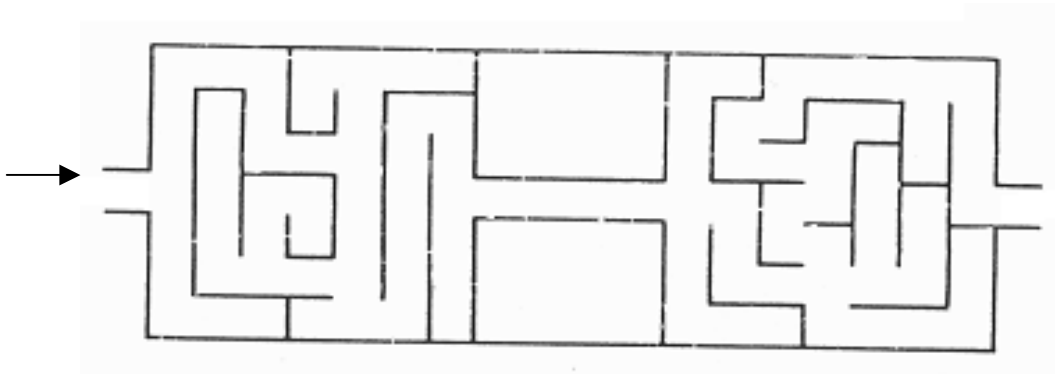
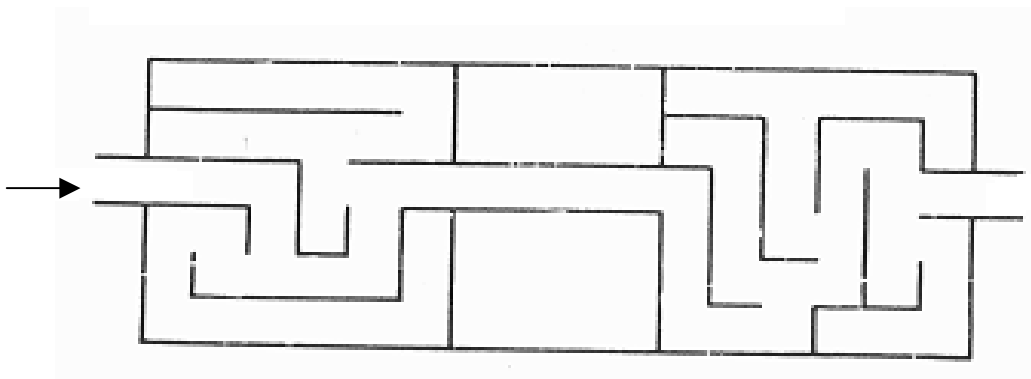
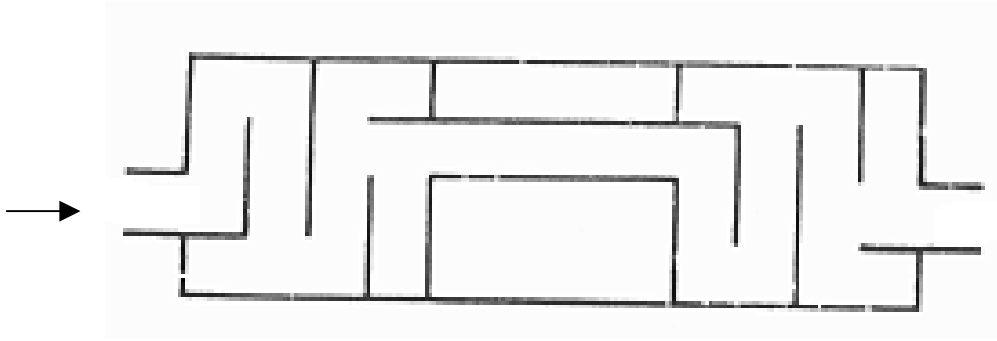
									

ANEXO 5









ANEXO 6

LA PRIMAVERA

PRIMAVERA PLANTA VERANO OTOÑO INVIERNO
 ESTACIÓN AÑO FLORES CRECEN ALEGRÍA
 FRESCO PRIMAVERAL

F	F	R	E	S	C	O	O	J	P
E	D	C	S	R	H	N	K	R	R
N	B	A	E	E	R	L	I	A	I
A	O	C	I	E	R	M	N	Ñ	M
A	E	I	I	R	A	O	O	O	A
N	T	V	C	V	G	N	L	O	V
Q	N	N	E	A	A	E	T	F	E
I	S	R	A	R	T	O	L	H	R
V	A	W	E	L	Ñ	S	G	A	A
L	Y	V	Z	O	P	C	E	D	F

¿QUÉ LEO HOY?

