



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS
DE LA TERCERA EDAD. UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CASA
HOGAR Y CENTRO DE DIA DEL ESTADO DE MEXICO”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
GRACIELA ORTIZ NAVA

DIRECTOR: DR. FERNANDO QUINTANAR OLGUIN
DICTAMINADORES: CARLOTA J. GARCIA REYES-LIRA
ANA LUISA GONZALEZ CELIS-RANGEL

LOS REYES IZTACALA

AGOSTO 2009





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.

AGRADECIMIENTOS

Papá Jorge (*en tu memoria*)

Gracias por haberme acompañado en el proceso de crecer durante 20 años, darme todo lo que en tus manos estuvo, tu apoyo, cariño aquí está la recompensa que querías ver y el tiempo no permitió te llevo siempre en mi pensamiento por todo lo bueno que vivimos, gracias donde quiera que estés.

Mamá Josefina

Mi más sincero agradecimiento por tu apoyo en las buenas y malas situaciones que vivimos, por estar conmigo todo el tiempo todo mi respeto y cariño para ti gracias totales.

Silvana Rebeca, mi hija

Por haberme elegido como mamá y compartir la vida conmigo además de que has sido y serás siempre mi motivo y la persona más importante, hermosa y maravillosa que hay en mi vida te quiero mucho.

Karen Alejandra

Por que la madurez y el tiempo nos enseñaron a coexistir y llevar una relación de adultos, además gracias por tu apoyo con Rebeca ha sido muy importante te lo escribo sinceramente te aprecio y te respeto, lo mejor de la vida para ti.

Abuelita Socorro

Gracias por que ha sido una presencia importante, significativa, una mujer fuerte con gran entereza ante las situaciones más adversas y por sus enormes ganas de seguir viviendo todo mi respeto.

Ariadna

Gracias por ser mi amiga incondicional, acompañándome durante todos estos años en el difícil andar de la vida y más de nuestra elección, la psicología, por ayudarme a realizar este proyecto tan significativo en mi vida y por todo lo que hemos compartido, te quiero mucho colega seguimos juntas en esto.

Flor

Por tu apoyo en los buenos y malos momentos en el difícil proceso de hacer psicología, eres y serás siempre importante en mi vida gracias por ser parte de mi historia eres única, te quiero y te deseo lo mejor del mundo.

Ewald Werner

Por contagiarme de tu singular alegría, increíble energía y más aun por la felicidad de haber compartido un pedacito de vida contigo, gracias por formar parte de este castillo de sueños y hacer realidad uno de los más grandes.

Jonatan Esli

Gracias por tu ayuda en la estadística de este trabajo y por todas cosas que en momentos nos toco vivir en los mismos espacios y quedan como buenos recuerdos de mi paso por iztacala chido Jhon te deseo lo mejor de la vida.

Yarid

Gracias por tu amistad, apoyo en los momentos más difíciles, tristes y también los buenos, felices y locos te llevo en mi corazón para siempre eres un ejemplo de lucha te quiero como no tienes idea y espero que la vida se encargue de reunirnos otra vez algún día.

Alfredo

Por tu apoyo incondicional y todo lo que me brindaste a lo largo del tiempo, tu colaboración para llevar a cabo este proyecto gracias totales mis mejores deseo para ti siempre.

Saúl

Fuiste un compañero importante, ejemplar un amigo como pocos y aunque la vida nos marque distancias quizá necesarias seguirás siendo mi amigo, gracias por compartir parte de tu existencia conmigo.

Verenice

Belleza gracias por ser mi amiga y haberme permitido entrar en tu vida eres una súper chava te recuerdo siempre y se que la vida nos reunirá de nuevo, mientras tanto sigue creciendo como psicóloga, mujer y mamá mis mejores deseos.

Profesora Carlota

Gracias por su tiempo, enseñanzas, por darme una gran lección de vida cuando se derrumbo el castillo de mi vida y me tocó empezar de nuevo, mi admiración por su temple, carácter y la singular manera que tiene de hacernos ver la realidad.

Doctor Fernando Quintanar

Gracias por todo el tiempo, dedicación apoyo psicológico, personal al estar siempre pendiente de mi proceso y desarrollo personal en el difícil proceso de aprender psicología, es usted una persona muy significativa en mi vida de quien aprendí que para hacer psicología hay que sentirla sino no sirve de nada, le ofrezco todo mi respeto, admiración y cariño hasta siempre.

Al grupo Alegría de Vivir

Gracias por permitirme conocerlos y mostrarme distintas formas de vida que hoy tomo como ejemplo de fortaleza, lucha, ganas de vivir y por enseñarme que cada día es el mejor por el hecho de estar vivos, más cuando se tienen personas alrededor con quienes compartir la dicha y también por darme lecciones de vida inolvidables.

A los abuelos de Casa Hogar Marillac

En memoria de todos los que ya no están en este mundo, gracias por permitirme acompañarlos en la última etapa de su vida, por la importancia que le dieron a mi compañía y tenerme presente cada día hasta su muerte, a los que viven todo mi respeto y agradecimiento por su participación y compañía en la ardua realización de este proyecto.

Cuando las ruedas empiezan a ceder, y el cansancio no es el mismo de ayer, llega una bruja mala, que se llama, vejez.

Luis Antonio Álvarez

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
INSTITUCIONES GERONTOLÓGICAS	
1.1 Instituciones asilares (residencias geriátricas)	10
1.2 Llegada a las comunidades	13
1.3 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)	16
1.4 Junta de Asistencia Privada	18
1.5 Casa Hogar Marillac	21
1.6 Expectativas de la intervención en dichas instituciones	22
CAPITULO 2	
DETERIORO COGNITIVO EN LA TERCERA EDAD	
2.1 Deterioro cognitivo o cognoscitivo	25
2.2 Memoria tipología y su función	27
2.3 El nivel educativo como factor de riesgo	29
2.4 Educación y reserva cognitiva	32
2.5 Abandono- soledad factores que favorecen el deterioro cognitivo y la depresión (institucional, personal, familiar, social, médico, alimenticio).	33
CAPITULO 3	
NEUROPSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	
3.1 Envejecimiento cerebral	38
3.2 Declive en procesos cognoscitivos	38
3.3 ¿Qué son las demencias?	41
3.4 Diagnóstico y tipos de demencias	42

CAPITULO 4

PRUEBAS ESTANDARIZADAS EN MÉXICO PARA LA EVALUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

4.1 Evaluación gerontológica	49
4.2 El Neuropsi como herramienta en la detección de deterioro cognitivo	51
4.3 Otras pruebas para la evaluación gerontológica y geriátrica	53
4.4 Actividades que favorecen el funcionamiento de los procesos cognoscitivos el caso de juegos de memoria y musicoterapia.	59

CAPITULO 5

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

METODO	66
RESULTADOS	76
IMPLICACIÓN	107
CONCLUSIONES	110
REFERENCIAS	123

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue conocer el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en centros gerontológicos y los que acuden a un centro de día a través del Neuropsi un instrumento estandarizado para población mexicana, además de realizar una investigación en su entorno y con familiares o personas cercanas sobre las posibles causas de la disminución cognitiva en cada caso. La metodología implicó entrevistas a adultos mayores de ambas instituciones, familiares y/o personas allegadas, observación en los campos de trabajo, la aplicación de la prueba neuropsicológica test-retest, la realización de talleres con juegos de memoria y musicoterapia.

Se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa (basada en resultados obtenidos del Neuropsi y video grabaciones a lo largo de todas las sesiones) dentro de dos instituciones para adultos mayores del estado de México, INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) y Casa Hogar Marillac. Participaron 20 adultos mayores divididos en grupos de 5 personas, control-control y control- experimental, para ambas instituciones, se evaluó el nivel de deterioro cognitivo, posteriormente se realizaron talleres con actividades de memoria y musicoterapia.

Se aplicó un pos-test a los cuatro grupos para comparar resultados antes y después de la intervención, así conocer de qué manera el efecto tiempo y otros factores ambientales, provocan cambios significativos en los procesos cognoscitivos de adultos mayores. Los resultados muestran un mayor deterioro en la población de casa hogar, ya que la institucionalización favorece el deterioro físico y cognitivo. Por el contrario se encontró que las personas que asisten a un centro de día tienen un deterioro menor debido a las actividades didácticas y recreativas que en él realizan. A partir de las actividades de memoria y musicoterapia se modificó el deterioro cognitivo y regresaron recuerdos del pasado de manera clara, por lo que se presentan como una eficaz alternativa de tratamiento.

Palabras clave: deterioro cognitivo, adulto mayor, institucionalización, calidad de vida, memoria, demencias, Neuropsi, musicoterapia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad no se tiene conocimiento preciso de lo que constituye al envejecimiento normal el cuál representa una serie de cambios biológicos como son: disminución en la fuerza, velocidad y agilidad física, pérdida de agudeza visual, auditiva, olfativa, gustativa, desarrollo de enfermedades crónico degenerativas diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, artritis, insuficiencia venosa, entre otras. También la vejez es una etapa de pérdidas; del papel social (en la mayoría de los casos por la jubilación), de ingresos económicos, amigos y familiares (por muerte y cambio de residencia). Es una época de temor por la inseguridad personal, financiera y posible dependencia (Kane, Ouslander & Abrass 2001).

El deterioro cognitivo o cognoscitivo se asocia a una importante pérdida de autonomía personal y social así como a un elevado costo social, sanitario y familiar, además de serios trastornos de conducta por lo que es necesario desarrollar técnicas de atención y tratamiento para el paciente, cuidadores, familias y sociedad, que puedan disminuir en el mayor grado posible dicho deterioro con la finalidad de mejorar su calidad de vida, García & García, (2004); Marqués, Rodríguez & Camacho, (2004).