ASTROLOGÍA AVENTURAS CIENCIAS CUENTOS DIARIOS GEPGRAFÍA
 HISTORIA LEER NOVELAS POESÍA REVISTAS

R	S	O	I	R	A	I	D	H	A
E	S	O	T	N	E	U	C	I	V
V	A	L	E	E	R	Q	G	S	E
I	L	X	N	Ñ	P	O	R	T	N
S	E	W	Z	M	L	V	W	O	T
T	V	L	M	O	S	T	T	R	U
A	O	N	R	O	P	Q	R	I	R
S	N	T	P	O	E	S	I	A	A
Ñ	S	A	I	C	N	E	I	C	S
A	I	F	A	R	G	O	E	G	X

LLEGAR A LA EDAD MADURA

ABUELO ALEGRE ARRUGAS ASILO CANAS CANASTA
 CANSADO COMPAÑÍA DESCANSO EXPERIENCIA FAMILIA FOTOS
 MADURO MELANCOLÍA NIETOS PASADO RECUERDOS
 SABIDURÍA VALIOSA VIDA VIEJO

C	P	A	S	A	D	O	J	V	Y	R	A	U	U	I
O	V	Z	X	D	V	K	N	X	E	I	A	L	T	G
M	A	A	T	S	A	N	A	C	C	G	P	M	A	J
P	L	C	I	A	I	X	U	N	A	G	R	E	I	E
A	I	T	S	R	D	E	E	R	R	E	T	L	R	J
Ñ	P	C	W	A	R	I	N	M	R	R	A	A	U	Y
I	S	L	H	D	R	A	V	A	U	G	B	N	D	Y
A	A	Q	O	E	S	L	I	Q	G	E	U	C	I	N
J	P	S	P	I	L	G	E	X	A	L	E	O	B	I
D	T	X	L	X	S	L	J	A	S	A	L	L	A	E
O	E	O	I	A	A	E	O	T	D	S	O	I	S	T
B	I	P	N	V	O	R	U	D	A	M	Q	A	F	O
K	E	A	D	E	S	C	A	N	S	O	E	Z	A	S
T	C	R	I	F	A	M	I	L	I	A	U	J	H	I
O	D	A	S	N	A	C	T	S	O	T	O	F	Z	C

ANEXO 1

SESIÓN 1	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Presentación	➤ Se presentarán a los miembros que integran el equipo que trabajará en el taller	➤ Ninguno	10 Minutos
*Rompe hielo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se formaran grupos por categorías diferentes (color de ropa, zapatos, pantalón, etc) ➤ Se presentarán diciendo algo de cada uno 	➤ Ninguno	10 Minutos
*Memoria	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se formarán grupos de 5 personas ➤ Cada persona dirá su nombre y cada miembro tendrá que aprendérselo ➤ Cada persona dirá los nombres de los demás 	➤ Ninguno	10 Minutos
Conferencia	➤ Se hablará del proceso natural de degeneración neurológica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarrón ➤ Plumones 	20 Minutos
Aplicación de pre-test	➤ Test gestáltico visomotor Bender	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba de Bender 	30 Minutos
Aplicación de pre-test	➤ Test del Dibujo del Reloj	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba del Reloj 	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión	➤ Ninguno	20 Minutos

SESIÓN 2	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos
*Bolitas de papel	➤ Se les repartirá hojas con dibujos impresos y papel crepe para hacer bolitas de papel y decorar los dibujos	➤ Dibujos ➤ Papel crepe de colores ➤ Pegamento	60 Minutos
Inteligencia emocional	➤ Problemas emocionales ➤ Cada persona pensará en un problema y las posibles soluciones y los anotará en las hojas que se les repartirá ➤ Comentarán su problema con las diferentes soluciones	➤ Hojas impresas ➤ Plumas (Apéndice 6)	30 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentarán sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión	➤ Ninguno	20 Minutos

SESIÓN 3	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos
*Rompecabezas	➤ Se les repartirán rompecabezas con diversos grados de dificultad que harán individualmente	➤ Rompecabezas	50 Minutos
*Memorama	➤ Se les repartirán 20 tarjetas que se pondrán boca abajo, cada participante levantará dos tarjetas, si son par las toma y si no las voltea y continúa el siguiente jugador, así hasta encontrar todos los pares.	➤ Memorama	20 Minutos
*Coordinación motriz	➤ Dos tarjetas de color, cada una representara derecha e izquierda, cada vez que se les presente cualquiera de las tarjetas dependiendo el color levantara la mano correspondiente.	➤ 2 tarjetas: morado y naranja (Anexo 2)	10 Minutos
*Trabalenguas	➤ Se dirán varios trabalenguas los cuales tendrán que memorizar y repetir hasta que no haya errores. Se escogerán los 2 más fáciles y los practicarán en su casa.	➤ Trabalenguas (Anexo 3)	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión	➤ Ninguno	10 Minutos

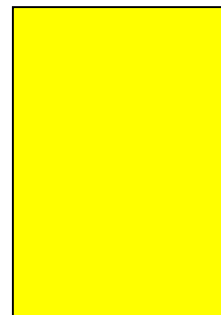
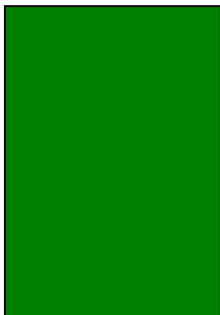
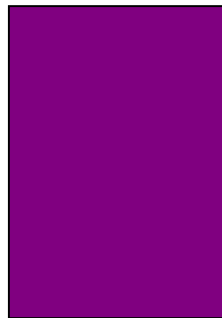
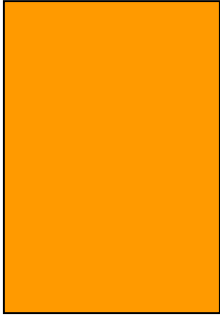
SESIÓN 4	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
*Revisión de tareas	➤ Cada participante dirá los 2 trabalenguas de ida y vuelta	➤ Trabalenguas	20 Minutos
Inteligencia emocional	➤ ¿Qué es inteligencia emocional? Se explicará el término y su uso en la vida cotidiana	➤ Ninguno	20 Minutos
*Claves	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se les darán las 3 primeras hojas con claves las cuales realizarán, las otras 3 serán de tarea. ➤ Tendrán que ver que cada símbolo tiene un número debajo ➤ Lo que harán es poner en la parte de abajo de los símbolos el número que le corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copias con claves ➤ Lápices (Anexo 4) 	15 Minutos
*Memorama	➤ Se les repartirán tarjetas que se pondrán boca abajo, cada participante levantará dos tarjetas, si son par las toma y si no las voltea y continúa el siguiente jugador, así hasta encontrar todos los padres. En cada juego se aumentará el número de pares	➤ Memorama	20 Minutos
*Rompecabezas	➤ Se les repartirán rompecabezas con diversos grados de dificultad que harán individualmente	➤ Rompecabezas	35 Minutos
Cierre *Mesa redonda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión ➤ Recordatorio de tareas a realizar para la siguiente sesión 	➤ Ninguno	10 Minutos

SESIÓN 5	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.	TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO
*Revisión de tareas	➤ Se revisará si realizaron su tarea y su sentir al realizarla.	➤ Claves	5 Minutos
*Creando un cuento	➤ Un integrante empezará a contar una historia, después se le pedirá al compañero de a lado que continúe con ésta y así sucesivamente hasta que pasen todos los integrantes del grupo.	➤ Ninguno	25 Minutos
*Laberintos	➤ Se les proporcionarán hojas con laberintos de diferentes grados de dificultad los cuales realizarán. Las primeras 3 hojas se realizaran en la sesión, las demás se realizarán de tarea.	➤ Copias con laberintos ➤ Lápices (Anexo 5)	10 Minutos
*Coordinación Motriz	➤ Cinco tarjetas de color, cada una representara derecha, izquierda, saludo con mano derecha, aplauso y vuelta a la derecha , cada vez que se les presente cualquiera de las tarjetas dependiendo el color levantara la mano correspondiente, darán la vuelta o aplaudirán.	➤ 5 tarjetas: morado, naranja, verde, azul y amarillo. (Anexo 2)	15 Minutos
*Manotazo	➤ Cada participante tendrá cierto números de tarjetas, cada participante irá diciendo un número empezando con el 1, si aparece el número que se está nombrando tendrá que poner la mano en el centro, arriba de las cartas, el participante que tenga la mano hasta arriba se llevará las cartas que se han acumulado.	➤ Tarjetas numeradas (Juego UNO)	15 Minutos
*Sopa de letras	➤ Se les dará un juego de hojas con diferentes ejercicios. Tendrá que encontrarse las palabras entre todas las letras que aparecen.	➤ Juego de hojas impresas (Anexo 6)	20 Minutos
*Inteligencia emocional	➤ Se hablará de los problemas emocionales que tiene cada persona y sus posibles soluciones	➤ Ninguno	20 Minutos
Cierre *Mesa redonda	➤ Comentar sentimientos sobre lo trabajado durante la sesión ➤ Recordatorio de tareas a realizar para la siguiente sesión	➤ Ninguno	10 Minutos

SESIÓN 6	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.		TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO	
Inicio de sesión	➤ Se retomará lo hecho en la sesión anterior	➤ Ninguno	10 Minutos	
Aplicación del post-test	➤ Test gestáltico visomotor Bender	➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba de Bender	30 Minutos	
Aplicación del post-test	➤ Test del Dibujo del Reloj	➤ Hojas blancas ➤ Lápices ➤ Gomas ➤ Prueba del Reloj	20 Minutos	
*Collage	➤ Se les repartirá revistas, tijeras, pegamento y cartulinas ➤ Cada equipo formado por 2 ó 3 personas harán un collage de la percepción de ellos mismos al final del taller. ➤ Al terminar pasará a explicar lo realizado.	➤ Cartulinas ➤ Revistas ➤ Pegamento ➤ Diurex	40 Minutos	
Cierre *Mesa redonda	➤ Se comentará el sentir durante la sesión. ➤ Se les pedirá que junten sus tareas y trabajos realizados durante el taller para hacer una exposición para el cierre del mismo.	➤ Ninguno	20 Minutos	