El deterioro cognitivo refleja una disminución del rendimiento de al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: atención, memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, capacidad para el cálculo, la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

Las personas mayores, van sufriendo alteraciones cognoscitivas que afectan su recuerdo y aprendizaje, este aspecto es tratado como un problema relativamente benigno en primera instancia, porque es de lo más común en personas ancianas. Para Casanova, S. Casanova, C & Casanova, C. (2004) lo que caracteriza a la pérdida de memoria asociada con la edad, es que, hay una declinación de la función mnésica en personas mayores de 50 años, recalcados como un problema importante de salud por la frecuencia en que se presenta en adultos mayores.

El deterioro cognitivo en la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia (Pérez, 2005).

Se habla de los factores de riesgo que desencadenan los trastornos cognitivos y las demencias como tener hábito de fumar, hipertensión arterial, alcoholismo, antecedentes de accidentes, los de índole psicológica, la depresión y el estrés, ya que se ha encontrado una estrecha relación de estas con la pérdida de memoria (Casanova, S. Casanova, C. & Casanova, C. 2004).

Otros autores consideran factores como salud frágil, educación pobre, la presencia de algún tipo de síndrome geriátrico y falta de motivación, Marqués, Rodríguez, & Camacho (2004); Puig (2000).

Para Rings (2004), la memoria es uno de los aspectos más importantes para los seres humanos ya que, mediante ella se codifican eventos de forma que permiten recordarlos de manera conciente como si apenas ocurrieran. El significado de la gente y las cosas en el presente dependen de la memoria por lo que el presente pierde realce sin el pasado.

Por otro lado, la importancia de estudiar a esta población es que al estar reclusos, los pacientes de un servicio geriátrico se alejan de las comunidades, lo cual es riesgoso pues con ello es más probable que aparezca el olvido senil benigno y la demencia degenerativa avanzada a una edad más temprana de lo normal, ya que estas poblaciones tienen poca estimulación, propiciando de esta manera el deterioro cognitivo asociado con la edad (Puig, 2000).

La detección precoz del deterioro cognitivo puede ser beneficiosa para el enfermo y sus familiares ya que algunas de sus causas son tratables y permite planificar su atención a futuro y con ello vivir una vejez con calidad, (Marqués, Rodríguez & Camacho, 2004).

Otro aspecto importante en el tema de deterioro cognitivo y envejecimiento son las demencias, un porcentaje importante de los ancianos padecen demencia más o menos global su incidencia es directamente proporcional a la edad. Las demencias son enfermedades del sistema nervioso que producen la pérdida progresiva de las funciones cognoscitivas, incluyendo atención, aprendizaje

memoria y capacidad de razonamiento, además de representar un serio problema de salud mental para los países desarrollados.

En el capítulo 1 se define brevemente qué son las instituciones geriátricas, así como los servicios con los que idealmente debe contar una institución de este tipo. Seguido de lo cuál planteo mi negociación y entrada a las instituciones en este caso en INAPAM y Casa Hogar Marillac de las cuales además hago una descripción. Dentro del capítulo 2 se aborda en deterioro cognitivo, en la primera parte se define el concepto de memoria y enseguida se desglosa su tipología y función, además de tratar el tema de la educación, abandono y depresión como factores de riesgo desencadenantes del deterioro cognitivo. En el capítulo 3 se aborda el tema de neuropsicología del envejecimiento como primer punto se habla del envejecimiento cerebral posteriormente el declive de procesos cognitivos además de las demencias tipología y diagnóstico. En el capítulo 4 explico el proyecto de intervención en el cual utilicé el Neuropsi como instrumento para medir el nivel de deterioro cognitivo, además esbozó otros instrumentos estandarizados para evaluar de manera general a la población de adultos mayores de México y planteo la opción de utilizar actividades con juegos de memoria y musicoterapia para favorecer el funcionamiento de los procesos cognoscitivos. El capítulo 5 explica la metodología utilizada para mi intervención en dos instituciones geriátricas, los resultados obtenidos de la intervención seguido de un análisis cuantitativo y cualitativo tanto de las pruebas como de las actividades. Finalmente presento las conclusiones del proyecto una propuesta de seguimiento y mi implicación a lo largo de la realización de este proyecto.

CAPÍTULO 1

INSTITUCIONES GERONTOLOGICAS

1.1 Las instituciones asilares (residencias geriátricas)

Cuando se resuelve encontrar un espacio para la ubicación de las personas adultas mayores, existe cierta duda, o inclusive temor, de marginar a éstas en lugares que causen una ruptura con su modo de vida anterior. Por ello es importante, en primera instancia, mantener al adulto mayor en su medio en la medida de lo posible, de no ser así hay que tomar en cuenta la querencia de las personas para ubicarse en uno u otro lugar que, en definitiva, sea su espacio vital durante los últimos años de su vida.

Las residencias son establecimientos destinados a servir como vivienda permanente para personas de la tercera edad en las que se brinda asistencia integral y continua. El espacio físico debe permitir la satisfacción de necesidades, como la posibilidad de aislamiento e intimidad personal, entablar relaciones sociales, libertad de expresión afectiva, cuidados de la salud, ilusión y deseo de continuidad, apoyo de la institución para expresar su religiosidad, estimulación social (actividades diversas), protección contra accidentes y barreras en la interacción discontinua con otros residentes entre otros.

Deben ser lugares de vida comunitaria donde los ancianos con problemas, enfermedades que dificulten o imposibiliten su autonomía, encuentren un ambiente en el cual la comunicación, ayuda mutua y relaciones sociales se vea favorecida por la convivencia con los demás residentes, aunque es de suma importancia saber que en varios centros gerontológicos, y más los de tipo religioso, no permiten la convivencia entre hombres y mujeres mucho menos cualquier intento de acercamiento erótico o sexual, un claro ejemplo es cuando parejas o cónyuges son institucionalizados de inmediato, son separados y no pueden visitar la habitación del otro.

Las instituciones geriátricas tienen sentido y son necesarias ya que facilitan una respuesta adecuada a los problemas de personas en edad avanzada que viven solas, o que se ven abandonadas por su familia, afectadas por un síndrome invalidante que los incapacita para llevar una vida independiente (Piña, 2004).

En este mismo sentido tiene la obligación de promover y mantener el mayor tiempo posible las funciones activas y útiles de los residentes, a través de atención continua desde medidas preventivas que retardan la incapacidad hasta cuidados para una pronta recuperación, acompañado de una buena alimentación y atención médica especializada.

Las residencias geriátricas han sufrido altas y bajas en su prestigio e imagen social debido a la atención y servicios que brinda a sus poblaciones, no todas cumplen con las características de atención mencionadas anteriormente lo que conlleva a mermar la calidad de vida del adulto mayor, y ver la institucionalización como un castigo por lo que hicieron o dejaron de hacer a lo largo de su vida, sintiéndose abandonados o prisioneros.

La mayor parte de la población anciana llega a los asilos por las dificultades que generan en la familia para brindarles atención, ya que llegan a una etapa en la que requieren de cuidados especiales que por causas diversas no son cubiertas, mermando la salud del adulto mayor además de que se puede generar un ambiente de hostilidad en la familia al ver a la persona como una carga pesada, eligiendo la institucionalización.

En las instituciones asilares hay un sin fin de situaciones y factores no muy favorables para los residentes como es el caso de mortalidad, la cual es mayor que fuera de ella para esto no hay factores establecidos que la provocan pero se puede suponer que interviene una mala condición de salud de los habitantes que desencadena en enfermedades crónicas, edades avanzadas mayores de 80 años o posiblemente otros factores derivados de lo extraño, aislado u hostilidad del ambiente soledad, miedo, depresión, etc.

Aunado a esto, hay muchas situaciones cotidianas en las residencias que rompen la intimidad de los residentes, como los casos en que se irrumpe la privacidad siendo víctimas de robo en sus habitaciones, ya que más que el valor económico de la pérdida las personas se quedan con una sensación de desasosiego y desolación que provoca un sentimiento de desconfianza con los compañeros y cuidadores, provocando una estancia con molestia e intranquilidad (Rodríguez, 1999).

Un tema delicado y de suma importancia es el internamiento, con absoluta *voluntariedad*, ya que cada persona es libre de decidir en donde quiere vivir de acuerdo a sus posibilidades, por lo que la institución debe estar enterada de la decisión de la persona y su consentimiento para ser institucionalizada, de no ser así nos encontramos ante un caso de institucionalización *involuntaria*, posiblemente por incapacidad de autogobierno del adulto mayor en donde los familiares firman como responsables del internamiento.

Servicios

Para Piña (2004), las residencias ofrecen atención integral a los adultos mayores que requieren ser ingresados, para ello cada institución en el mejor de los casos debe disponer de los siguientes servicios:

- Dirección
- Administración
- Asistencia social y gerontológica
- Asistencia geriátrica y rehabilitación
- Terapia ocupacional: animación sociocultural
- Enfermería geriátrica
- Alojamiento y manutención
- Servicios religiosos
- Cafetería
- Peluquería
- Atención psicogerontológica

Cuidadores

Los trabajadores de una residencia primordialmente los que desempeñan el papel de cuidadores, deben poseer cualidades y actitudes para atender los variados problemas de los residentes por lo que deben contar con una buena formación para este tipo de trabajo y continuamente actualizarse, para conseguir que su labor sea más eficaz para evitar la tensión y frustración que suele surgir en el trabajo con adultos mayores ingresados en residencia.

Una de las funciones primordiales del cuidador es ayudar a las personas mayores a buscar autonomía, con el objetivo de ayudar a que sigan valiéndose por sí mismos en la medida de lo posible sin que el cuidador sustituya al anciano en todas sus actividades y llegue a ser dependiente.

1.2 Llegada a las Comunidades

Al iniciar el seminario de titulación con la temática, “el envejecimiento poblacional” se habló de la inmediata necesidad de formar especialistas en el campo de la gerontología, por el acelerado crecimiento de la población mayor de 60 años, ya que en un futuro cercano la misma población de adultos mayores exigirán atención especializada por parte de profesionales de la salud, a quienes nos competirá brindarles atención de calidad que cubra sus necesidades y demandas.

Otro punto de importancia fue, el hecho de que a nivel mundial no hay diversidad en investigaciones con población anciana y sí existe una fuerte necesidad de abrir nuevos caminos en la investigación de adultos mayores ya que, sin lugar a duda, es uno de los retos más grandes que se avecina para los próximos 40-50 años en el caso de México.

Debido a esta información decidí entrar en la línea de investigación de psicología del envejecimiento y pensé en tomar como punto de partida un tema importante, novedoso y del cual no se haya hecho investigación además de que sea relevante y de utilidad para próximos trabajos con adultos mayores. La opción que más me interesó fue el tema de memoria, sus cambios con el paso de los años en las personas y en qué afecta al anciano empezar a olvidar nombres, lugares o situaciones particulares.

El primer paso fue buscar información sobre deterioro cognitivo en población anciana, qué pruebas especializadas existen para evaluarla y algunas propuestas de intervención para revertir sus cambios o mantenerlos de manera que no afecten la vida cotidiana del adulto mayor. La información que se ha escrito y publicado es escasa y redundante sobre los mismos puntos, basados en los mismos autores primarios donde definen qué es el deterioro cognitivo, cómo surge, cuándo es normal y cuándo es patológico, y no se han presentado investigaciones aplicadas recientes y con poblaciones de adultos mayores de México. Busqué información sobre si el deterioro cognitivo es reversible y encontré a un autor que dice de manera general que con juegos de memoria es posible revertir el daño o detenerlo.

En base a la redundante información decidí hacer una investigación aplicada sobre el deterioro de la memoria en adultos mayores y realizar algunos talleres que sirvieran de estímulo para aminorar los problemas de memoria.

La primera idea fue trabajar con adultos mayores que vivieran en casa hogar. En la búsqueda del permiso para trabajar en una institución de este tipo llegué a un centro de día, en donde las personas adultas mayores asistían a tomar actividades diversas y después se retiraban a su casa esto, en INAPAM. Al ver, las características de la población decidí quedarme a trabajar con el grupo pensando en encontrar algo más de lo planeado.

Seguí buscando una institución de estancia permanente y una vez que la encontré, (Casa Hogar Marillac) decidí trabajar al mismo tiempo en las dos instituciones y presentar un doble estudio con poblaciones opuestas (estancia permanente y centro de día), con la única similitud de que fueran adultos mayores de 60 años para llevar a cabo un estudio comparativo, el siguiente paso fue obtener los permisos necesarios para entrar a trabajar en las dos instituciones.

Negociación y entrada a INAPAM

A unos metros de Casa Hogar Marillac hay un club de INAPAM éste fue el primer lugar que visité para pedir informes de cómo podía realizar prácticas en dicho lugar, la persona encargada del club me envió a las oficinas del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en donde recibiría información sobre los requisitos para trabajar en un club que lo requiriera ya que ese en particular tenía apoyo constante de los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan y no requerían más personal.

Acudí al DIF con la persona encargada de servicio social, le expliqué de manera general el proyecto que quería realizar, para ello me dio la dirección de la oficina central de INAPAM ubicada en el parque Naucalli ahí tenía que presentar el proyecto con la directora.

Una vez que me recibió le presenté la propuesta de trabajar el tema de memoria y su deterioro con un grupo de adultos mayores que asistieran a uno de sus centros de día, con el objetivo de evaluar y aminorar o detener los cambios negativos que en esta se desarrollan con el paso de los

años, presenté una carta de permiso y compromiso, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México la FES Iztacala y el Programa de Psicología del Envejecimiento.

La condición que dio la directora para poder trabajar con un grupo fue hacerlo durante un año dos horas a la semana los viernes, sin faltas consecutivas y de ser posible hacerlo en dos clubes, esta última opción no se llevó a cabo debido a que todo el proyecto fue realizado de manera individual y no requería trabajar con más de 10 personas. Se aceptaron los términos y me asignaron un grupo de trabajo en la colonia San Rafael Chamapa municipio de Naucalpan Estado de México con el nombre “Club Alegría de Vivir”.

Posteriormente regresé al DIF a llevar los papeles correspondientes para comenzar el trabajo en el club asignado y al término del mismo regresar por una constancia de realización de práctica profesional.

Entrada a Hogar Marillac

Después de conocer al grupo de la primera institución llegué a Casa Hogar Marillac lugar de descanso para ancianos de estancia permanente; pedí hablar con el encargado o director de la institución para plantearle el proyecto y conocer si había posibilidad de trabajar con esa población. Pasé a las oficinas y hablé con el encargado, me preguntó de qué se trataba el trabajo y que era necesario que le llevara un programa de lo que pretendía trabajar y las cartas de permiso correspondientes de la institución de procedencia, en este caso la UNAM y que si las actividades no alteraba a los abuelos tenía posibilidades de trabajar con ellos.

Hablé con el asesor y me expidió las cartas de permiso para regresar a Marillac, realicé a groso modo un programa de trabajo. Regresé a la casa hogar, entregué el programa y las cartas con lo que me permitieron llevar a cabo el proyecto, el encargado me anticipó que le parecía muy complicado convencer a los abuelos (así es como llaman a los adultos mayores) de participar en el proyecto, que esa sería labor mía y reiteró la condición de no alterar a los abuelos y brindar apoyo psicológico personalizado a quien lo pidiera; me otorgaron el permiso para laborar dos días a la semana cuatro horas por siete meses, que fue el tiempo que decidí trabajar en este centro.

1.3 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) fue creado por decreto presidencial el día 22 de agosto de 1979 con el objetivo de proteger y atender a las personas mayores de 60 años. Sus actividades se enfocaron en el aspecto médico-asistencial, sin embargo las necesidades de esta población fueron aumentando por lo que el 17 de enero del 2002, también por decreto presidencial, pasó a formar parte de la Secretaria de Desarrollo Social, modificando su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN) (INAPAM, s f).

El fenómeno del envejecimiento poblacional en México es un estado de alerta ya que diariamente un promedio de 800 personas cumplen 60 años, y según el consejo Nacional de Población (CONAPO) estima 8.5 millones de personas mayores de 60 años para 2007, para 2030 calcula que serán 20.7 millones y en 2050, 33.8 millones, esto es que uno de cada cuatro mexicanos será adulto mayor, por lo que nos vemos obligados a enriquecer las políticas de asistencia para brindar atención de calidad que exige este sector de la población.

El día 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores creándose así el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de la atención a las personas mayores de 60 años con un enfoque de desarrollo humano integral (INAPAM, s f).

Servicios que ofrece el INAPAM

El INAPAM brinda a los adultos mayores apoyo y alternativas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida y desarrollo integral. Sus objetivos generales son proteger, atender, ayudar y orientar a los adultos mayores, así como conocer su problemática para encontrar soluciones adecuadas, por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y brindarles opciones de ocupación.

Ofrece sus servicios a través de centros adaptados para funcionar como aulas de clase, con comedor y espacio para trabajar al aire libre (patios o jardines). Los clubes de INAPAM se encuentran dispersos en casi todas las colonias de cada estado con un total de 5,736 centros en la República Mexicana. Cada uno tiene nombre propio y en ellos se realizan diversas actividades

como son clases de yoga, danza regional, baile de salón, asesoría psicológica, alfabetización, pintura en tela, bordado, tejido, muñecos de peluche, costura, cocina, y algunas otras actividades relacionadas con las mencionadas, dependiendo de cada centro.

Cada grupo cuenta con el apoyo de un trabajador social, quién se encarga de informar a los grupos sobre campañas de vacunación, nuevos programas de salud, para que los interesados asistan a las clínicas correspondientes a recibir la atención para mantener su salud en buenas condiciones. También se encarga de canalizar a las personas que solicitan asesoría jurídica como en los casos de, situación de pensiones, maltrato y/o abuso, físico o psicológico, trámite de testamento etc., al personal correspondiente del DIF, institución involucrada en el programa de atención al adulto mayor.

También organizan competencias de atletismo y concursos de las actividades que realizan en sus clubes, donde los adultos mayores muestran su fuerza y habilidades que han adquirido en los centros de INAPAM.

En el aspecto cultural también el INAPAM brinda opciones a su población con cuatro centros culturales, además trabaja bajo los siguientes cuatro ejes estratégicos en la atención integral del Adulto Mayor.

1. Empleo y apoyo a la economía
2. Salud, investigación y formación del recurso humano en gerontología
3. Desarrollo social y comunitario
4. Transmisión de valores

Por último es importante saber que el INAPAM también es el encargado de la atención de siete residencias de día (centros gerontológicos) de los cuales seis están en el Distrito Federal y uno en Jerez Zacatecas, seis albergues (unidades gerontológicas) de las cuales cuatro están en la Ciudad de México, uno en Guanajuato y otro en Tuxtepec Oaxaca.

Población a la que dirige sus servicios

El INAPAM está diseñado para brindar atención a las personas de 60 años y más, es una institución que da servicio en toda la república Mexicana, atiende a todo adulto mayor sin

diferencia de clase social, religión, o grupo étnico, los requisitos para obtener sus servicios son tramitar una credencial de la tercera edad, inscribirse en uno de los grupos o clubes de atención y ser constante en su asistencia.

La inscripción a los centros de INAPAM y todos los servicios que brinda son gratuitos las personas que se inscriben en los clubes solo tienen que solventar el gasto de los materiales necesarios para sus actividades de cada clase.

De igual manera se brinda orientación médica, psicológica y legal a adultos mayores que lo requieran sin costo, con la finalidad de brindarles nuevas opciones para tener una vida saludable, con estabilidad emocional además de estar constantemente orientados de sus derechos tratando de evitar cualquier abuso o violación a sus garantías individuales por parte de familiares o prestadores de servicios.