SESIÓN 7	OBJETIVO PARTICULAR:	El participante desarrollará sus habilidades mentales.		TIEMPO ESTIMADO 120 minutos
TEMAS Y SUBTEMAS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	MATERIALES	TIEMPO	
Inicio de sesión	➤ Se distribuirán los trabajos realizados en el salón.	➤ Trabajos y tareas realizadas en el taller	15 Minutos	
Exposición	➤ Los participantes realizarán una exposición de los trabajos realizados durante las sesiones	➤ Trabajos y tareas realizadas en el taller	20 Minutos	
Mesa redonda	➤ Los participantes comentarán lo que les pareció el taller, si sus metas se lograron o que les hizo falta, además de comentar si hubo algún cambio o no.	➤ Ninguno	25 Minutos	
Entrega de reconocimientos	➤ El Director de la Clínica les otorgará un diploma por la participación en el taller “Estimulación a Tiempo”	➤ Diplomas	10 Minutos	
Entrega de resultados de las pruebas aplicadas	➤ Se darán los resultados de cada una de las pruebas, con sugerencias.	➤ Pruebas calificadas	20 Minutos	
Convivio	➤ Se cerrará el taller con un convivio	➤ Lo que cada persona pueda llevar	30 Minutos	

ANEXO 2
















TRABALENGUAS





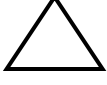





1. Mi hermana Ana, teje en la ventana, con lana.
2. Estaba la cabra cabratis, subida en una peña peñatis. Vino el lobo lobatis, y se tragó a la cabra cabratis.
3. Tres tristes tigres tragaban trigo en un trigal, en tres tristes trastos.
4. el hipopótamo Hipo está con hipo. Y su hipopotamito con hipito.
5. Pepe Piña pica papa, pica papa Pepe Piña.
6. Erre con erre cigarro, erre con erre barril, rápido ruedan los carros por los rieles del ferrocarril.
7. Cuando cuentas cuentos, cuenta cuantos cuentos cuentas, porque si no cuentas cuantos cuentos cuentas, no sabrás cuantos cuentos cuentas.
8. El amor es una locura que sólo el cura lo cura. Y cuando el cura lo cura, cometes una locura.
9. El arzobispo de Constantinopla se quiere desconstantinopolizar y el que lo desconstantinoplice un buen desconstantinopolizador será.
10. El cielo está encapotado, ¿quién lo desencapotará? Aquel que lo desencapotare, buen desencapotador será.











ANEXO 4











CLAVES 1

		
1	2	3






									
2	3	1							











									











									











									











CLAVES 2

				
1	2	3	4	5




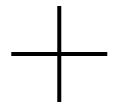

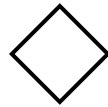

									
2	5	1							









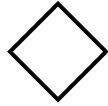

									

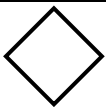



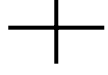
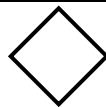




									




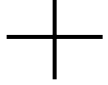




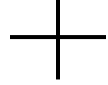

									

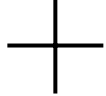



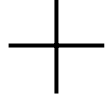
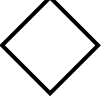




CLAVES 3

						
1	2	3	4	5	6	7

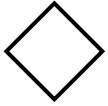

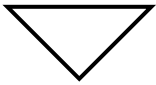

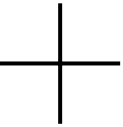
									



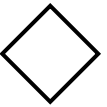



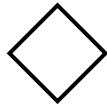
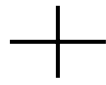

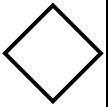
									

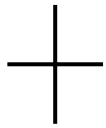
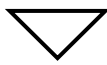


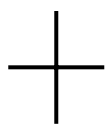

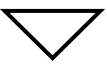
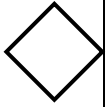
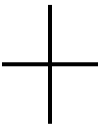

									




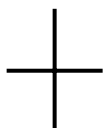
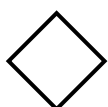



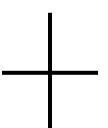

									

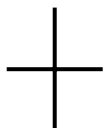
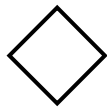


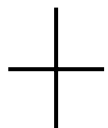



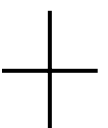
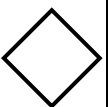
CLAVES 4

				
1	2	3	4	5

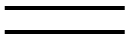

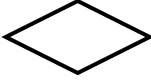
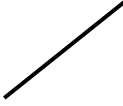

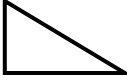

									
2	3	1							






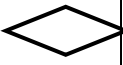


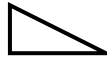

									



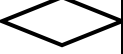


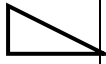




									

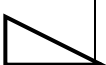
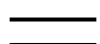

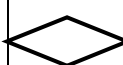



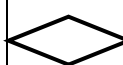


									