1.4 Junta de Asistencia Privada (JAP)

La junta de asistencia privada es una entidad con personalidad jurídica, patrimonio propio y con bienes de propiedad particular, que sin fines de lucro tiene la obligación de realizar actos de asistencia social, esto se rige por la Ley de Instituciones de Asistencia Privada del Distrito Federal la cual cuenta con características que la sustentan (JAP, s f).

1. Se rige por un marco jurídico propio Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal (LIAPDF).
2. Sus fines fundacionales y su patrimonio son permanentes.
3. Goza de beneficios fiscales locales y federales.
4. Se apoya en una autoridad legalmente establecida: La (JAPDF) Junta de Asistencia privada del Distrito Federal.
5. Tiene acceso a mecanismos de financiamiento.
6. Garantiza la transparencia en el manejo de sus recursos.

También se cuenta con la Junta de Asistencia Privada del Estado de México (JAPEM), la cual coincide en características y objetivos con la del D. F. La (JAPEM) es un organismo descentralizado, es decir, que no depende directamente del Gobierno Estatal, y tiene por objetivo el cuidado, fomento, desarrollo, vigilancia, asesoría y coordinación de las Instituciones de Asistencia Privada en territorio Estatal.

La IAP (Institución de Asistencia Privada) está encargada de regular las actividades que realizan las instituciones, garantizando a sus fundadores y donantes que las aportaciones que realicen serán aplicadas de manera correcta en beneficio de las personas que más lo necesitan, dando opción de contribuir a mejorar su calidad de vida (JAP, s f).

La Junta de Asistencia Privada surge como una suma de esfuerzos y compromiso con el desarrollo integral y la no indiferencia, de las personas que viven en situación de extrema pobreza, niños y ancianos que sufren desamparo y abandono, las miles de mujeres que enfrentan la violencia, discriminación y menoscabo a su dignidad física y moral (JAP, s f).

Por esta razón la Junta de Asistencia Privada brinda servicios asistenciales a niños y jóvenes, **adultos mayores**, personas con discapacidad, entre otras poblaciones en diversos campos de trabajo entre ellos:

- Educación
- Salud y adicciones
- Discapacidad y rehabilitación
- Desarrollo comunitario
- Ayuda económica y en especie
- **Atención a adultos mayores**
- Atención a personas en situación de calle

Las Instituciones de Asistencia Privada (IAP) son organizaciones que fueron creadas para beneficiar a población de escasos recursos, preferentemente. Sus acciones se dirigen a proporcionar el apoyo, la integración social y el sano desarrollo de individuos en condición de desventaja, abandono o desprotección.

El objetivo que persiguen es fungir como órgano promotor del desarrollo de Asistencia Privada, respaldando y apoyando el trabajo profesional, eficiente y desinteresado de las organizaciones que se constituyan como Instituciones de Asistencia Privada.

Estas instituciones también reciben apoyo como trabajo voluntario, realización de servicio social, haciendo donativos en especie, donativos de servicios, dinero o mediante la adquisición de productos o bienes.

Dentro del rubro de las Instituciones de Asistencia Privada están las que enfocan su atención a personas adultas mayores de 60 años de edad, preferentemente de escasos recursos económicos, en condiciones de abandono o soledad, víctimas de rechazo familiar, maltrato físico y/o mental o por propia voluntad.

Los servicios que éstas IAP ofrecen son casas hogar, albergue, centro de día y centros de capacitación.

Casa hogar. Atiende a adultos mayores con características como discapacidad física o mental, ancianos en situación de calle, en estado de abandono por falta de familia o rechazo de la misma, maltrato físico o psicológico, escasos recursos económicos y ancianos que por decisión propia deciden entrar a la institución o casos en que los familiares deciden por ellos.

En algunas de las casas hogar se brindan servicios complementarios como educación escolarizada, terapia ocupacional, terapia física y algunas otras actividades de carácter cultural.

Albergue Temporal. Atiende a personas adultas mayores que son víctimas de maltrato, violencia intra-familiar, enfermos crónicos y terminales.

Los servicios complementarios que se brindan en los albergues son apoyo psicológico, intervención en crisis, apoyo para tratamientos, medicamentos y material de curación.

Centro de día. Están destinadas a prestar sus servicios a adultos mayores sin discapacidad física y/o mental. Aunque, en el valle de México, se han abierto dos instituciones de este tipo, para

personas que presenta algún tipo de discapacidad. Los servicios complementarios que brindan los centros de día son terapia ocupacional, terapia física, talleres diversos y capacitación.

1.5 Casa hogar Marillac

El Hogar Marillac es una casa de estancia permanente para adultos mayores de 60 años de edad, beneficiada por la Junta de Asistencia Privada. Marillac admite a adultos mayores de diversas clases sociales ya que a todas las personas que asisten a la institución se les realiza un estudio socioeconómico, tanto al adulto mayor que requiere el servicio como a los familiares responsables; en base a los datos económicos que se obtienen se les asigna una tarifa mensual por la estancia y otra para gastos de medicamentos y pañales en caso de necesitarlos.

El DIF del Estado de México tiene la obligación de conocer y en medida de lo posible, atender las necesidades de esta casa hogar a través del INAPAM también se encarga de canalizar a adultos mayores de la calle, abandonados o que viven violencia intra-familiar, que tienen poca o ninguna posibilidad económica para poder pagar su estancia en el asilo, a estas personas se les brinda estancia gratuita de manera permanente o se les da la tarifa más baja mensual con derecho a recibir todos los servicios que tiene la institución.

Servicios que ofrece Casa Hogar Marillac

La Casa Hogar Marillac cuenta con todos los servicios como agua potable, calentadores de agua para toda la casa, luz, teléfono, (en algunos casos se instalan líneas telefónicas particulares en las habitaciones de quien lo requiere y puede pagarlo) servicio de elevadores, alimentos tres veces al día para todos los residentes, servicio médico de 9:00 am 5:00 pm, medicamentos (de los cuales muchos son donación de laboratorios y otros se tienen que comprar).

Cuentan con personal de limpieza que se encarga tanto de lavar la ropa como de asear toda la casa y cada una de las habitaciones de los residentes. En algunos casos si los abuelos (as) están en condiciones físicas de hacerlo lavan su ropa y ayudan a lavar la de sus compañeros, también apoyan en labores sencillas de la cocina. El personal que funge como cuidador labora en la institución 24 horas y son los encargados de bañar, medicar, dar de comer, cambiar pañales, hacer curaciones y atender las urgencias y emergencias de los abuelos residentes.

También reciben atención de algunas personas voluntarias que les enseñan algunas actividades ocupacionales como tejer, hacer pulseras con cuentas (la mayor parte de las cosas que hacen las venden para obtener fondos para la casa), algunas veces van alumnos de diferentes escuelas a enseñarles manualidades o simplemente a hacerles compañía de manera esporádica, y otras veces van músicos a tocar a un salón de la casa destinado para eventos especiales.

1.6 Expectativas de la intervención en las instituciones

Una vez que otorgaron los respectivos permisos para entrar a trabajar a las dos instituciones empecé a convivir con las personas que asisten al club Alegría de Vivir de INAPAM las primeras sesiones platiqué con el grupo, de cómo llegaron al club, qué les llamó la atención, cuáles son las actividades que realizan, quienes los dirigen. Platicando con los integrantes del grupo supe como se integraron al club, cuales eran sus intereses y expectativas respecto al grupo, conocí diversas opiniones, por un lado había quienes buscaban realizar actividades que los llevaran a aprender cosas nuevas, otros tenían el interés de ocupar su tiempo libre según dijeron en algo que les fuera útil y finalmente había quienes iban al grupo para convivir con otras personas.

Ahora bien, las actividades que se llevan a cabo en este centro son impartidas por personas que tienen práctica o conocimiento en alguna actividad como yoga, baile, alfabetización o diferentes tipos de manualidades. Cada día tienen cuatro clases con una duración de 60 minutos cada una, de lunes a viernes, para cada día de la semana se programa una actividad distinta.

Conforme interactuábamos en las conversaciones, fui involucrándome con los integrantes del grupo con lo que se creó un ambiente de confianza posteriormente me tomaron en cuenta para participar en los preparativos y festejos de posadas, aniversario del club y fiesta de fin de año, al mismo tiempo comencé a entrevistar de manera individual a cada uno para elegir a los integrantes que conformarían los grupos de trabajo para la investigación.

En la segunda institución, Casa Hogar Marillac, el acercamiento con las personas fue difícil ya que desde un inicio el director de la institución me anticipó lo complicado que sería hablar con los residentes, y que tenía que intentarlo con muchos de ellos por que no se prestarían a trabajar de manera fácil ni voluntaria.

Comencé hablándole a cuanta persona encontraba en los jardines para tratar de conversar con ellos pero la respuesta era mínima, también entraba a las salas en donde se reúnen a ver televisión y buscaba la manera de entablar una conversación duradera para comenzar a crear un vínculo y posteriormente una red social, conforme empecé a hablar con ellos me fueron recomendando a otros compañeros suyos a quienes buscaba directamente en sus habitaciones pues algunos no salían de ellas muy seguido por causas de salud o aislamiento, y no les interesa tener amistad ni contacto con los demás compañeros por que entre ellos se desprecian ya que unos están más enfermos que otros, tienen menos cosas materiales o no pagan las mismas cuotas. Estos aspectos son banales y sin mucho sentido para evitar contacto con personas de alrededor pero en esta casa el nivel socioeconómico es tema recurrente.

Convencerlos de participar en las actividades fue complicado en primer lugar por que para los participantes significaba pérdida de tiempo, la mayoría decía ser inútil y que sólo lograría perder el tiempo en hacerlos trabajar en algo que no podían hacer y que no les traería beneficios; en segundo lugar por que los integrantes de los grupos no quisieron compartir el mismo tiempo y espacio de trabajo sólo en un par de ocasiones y fueron situaciones forzadas. Conforme transcurrió el tiempo de intervención surgió un ambiente cálido de confianza, fue así como cada uno empezó a trabajar en las actividades propuestas.

La expectativa al realizar este trabajo en las dos instituciones fue conocer cómo viven y se desenvuelven los adultos mayores en dos escenarios distintos, conocer sus hábitos, diversiones, enfermedades, situación familiar, expectativas de vida, deseos y primordialmente saber como el paso de los años deteriora sus funciones cognitivas.

De igual manera conocer las diferencias entre el adulto mayor socialmente activo, el institucionalizado con perjuicios y beneficios, en ambos casos conocer que los llevó a esa situación y cuáles son sus planes en futuro inmediato.

Otra de mis expectativas fue encontrar y desarrollar herramientas útiles de trabajo para revertir, detener o prevenir el deterioro cognitivo, realizando actividades que estimulen la memoria de los adultos mayores como talleres con juegos de memoria y musicoterapia así conocer si son eficaces para el tratamiento del deterioro.

Por último conocer en ambas instituciones cómo afecta el factor tiempo y qué cambios propicia en la población de adultos mayores, cuáles los benefician o perjudican en las tres áreas (física, psicológica y social); con ello elaborar una propuesta de seguimiento para mejorar las funciones cognitivas de adultos mayores institucionalizados, con la finalidad de que tengan una mejor calidad de vida con menos trastornos neuropsicológicos.

CAPITULO 2

DETERIORO COGNITIVO EN LA TERCERA EDAD

2.1 Deterioro cognitivo o cognoscitivo

Existe un consenso de que algunos aspectos de la cognición declinan con la edad, por lo que es una de sus principales causas. Por otra parte tenemos las enfermedades que ocurren comúnmente en la vejez las cuales juegan un rol sustancial en el declive cognitivo y en la independencia funcional, esto se le atribuye a síndromes neurodegenerativos que acompañan a la vejez.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales que cambian con la edad. Si bien hay personas que envejecen exitosamente y sus funciones cognitivas permanecen igual, la mayoría sufre disminución, lo que les impide aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas mientras que otros llegan a padecer trastornos demenciales (Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2004).

La disminución de las funciones cognitivas o deterioro cognitivo, se refiere a un brusco decline de la actividad intelectual del individuo que suele presentarse como un trastorno aparentemente leve con pérdida de memoria para hechos recientes, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio declive de la capacidad para recordar, esto aunado a la disminución de las capacidades mentales o intelectivas como, atención, orientación, percepción, concentración, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo, habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial (Pérez, 2005).

Para Casanova, S., Casanova, C., & Casanova, C. (2004) el deterioro cognitivo, es un trastorno relativamente benigno y muy común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal de las personas, se caracteriza por una declinación de la función mnésica relacionada con el envejecimiento de personas mayores de 50 años, por lo que el incremento de la edad es un factor de riesgo que origina deterioro en la memoria, aunque no es cierta la idea de trastorno normal, por el hecho de que hay ancianos que no lo padecen y puede no ser una consecuencia natural del envejecimiento ya que personas de menor edad también pueden padecerlo.

Existen otras causas que desencadenan deterioro cognitivo además del envejecimiento estas pueden ser infecciones severas, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc., que pueden alterar las funciones de forma parcial o global tanto en forma aguda como crónica.

Es un hecho, conforme transcurre el tiempo vamos envejeciendo y aunado a esto, se van reduciendo los recursos mentales con que podemos contar rápidamente, se reduce la capacidad para realizar actividades que impliquen el uso de funciones cognoscitivas como atención, aprendizaje, memoria, etc. Esta disminución se puede observar en tareas de habilidad mental, mientras más compleja sea es más probable que las personas adultas mayores no resuelvan adecuadamente el problema y lo hagan en mayor tiempo dependiendo el nivel de deterioro que presente. Por ejemplo en las tareas de recuerdo libre y señalado presentan una seria dificultad para recuperar la información este proceso va dificultándose más con el paso de los años y en los ancianos es una queja frecuente.

Esta queja se presenta constantemente en la incapacidad de las personas mayores para mantener la concentración sobre la información principal ya que a menudo difuminan su atención, en elementos diversos que se encuentran alrededor del ambiente y fungen como distractores reduciendo la posibilidad de concentración. A medida que envejecemos se van reduciendo los procesos mentales con que podemos contar rápidamente y ello limita la propia capacidad para realizar operaciones intelectuales.

Podemos decir que algunos aspectos de la cognición declinan con la edad, mientras que otros permanecen preservados como puede ser memoria a largo plazo, orientación, percepción, lenguaje, capacidad de juicio, capacidad para el cálculo. La declinación intelectual en ciertos dominios cognitivos puede ser consecuencia inevitable del envejecimiento normal y la severidad de estos impedimentos varía ampliamente. Las alteraciones más consistentes en la cognición son la afectación de memoria, aprendizaje, enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, disminución en el rendimiento motor y la afectación de las funciones ejecutivas.

Por último Riggs, (1998) en Franco, (s. f.) realizó investigaciones neuropsicológicas y encontró que, hasta el 10% de las personas mayores de 65 años presentan alguna alteración cognitiva, y dos terceras partes de los ancianos tienen al menos un déficit en la evaluación neuropsicológica.

Adicionalmente se establece que en la vejez hay una merma en el tiempo de reacción o procesamiento cognitivo, un deterioro en la inteligencia fluida, y alteración en la memoria funcional.

2.2. Memoria, tipología y función

La memoria es definida como la capacidad para almacenar y recuperar conocimientos es un proceso que tiene lugar en el sistema nervioso, los distintos tipos de memoria son provocados por cambios en la capacidad de transmisión sináptica de una neurona a la siguiente como consecuencia de una actividad nerviosa previa. La mayor parte de la memoria que asociamos con los procesos intelectuales se basa en huellas mnésicas que involucran a la corteza cerebral y al sistema límbico especialmente el hipocampo (Zanin, & De Bortoli, 2004).

La memoria es una función que va declinando de forma progresiva a lo largo de toda la vida adulta y la pérdida ha sido presentada como una queja frecuente entre la población anciana. Cabe aclarar que la alteración de la memoria en el envejecimiento no afecta a todas sus modalidades de la misma forma. Existen diverso tipos de memoria unos derivados de otros, los cuales trabajan de manera constante y en conjunto, (Baqués, Saíz, D. & Saíz, M., 2003).

TIPOS DE MEMORIA Y SU FUNCIÓN
<i>Memoria funcional</i> (o de lo cotidiano). Opera en todas las situaciones que las personas tienen que afrontar cotidianamente, tales como recordar, realizar tareas o retener el tipo de información necesaria para el funcionamiento adecuado diario por ejemplo recordar, una cara, una cita, un nombre, una ruta, así como acordarse de un amplio rango de actividades cotidianas.
<i>Memoria asociativa</i> . Adquiere hechos y cifras, los retiene en un almacenamiento a largo plazo, pero estos conocimientos solo serán de utilidad rememorándolos con el fin de influir sobre el comportamiento inmediato.
La memoria funcional complementa a la memoria asociativa, al sostener la asociación y el almacenamiento a corto plazo de información simbólica, así como al permitir la manipulación de la información, este tipo de memoria es fundamental para la comprensión

del lenguaje, el aprendizaje y el razonamiento.
<i>Memoria inmediata, primaria o de trabajo.</i> No puede contener más que una cantidad limitada de información.
<i>Memoria de corto plazo, o memoria de trabajo.</i> Está compuesta por un sistema de control de la atención con capacidad limitada, llamado administrador central, que supervisa y coordina la actividad de dos sistemas subordinados que son el articulario y el fonológico, encargados de manipular la información proveniente del lenguaje. El segundo sistema o agenda visoespacial, se responsabiliza de manejar las imágenes mentales (Corte, Ortiz & Ostrosky, 2001).
<i>Memoria de largo plazo.</i> Se subdivide en memoria implícita (procedural) y memoria explícita (declarativa).
<i>Memoria implícita.</i> Permite al individuo que revele la información a través de un comportamiento (como aprender a andar en bicicleta).
<i>Memoria explícita.</i> Permite la comunicación bajo una forma verbal o no verbal y debe referirse al acontecimiento, esta se subdivide en memoria semántica y memoria episódica. Los conocimientos guardados en la memoria semántica no tienen contexto, mientras que la información almacenada en la memoria episódica es de naturaleza autobiográfica (recordar que hicimos el pasado domingo) (Corte, Ortiz & Ostrosky, 2001).

Durante el proceso de envejecimiento se dan cambios en la memoria ya que la cantidad de información que un individuo es capaz de guardar disminuye con la edad, de igual manera tiende a desarrollarse una disminución de la capacidad de integración perceptiva. Una forma sencilla de evaluación es dar a las personas una lista de objetos (en palabras) y después someterlo a un distractor y pedirle posteriormente que evoque los objetos, también se les puede presentar una serie de imágenes, momentos después pedirles que las evoquen y dibujen.

Por otra parte, en el proceso de nuevos aprendizajes, las personas ancianas tienen problemas de abstracción incluso de lenguaje mostrando dificultad en el acceso léxico y disminución en la fluidez, trastorno que aparentemente no afecta de manera significativa a las personas que lo padecen.

El anciano olvida al recordar, es caso frecuente que no recuerden un nombre pero sí todo el contexto en el que sucedieron los hechos que relata, y puede evocar lo olvidado si se le brindan claves para que busque la información, por lo regular el recuerdo regresa de manera adecuada.

Es importante tener presente que el impacto del declive cognitivo o las pérdidas que acompañan a la edad es moderado cuando las personas mayores funcionan en un ambiente familiar, ya que en la sencillez de la vida cotidiana y tareas rutinarias se encuentra una enorme complejidad de operaciones mentales como mantener una conversación, salir a un destino específico, entre otras. Se requiere de una mezcla de datos sensoriales y conocimientos previos almacenados que se activan cuando hay estimulación, esto es que, mientras las personas tengan ocupaciones y sean parte de un grupo sus procesos cognitivos estarán menos deteriorados que el de personas que no tienen ningún tipo de ocupación y las vivencias previas dejan de ser relevantes.