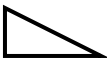

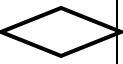


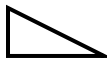

CLAVES 5



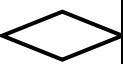



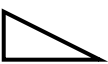



						
1	2	3	4	5	6	7

									
5	2								






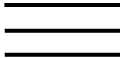



									


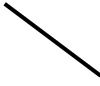








									




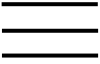






									











									











CLAVES 6







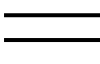



								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

									
8									

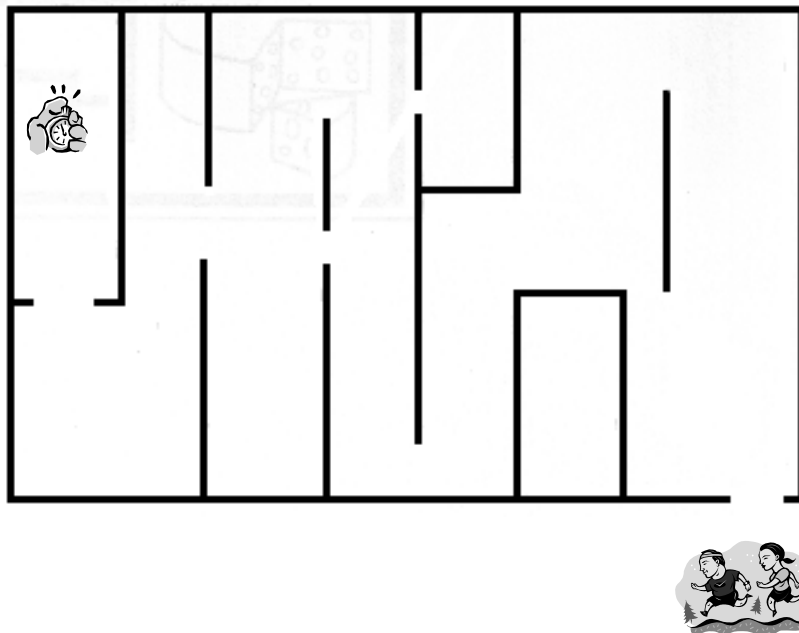
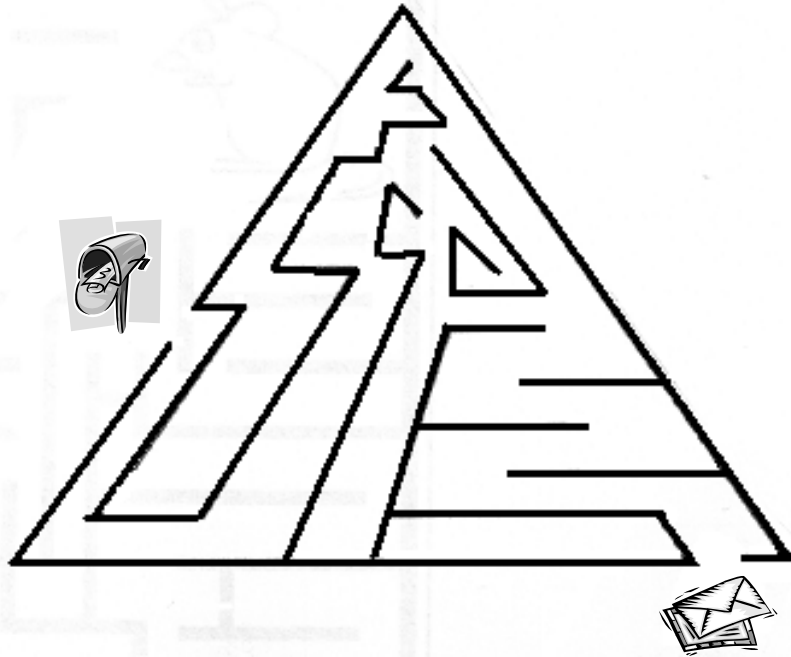
									