Las personas que conservan sus funciones cognitivas en la vejez, tienden a tener mejor calidad de vida y mayor longevidad. Por esto es importante encontrar los factores determinantes de las diferencias entre personas mayores, dar alternativas de tratamiento para mantener un nivel de memoria que permita a los adultos mayores mantener sus funciones cognitivas en constante actividad y con ello prevenir un deterioro mayor.

2.3 El nivel educativo como factor de riesgo

El reconocimiento de que la capacidad para aprender se mantienen en la tercera edad se ha ensombrecido por estereotipos como “no se puede enseñar nuevos trucos a perros viejos”.

En contraposición con la idea anterior, es importante enfatizar que la capacidad de aprendizaje necesita ser examinada no sólo en términos intelectuales, sino también en parámetros emocionales y de experiencias vitales, ya que el proceso de mantenimiento o adquisición de aprendizajes se puede ver afectado no sólo por el incremento de la edad sino también por eventos en la vida cotidiana que involucren cambios en el estado de ánimo, enfermedades crónico degenerativas o en este caso el nivel de escolaridad que tienen las personas mayores, a continuación se explica la importancia del nivel académico con respecto al declive de las funciones cognitivas en el proceso de envejecimiento.

La exposición en un ambiente enriquecido, definido como una combinación de más oportunidades para el ejercicio físico, el aprendizaje y las relaciones sociales, producen no sólo una posibilidad de cambios estructurales y funcionales en el cerebro sino mayores redes neuronales (Rodríguez & Sánchez, 2004).

La literatura plantea que una mayor escolarización puede llevar a una mayor conectividad neuronal, en las primeras etapas de la vida que persisten durante el resto de ella, debido a que la educación puede estar relacionada con estimulación cerebral y crecimiento neuronal a lo largo del proceso de crecimiento. Por su parte el bajo nivel educativo, también tiene relación con factores que aumentan el riesgo de padecer demencia en la tercera edad.

El debate sobre educación y cambio cognoscitivo, en relación con el envejecimiento, es un tema importante de investigación se ha centrado en el deterioro del cerebro como resultado del poco uso. Hay una creencia popular de que una vida mental activa puede retardar el deterioro cognitivo que acompaña al envejecimiento.

Sobre este tema se han realizado estudios longitudinales con un gran número de sujetos, los cuáles reportaron que existe una asociación entre el bajo nivel educativo y un deterioro cognitivo posterior, por lo que las personas con menos escolaridad sufren mayor deterioro que los que tienen mayor escolaridad.

En otras investigaciones han analizado el rendimiento logrado por personas pertenecientes a diferentes niveles socioculturales en pruebas de diagnóstico neuropsicológico, Amante, en (Ostrosky, 1996), supone que las diferencias detectadas entre distintos grupos socioeconómicos no sólo son el resultado de experiencias ambientales diferentes, sino que el nivel de integridad neurológica varía de acuerdo con un gradiente socioeconómico.

Al respecto se presentó una investigación con grupos de niños de diferentes niveles socioeconómicos mediante distintas pruebas psicológicas y neuropsicológicas que mostraron una correlación significativa entre los resultados de éstas pruebas y el nivel sociocultural al que pertenecían.

Efectivamente existe una aparente organización cerebral diferencial para los distintos grupos sociales. En aquellos en que las condiciones socioeconómicas son favorables y sus integrantes gozan de ventajas educativas, muestran mejores ejecuciones en diferentes tareas en comparación con la población que vive en condiciones socioeconómicas desfavorables que reciben escasa o ninguna educación, tiene menor nivel de estimulación, así como una alimentación inadecuada (Ardila & Ostrosky, 1991).

Berry, (1979); Berry & Annis, (1974); Witkin, (1979); Witkin et al, (1974), (en Ardila & Ostrosky, 1991), suponen que, de alguna manera las condiciones ecológicas y culturales relativas a los patrones de socialización, como el estatus social, grado de escolaridad, bajo ingreso económico, habitación precaria, condiciones inadecuadas de higiene, por mencionar las más destacadas, inciden en las estrategias utilizadas en la solución de diversos problemas, lo cuál da origen a sistemas cognoscitivos diferentes.

Con la información anterior y las investigaciones realizadas se puede aceptar que las personas con menor escolaridad sufren mayor deterioro que aquellos con mayor escolaridad, además de apoyar la idea de que las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud frágil, la presencia de algún tipo de patología, falta de motivación, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales además del factor educación.

Otros estudios reportan que los programas de estimulación pueden ser eficaces en la reducción de los problemas de memoria asociados al envejecimiento normal. Yesavage, 1985 (en Ostrosky & Lozano, en prensa) afirma, esta posibilidad nos brinda un amplio panorama de investigación e intervención, ya que tenemos gran probabilidad de aminorar o revertir el daño cognitivo ocasionado por los factores mencionados anteriormente a través de diversas tareas o entrenamientos que estimulen el funcionamiento neuropsicológico.

2.4 Educación y reserva cognitiva

La reserva cognitiva se refiere al efecto protector que logra una buena educación, definido como la capacidad de activación progresiva de redes neuronales en respuesta a demandas crecientes, siendo un nuevo modelo teórico para el concepto de reserva cerebral que es un proceso normal utilizado por el cerebro durante la ejecución de diversas tareas intelectuales a lo largo de la vida.

También se le conoce como un mecanismo activo basado en la aplicación de los recursos aprendidos por educación, profesión o inteligencia, en este último caso se le relaciona con la eficacia y flexibilidad en la resolución de problemas a través de varios dominios, presentándose desde la educación y la experiencia.

Los individuos con mayor educación, nivel ocupacional o inteligencia tienen mayor posibilidad de compensar con éxito la patología de la enfermedad cognitiva degenerativa, por usar estructuras cerebrales o redes neuronales que no se usan normalmente en los cerebros sanos, Chirstensen & Farmer 1995 (en De Pascale, 2003).

La reserva cognitiva está ampliamente vinculada a la educación y existen numerosos estudios que muestran el efecto protector de esta variable en el envejecimiento cognitivo. Esto se debe a que la educación a través de la activación mejora el flujo sanguíneo cerebral e incrementa el aporte de oxígeno y glucosa al cerebro (Rodríguez & Sánchez, 2004).

El aspecto educativo comprende un conjunto de actividades durante una parte muy crucial del desarrollo, aprender a leer y escribir puede cambiar fundamentalmente la función cerebral lo cual permite compensar activamente, a los cambios relacionados con el envejecimiento, por ejemplo la alfabetización puede aumentar la densidad de las conexiones nerviosas del cerebro con la ventaja de poder mejorarla durante la vida.

Otras investigaciones revelan que la cultura es mejor paradigma que la educación debido a que representa mejor lo que la gente ha logrado, que la cantidad de tiempo que se ha estado en la escuela Stern, 2004 (en Rodríguez & Sánchez, 2004).

Ahora bien la reserva cerebral, asume que tanto la inteligencia innata como las experiencias de la vida (educación y otras actividades intelectuales) pueden proporcionar una reserva en la forma de habilidades cognitivas que permiten tolerar mejor los cambios patológicos del cerebro (Rodríguez & Sánchez, 2004).

En investigaciones relevantes encontramos que la participación en actividades como el ejercicio físico ha demostrado una asociación positiva con el funcionamiento cerebral debido a la estimulación del flujo sanguíneo que provoca un aumento en la eficacia nerviosa en personas mayores que practican deporte.

2.5 Abandono- soledad factores que favorecen el deterioro cognitivo y la depresión. (Institucional, personal, familiar, social, médico y alimenticio).

La visión que el anciano tiene del sentido de su existencia, las metas a las que debe dirigir su esfuerzo, la solidaridad humana y su dignidad como persona, ejercen una profunda influencia en la estabilidad de su ánimo en la forma de enfrentarse a los años que le quedan de vida (Gonzalo, 2002).

El envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión, la reducción del vigor físico, modificación de los placeres sensoriales y una conciencia de muerte desconocida en otras etapas de la vida (Pérez, 2004).

Con el envejecimiento llega la posibilidad de ingresar a una institución de tipo geriátrico debido a la incapacidad para vivir solos y valerse por sí mismos en todas las actividades requeridas para su bienestar. Las instituciones geriátricas están encargadas de proporcionar alojamiento, alimentación, asistencia geriátrica, social, cultural y religiosa a personas mayores que por distintas razones lo requieren, todo esto con el objetivo de crear un ambiente lo más familiar posible y con ello hacer agradable su estancia en dicho lugar.

Ahora bien se conoce que las personas que son ingresadas a instituciones de este tipo tienen un alto porcentaje de riesgo de padecer o incrementar algún tipo de deterioro, a nivel cognitivo, la población de residencia no es equiparable a la que vive en comunidad abierta, debido a que llegar a la etapa de vejez dentro del contexto familiar es más favorable por que se vive de manera

personalizada ya que los familiares responden a las demandas del adulto mayor, conocen sus necesidades, hábitos, estados de ánimo, etc. (Eschiruela & Lafuente, 2005).

La institucionalización actúa a nivel psicosocial acelerando los sentimientos de abandono y soledad en el anciano; también incide en la aparición de otros marcadores de fragilidad como caídas frecuentes, desarrollo de enfermedades, artritis, presión alta, pérdida de movilidad, entre otras.

Los ancianos institucionalizados padecen con mayor frecuencia problemas somáticos, dando lugar a un incremento en el uso de fármacos que en su mayoría tienen capacidad depresógena además de incidir en la tasa de depresión en este grupo poblacional (Zarragoitia, 2005).

El adulto mayor que es institucionalizado sufre grandes cambios en el proceso de adaptación, las personas pierden el rol social, familiar, profesional, también se reducen o pierden (en la mayoría de los casos) las relaciones sociales y familiares convirtiéndose en visitas ocasionales, ésta situación es una de las que más trauma genera en el adulto mayor, ya que está relacionado con rupturas de la propia etapa. Aunado a esto nos encontramos con los padecimientos que acompañan al proceso de envejecer como el aumento de dolor físico y el surgimiento o desarrollo de enfermedades crónico degenerativas ocasionando una fuerte disminución del movimiento e independencia física, por lo que su condición se va deteriorando cada día llegando al grado de ser dependientes y requerir el apoyo de un cuidador.

En el proceso de institucionalización tiene origen el proceso de adaptación donde los adultos mayores deben conocer y convivir con compañeros de su edad, respetar los horarios y lugar de comida, realizar las actividades que le sean asignadas, en general acoplarse a un nuevo lugar en donde vivirán los próximos y últimos años con normas, restricciones que deberán seguir de manera obligatoria, para hacer más llevadera su estancia en la institución a la que sean integrados.

En otro sentido es importante conocer cuáles son las características con las que deben contar las residencias en cuestión de satisfacción de necesidades y hacer más llevadera la estancia del adulto mayor, como brindarles posibilidad de aislamiento e intimidad personal, cuidados de salud, apoyo por parte del personal para mantener su autonomía, apoyo de la institución para manifestar su religiosidad, estimulación social (actividades diversas) entre otras.

Un aspecto primordial, que no debemos dejar de mencionar, es el modo de internamiento ya que cada persona tiene derecho a decidir el lugar y modo de vida que quiera, de acuerdo a sus posibilidades, por lo que resulta absolutamente necesario que los responsables del centro residencial pidan como requisito que el internamiento sea voluntario, es una regla, la persona es institucionalizada únicamente con su consentimiento, por el contrario si se interna únicamente por que es decisión de familiares o personas a cargo el proceso de adaptación será más complicado, su calidad de vida disminuirá con el paso de los días, desencadenando sentimientos de soledad, inseguridad, depresión, deterioro de las funciones cerebrales y físicas (motricidad).

La soledad es un factor de lo más común entre los ancianos que viven solos, en residencias geriátricas, los viudos, los que tienen bajos niveles de educación y los que tienen bajos ingresos (Romero, 2006).

En los ancianos la soledad aumenta, cuando los hijos se independizan, familiares y amigos van muriendo, ya que la pérdida de seres queridos provocan dolor por la desaparición de personas con quien sostenía un vínculo, y por el temor a irse quedando solo, en una época de la vida donde necesita mucho más cariño, compañía, compartir tiempo, experiencias y recuerdos.

Con la institucionalización la soledad aumenta, ya que el anciano es alejado del círculo social y familiar al que pertenece para entrar en uno en donde convivirá únicamente con personas de su edad, que en su mayoría viven con sentimientos de soledad semejantes, debido a la situación de abandono parcial o total que experimentan al estar en dicho lugar.

La inseguridad se manifiesta cotidianamente en el anciano, por una apreciación negativa de su valor personal generándole falta de aprecio por sí mismo, lo que provoca exageración en su debilidad para despertar compasión y obtener más fácilmente ayuda, o por el contrario trata de aparentar que todavía conserva vigor físico, capacidad intelectual, influencia social para seguir siendo tomado en cuenta y demostrar que aún puede hacer aportaciones productivas a pesar de saber que sus limitaciones son reales, su futuro incierto, que la ayuda que puede recibir de otros es realmente escasa y su opinión rara vez será tomada en cuenta.

Ahora tenemos a la depresión que se presenta como un aparente envejecimiento normal con falta de memoria, tendencia al aislamiento, momentos de desorientación en tiempo, lugar, incapacidad de reconocer lugares, se deterioran sus habilidades y costumbres, comienzan a perder el control esfinteriano, presentan trastornos en la marcha, todo esto semejante a trastornos de tipo cognitivo, demencial o trastornos particularmente físicos por lo que hay que tener especial cuidado en su detección y diagnóstico.

La depresión es la más común de las enfermedades emocionales en la vejez y ésta puede adquirir diferentes formas, como se muestra a continuación.

Algunas de las posibles causas de éste trastorno pueden ser las presiones derivadas por la jubilación, dependencia, muerte de los seres queridos, familiares o amigos y la inseguridad económica.

Por lo anterior se considera a la depresión, como una enfermedad severa de evolución crónica, que es de vital importancia su detección y tratamiento ya que en las instituciones geriátricas es uno de los problemas más frecuentes e intratados por la confusión con otras enfermedades, lo que provoca una fuerte disminución en la calidad de vida del anciano.

DEPRESIÓN

La depresión dentro de un proceso saludable la cual permite sobrellevar los procesos reales de pérdidas, duelos, adaptación a las nuevas etapas y formas de vivir.

Como un aparente envejecimiento normal, mostrando desinterés por las cosas que antes le despertaban vitalidad, pérdida de peso, trastornos de sueño y falta de memoria.

Como envejecimiento anormal, manifestando desorientación en tiempo y espacio, confunde a personas conocidas, no reconoce lugares pierde por completo el control de esfínteres y se niega a ingerir alimentos.

Como enfermedad física orgánica o somática, con múltiples quejas de dolor físico, falta de apetito y pérdida de peso.

Como enfermedad psiquiátrica depresiva manifestando tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, ideas suicidas persistentes, minusvalía, auto reproche, lentitud psíquica y motora trastorno del sueño y el apetito, etc. (Pérez, 2004).

CAPITULO 3

NEUROPSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

3.1 Envejecimiento cerebral

El envejecimiento conlleva una serie de cambios en el cerebro humano, como son la pérdida continua de neuronas y sinapsis entre ellas, así como depósitos de diferentes sustancias y cambios degenerativos en las neuronas supervivientes que originan una atrofia cortical grave, en la mayoría de los ancianos la consecuencia de estos cambios es un inevitable deterioro intelectual (Parck, 2002).

En el proceso de envejecimiento cerebral es conocida la aparición de lesiones de sustancia blanca en el anciano, clínicamente se han asociado con trastornos de la marcha, incontinencia urinaria, depresión y alteraciones cognitivas (Pujol & Azpiazu, 2004).

Algunos estudios han encontrado asociación entre los cambios en la sustancia blanca, y la alteración en funciones frontales, como la velocidad de procesamiento de información, la fluidez verbal, función visual, motora, capacidad de clasificación y secuenciación mental. Otras áreas cognitivas como el lenguaje, la memoria, las funciones espacio-visuales, constructivo-visuales y perceptivo-visuales son menos relacionadas con cambios en la sustancia blanca, la cual también sufre cambios cuando tenemos un padecimiento de hipertensión.

3.2 Declive en procesos cognoscitivos

La historia natural del deterioro cognitivo no está aún clara. Los individuos con déficits cognoscitivos, más pronunciados relacionados a la edad, son de particular interés ya que ellos pueden hallarse en un grupo de alto riesgo para el subsecuente desarrollo de demencia (De Pascale, 2003).

Los principales mecanismos propuestos para explicar las diferencias de edad en el funcionamiento cognitivo son cuatro: la velocidad con que se procesa la información, el funcionamiento de la memoria operativa, la función inhibitoria y el funcionamiento sensorial. El

descenso en la memoria y la velocidad de procesamiento intelectual está relacionado con cambios anatómicos y fisiológicos normales en el cerebro durante el proceso de envejecimiento.

La habilidad para manejar el conocimiento se mantiene con la edad. Se ha reportado que las tareas más afectadas son aquellas que dependen de la velocidad de respuesta.

Ostrosky, Ardila & Chayo, (1996) también ha reportado un decremento en la ejecución de tareas que requieren la inhibición de impulsos, fluidez verbal y la formación de conceptos. De igual manera existe una tendencia general a la lentificación, hay limitaciones en la retención de la información a corto plazo y se presentan deficiencias en la ejecución de las tareas espaciales y perceptuales como las siguientes.

a) Lentificación

La lentificación en tareas intelectuales y físicas es una de las características centrales en el proceso de envejecimiento. Existe un decremento en la velocidad de la respuesta motora, así como en las modalidades sensoriales (visual, auditiva y somatosensorial) en donde los tiempos de reacción son más lentos en los ancianos (Ostrosky, Ardila & Chayo, 1996).

La lentitud afecta a los ancianos en su calidad de respuesta, así como el tiempo que demora para darla, por lo que la lentificación en las actividades motoras es aceptada como un factor consecuente del envejecimiento, además los ancianos requieren más tiempo para evaluar su ambiente, tal lentitud en el procesamiento de la información se refleja en todos los aspectos de la vida.

El anciano comienza a lentificarse en la toma de decisiones, se le dificulta responder ante nuevas situaciones que impliquen el paso rápido de una estrategia a otra, la evocación de nombres y detalles se le torna difícil, esto se incrementa en situaciones de estrés, fatiga o enfermedad.

b) Lenguaje

La inteligencia verbal se mantiene hasta la séptima década de la vida y después declina gradualmente. En las pruebas de vocabulario en las que se pide a las personas definir palabras concretas y abstractas no se afecta con la edad, sin embargo frecuentemente las personas se quejan de una dificultad para encontrar las palabras y definir objetos. Con la edad los ancianos

encuentran que a pesar de reconocer a una persona no puede evocar su nombre. El lenguaje es una de las funciones que mejor se mantiene con la edad e inclusive algunas modalidades, como el lenguaje narrativo, mejoran.

c) Funciones visoespaciales

La habilidad espacial se puede examinar por medio de una tarea de ejecución, de reconocimiento de figuras que pueden presentarse en dos o tres dimensiones. La habilidad espacial se evalúa por medio de actividades constructivas como diseños con cubos o rompecabezas, o bien con la copia de dibujos y ejercicios en donde el sujeto tiene que identificar dibujos con elementos similares. Los resultados reportados arrojan que a mayor edad mayor decremento en las funciones visoespaciales además de presentar poca integración de los elementos.

d) Inteligencia

Aunque muchas de las habilidades intelectuales se mantienen con la edad, después de los 60 años, las tareas que se ven más afectadas son aquellas que dependen de la velocidad de respuesta.