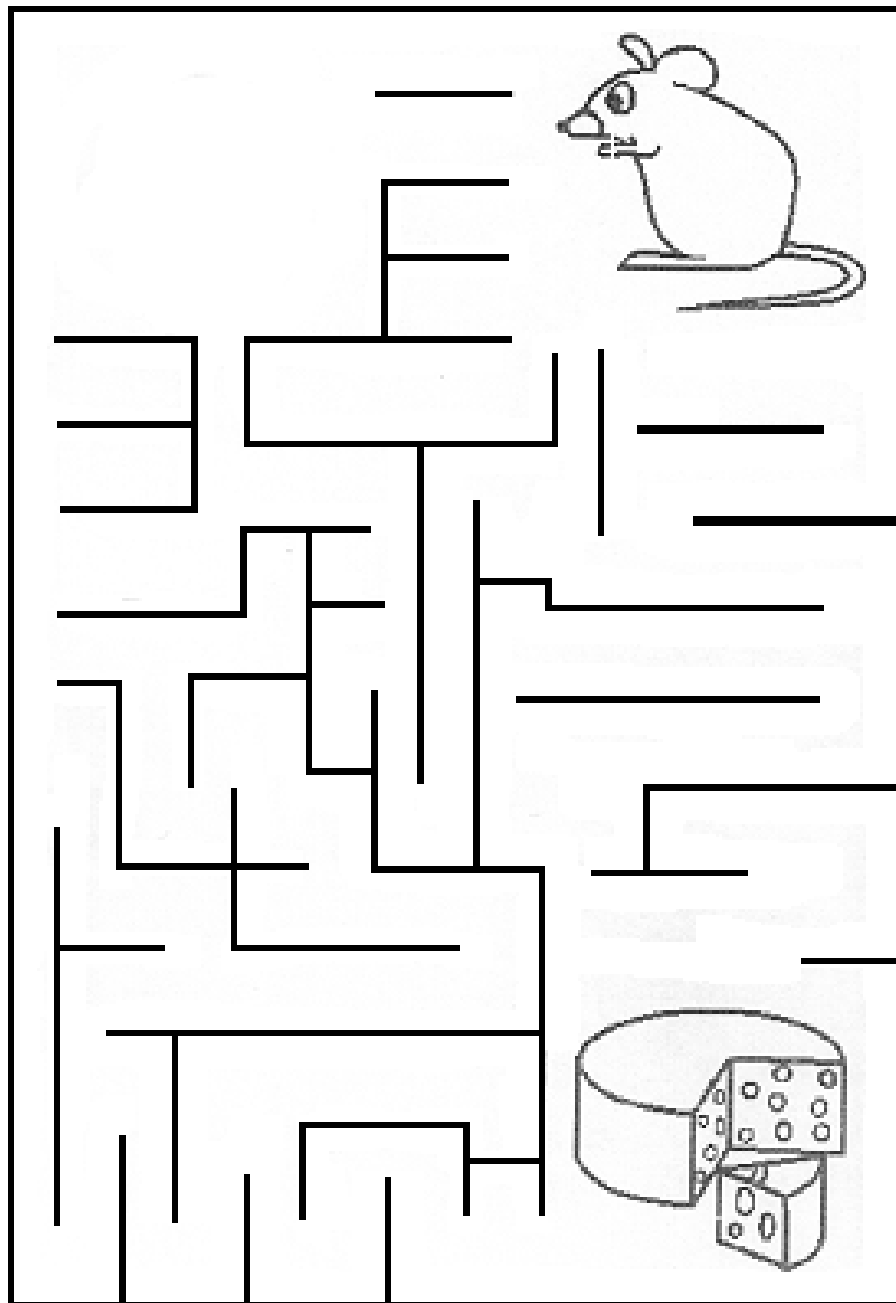
									

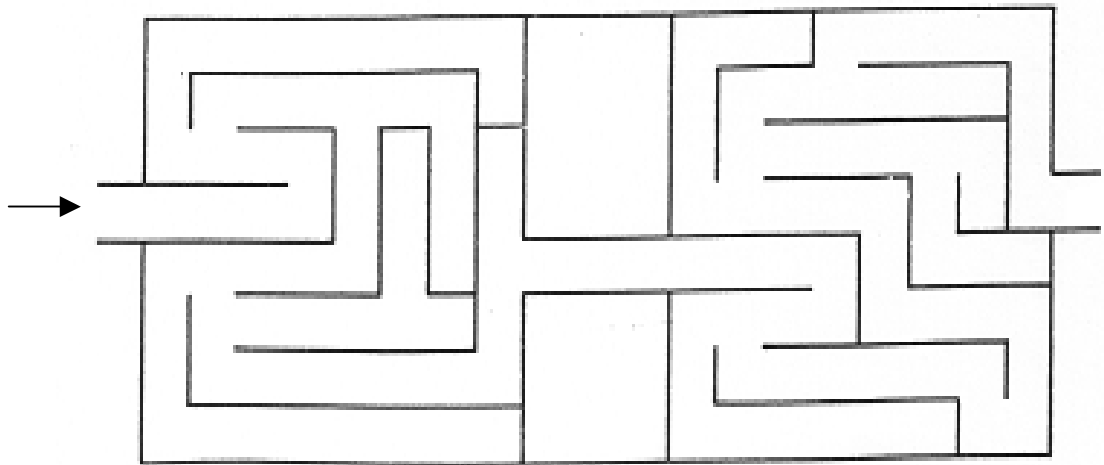
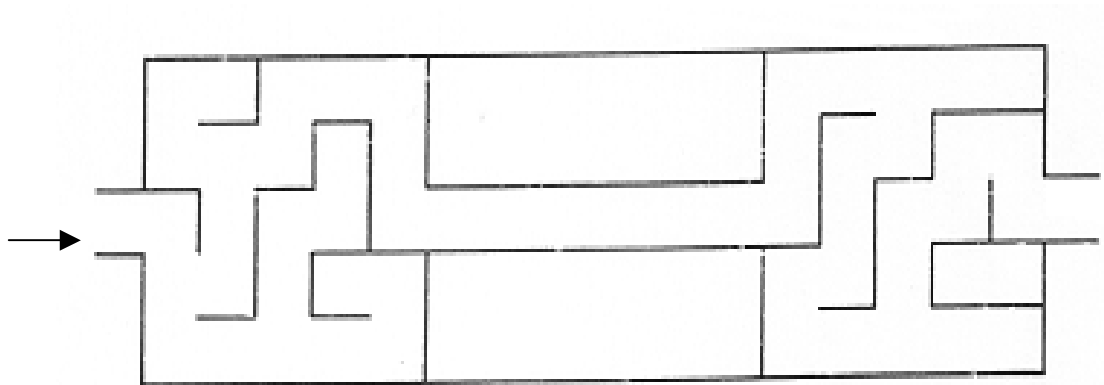
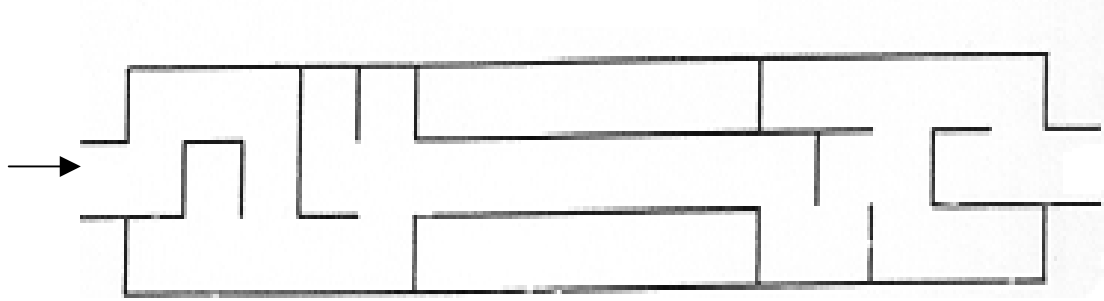
									

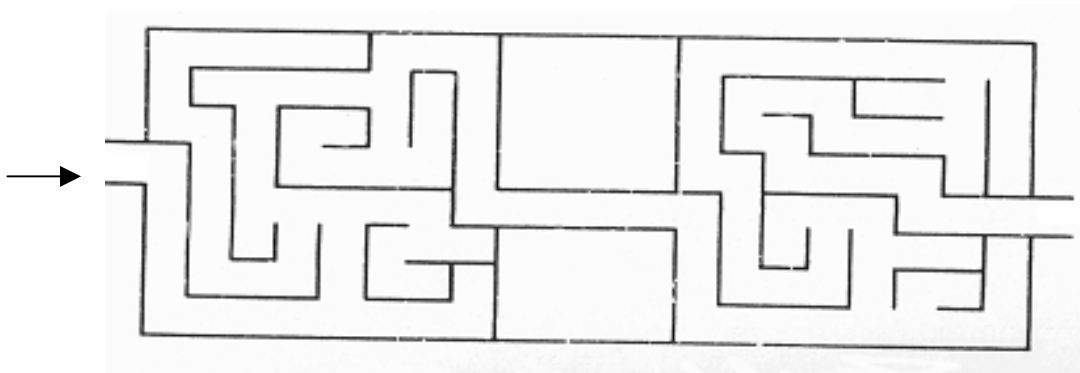
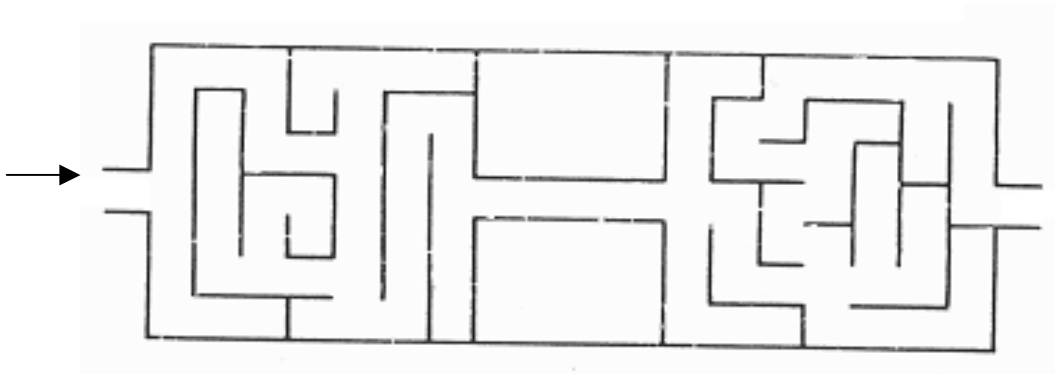
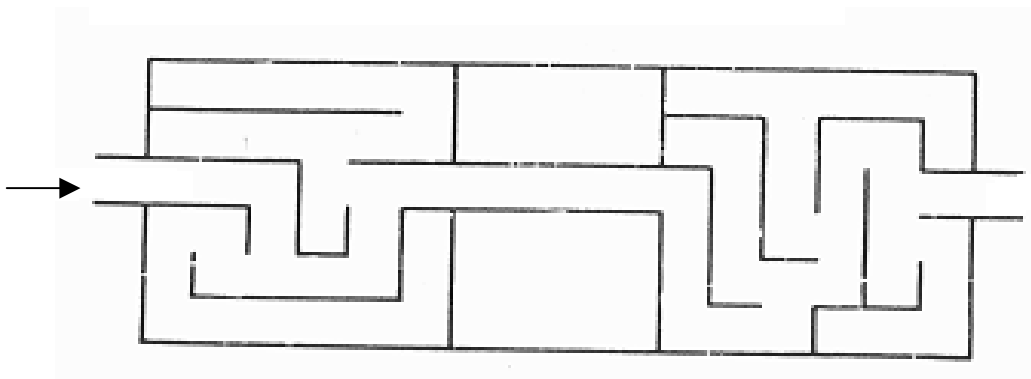
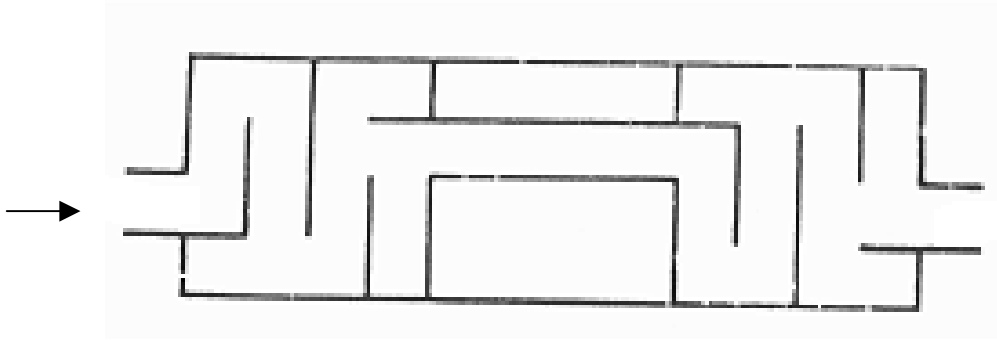
									

ANEXO 5









ANEXO 6

LA PRIMAVERA

PRIMAVERA PLANTA VERANO OTOÑO INVIERNO
ESTACIÓN AÑO FLORES CRECEN ALEGRÍA
FRESCO PRIMAVERAL

F	F	R	E	S	C	O	O	J	P
E	D	C	S	R	H	N	K	R	R
N	B	A	E	E	R	L	I	A	I
A	O	C	I	E	R	M	N	Ñ	M
A	E	I	I	R	A	O	O	O	A
N	T	V	C	V	G	N	L	O	V
Q	N	N	E	A	A	E	T	F	E
I	S	R	A	R	T	O	L	H	R
V	A	W	E	L	Ñ	S	G	A	A
L	Y	V	Z	O	P	C	E	D	F

¿QUÉ LEO HOY?

ASTROLOGÍA AVENTURAS CIENCIAS CUENTOS DIARIOS GEPGRAFÍA
HISTORIA LEER NOVELAS POESÍA REVISTAS

R	S	O	I	R	A	I	D	H	A
E	S	O	T	N	E	U	C	I	V
V	A	L	E	E	R	Q	G	S	E
I	L	X	N	Ñ	P	O	R	T	N
S	E	W	Z	M	L	V	W	O	T
T	V	L	M	O	S	T	T	R	U
A	O	N	R	O	P	Q	R	I	R
S	N	T	P	O	E	S	I	A	A
Ñ	S	A	I	C	N	E	I	C	S
A	I	F	A	R	G	O	E	G	X

LLEGAR A LA EDAD MADURA

ABUELO ALEGRE ARRUGAS ASILO CANAS CANASTA
 CANSADO COMPAÑÍA DESCANSO EXPERIENCIA FAMILIA FOTOS
 MADURO MELANCOLÍA NIETOS PASADO RECUERDOS
 SABIDURÍA VALIOSA VIDA VIEJO

C	P	A	S	A	D	O	J	V	Y	R	A	U	U	I
O	V	Z	X	D	V	K	N	X	E	I	A	L	T	G
M	A	A	T	S	A	N	A	C	C	G	P	M	A	J
P	L	C	I	A	I	X	U	N	A	G	R	E	I	E
A	I	T	S	R	D	E	E	R	R	E	T	L	R	J
Ñ	P	C	W	A	R	I	N	M	R	R	A	A	U	Y
I	S	L	H	D	R	A	V	A	U	G	B	N	D	Y
A	A	Q	O	E	S	L	I	Q	G	E	U	C	I	N
J	P	S	P	I	L	G	E	X	A	L	E	O	B	I
D	T	X	L	X	S	L	J	A	S	A	L	L	A	E
O	E	O	I	A	A	E	O	T	D	S	O	I	S	T
B	I	P	N	V	O	R	U	D	A	M	Q	A	F	O
K	E	A	D	E	S	C	A	N	S	O	E	Z	A	S
T	C	R	I	F	A	M	I	L	I	A	U	J	H	I
O	D	A	S	N	A	C	T	S	O	T	O	F	Z	C