Estudios sobre la inteligencia en la vejez han revelado que en la niñez la inteligencia incrementa, llega a su nivel más alto en la adolescencia, e incluso en la adultez temprana y posteriormente empieza a disminuir.

e) Atención

La *habilidad atencional* abarca al menos tres conceptos interrelacionados importantes: atención sostenida, atención selectiva y capacidad atencional.

En la *atención sostenida* lo más importante es la vigilancia que necesita la persona ante un estímulo. Se evalúa mediante las tareas auditivas o visuales que requieren la repetición e identificación de secuencias de letras o números.

La *capacidad atencional* es usualmente evaluada por medio de tareas duales (tareas sensoriales), en donde dos actividades deben ser desempeñadas simultáneamente, en este tipo de evaluaciones se refleja un decremento en el desempeño como consecuencia de la edad.

La *atención selectiva* es la habilidad para extraer información relevante e irrelevante, la cual puede ser evaluada con tareas en donde la persona ignore la información. Este tipo de atención parece no afectarse con la edad, aunque los primeros resultados de una investigación mostraron un deterioro, esto se explica en la actualidad por las dificultades perceptuales de las personas ancianas.

3.3 ¿Qué son las demencias?

Un porcentaje importante de los ancianos padecen demencia más o menos global ya que la incidencia es directamente proporcional a la edad. Las demencias son enfermedades del sistema nervioso que producen pérdida progresiva de las funciones cognoscitivas, incluyendo atención, aprendizaje, memoria y capacidad de razonamiento Cummings & Benson, 1988 (en Castillo, 1997).

La demencia representa un serio problema de salud mental en los países desarrollados y probablemente lo será en todo el mundo. El costo de atención a esa población, sobre todo la más afectada, es muy elevado y representa una carga financiera pesada (Krassoievitch, 1988).

El término demencia, se refiere al deterioro múltiple de las funciones cognoscitivas en ausencia de alteraciones de la conciencia, su inicio puede ser sutil, es generalmente el paciente quien descubre el proceso. Se da cuenta de que pierde habilidades, sabe que olvida cosas importantes, que no puede manejar de manera adecuada su vida y se siente confuso. La respuesta a este descubrimiento suele ser el aislamiento, abatimiento funcional, tratando de disfrazar las deficiencias y de seguir el control de su vida reduciendo actividades (Noguerón, 2000).

La demencia es un estado de deficiencia individual y conjunta adquirido y hasta la fecha irreversible a largo plazo de diferentes funciones superiores del sistema nervioso central, en particular cognoscitivas. Está relacionada con lesiones cerebrales de tipo vascular, degenerativo, traumático, tóxico, infeccioso o tumoral. Su inicio y su evolución son progresivos dando lugar a una disminución de la autonomía, modificaciones de la conducta y trastornos de las relaciones con los demás. Conduce a una desadaptación social que genera intolerancia del medio, lo que obliga tarde o temprano a una intervención de los servicios médicos y sociales (Krassoievitch, 1988).

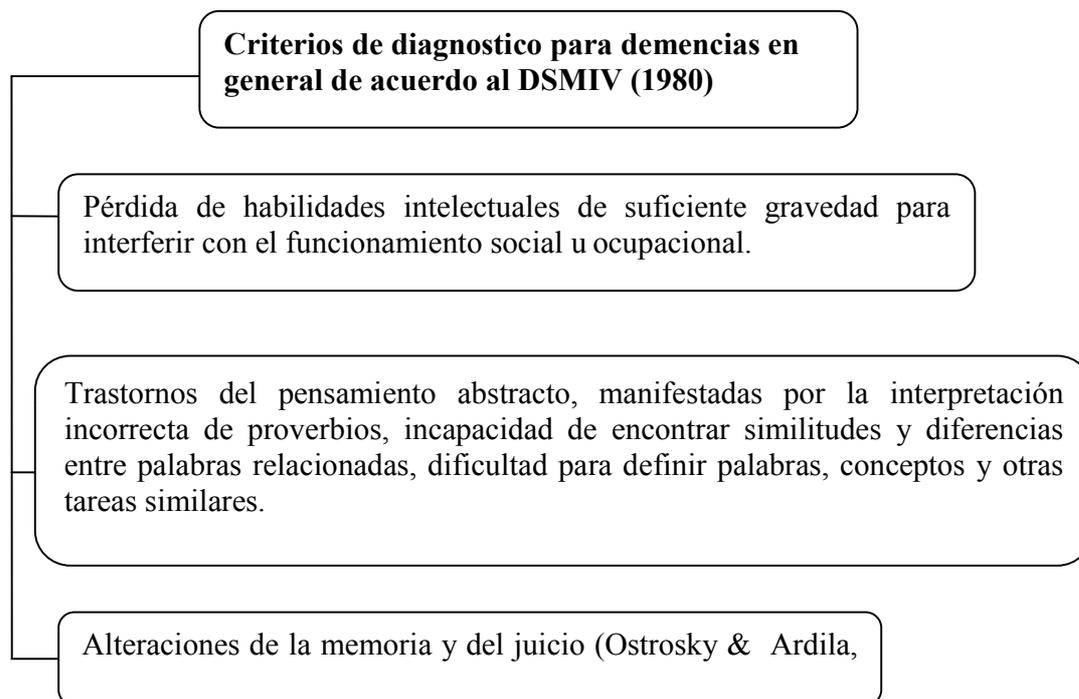
En una definición relativamente opuesta tenemos que para García & Olazarán, (2003), la demencia es un síndrome que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, por lo general crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresivo. Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para intervenir en sus actividades sociolaborales.

En otra definición, demencia es un síndrome que surge por la disfunción de los hemisferios cerebrales que produce desintegración de la conducta en aspectos intelectuales y emocionales, alterando significativamente la función social y laboral de las personas que lo padecen; la demencia puede ser reversible o irreversible, según la causa del daño y la oportunidad que se tenga de tratamiento Rosseli, 1983 en (Ardila & Ostrosky, 1991).

En último caso encontramos a Pérez, (2005) quien dice que demencia es un síndrome de origen orgánico, adquirido, persistente, con afectación de múltiples funciones intelectuales, sin alteración de la conciencia y que supone un descenso significativo en las capacidades sociales del individuo.

3.4 Diagnóstico y tipos de demencia

El diagnóstico de demencia debe ser tratado con cuidado y de manera correcta ya que se deben considerar aspectos neuropsicológicos para establecer si se trata de un cuadro depresivo, un proceso normal del envejecimiento o una demencia en forma, ya que a simple vista puede parecer fácil diagnosticarla si el paciente presenta cambios obvios en su comportamiento, pero siempre será necesario asegurar el padecimiento y conocer las opciones de tratamiento (Peña & Robles, 2003).



En éste mismo sentido, Gurland & Toner, 1983 (en Ardila & Ostrosky, 1991) proponen dos características que deben ser tomadas en cuenta para diagnosticar demencia estos son las siguientes.

1. La presencia de un trastorno global de las funciones intelectuales, este deterioro debe ser gradual y ocurrir después de la madurez en las funciones cognitivas y debe asociarse con otros signos demenciales.
2. El diagnóstico de demencia no puede hacerse exclusivamente sobre la base de una deficiencia cognoscitiva, sino que también requiere un análisis minucioso de la historia clínica del paciente y las características de instalación de su proceso demencial.

Para el caso de las demencias que se presentan durante el envejecimiento se plantea que, cuando una persona mayor de 65 años presenta cambios intelectuales y comportamentales puede tratarse de cuadros demenciales, sin embargo se deben considerar dos condiciones importantes el envejecimiento normal y la pseudodemencia depresiva, ya que esto puede generar un diagnóstico erróneo.

Por otra parte tenemos que las demencias se clasifican en corticales y subcorticales; la demencia cortical se caracteriza por *apraxia* (incapacidad para realizar actividades motoras complejas), *afasia* (afectación del lenguaje en lo que se refiere a la expresión y comprensión, tanto en el lenguaje oral como escrito), *agnosia* (incapacidad para reconocer la información percibida por los sentidos), *acalculia* (dificultad para llevar a cabo operaciones matemáticas simples), alteración del recuerdo, aprendizaje y reconocimiento, inicio paulatino y curso progresivo en la enfermedad de Alzheimer.

La demencia subcortical se caracteriza por apatía, depresión, alteraciones motoras, posturales, de marcha y coordinación y alteraciones del recuerdo.

A continuación se describen las demencias de mayor prevalencia en la etapa del envejecimiento y las características más importantes de cada una, en este caso se hablará de las demencias no remediadas o irreversibles de origen degenerativo.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA), es una enfermedad degenerativa y progresiva, por ello no tiene cura se caracteriza por una atrofia cerebral, pérdida neuronal, sináptica, presencia de placas seniles y nudos neurofibrilares, esto se refleja en el deterioro progresivo de la memoria y al menos otro defecto cognitivo como desorientación temporal, alteración del lenguaje, agnosias, apraxias o alteración de las funciones visoespaciales (no reconocer rostros o lugares conocidos).

Los cambios neuropatológicos ocurren primariamente en el hipocampo, la corteza entorrinal y en las áreas de asociación del lóbulo frontal, parietal y temporal los cuales están involucrados en las etapas tempranas de la enfermedad. Las cortezas de asociación temporal, frontal y parietal se afectan a medida que progresa la enfermedad (Cummings & Benson, 1994 en Ostrosky & Lozano, en prensa).

Se estima que la EA constituye el 60% de todas las demencias, se presenta un cambio patológico acelerado que puede aparecer en las etapas medias y tardías de la vida (Ostrosky, Ardila & Chayo, 1996).

Para Alberca, (2006), la demencia de Alzheimer representa al 50% de los casos en las series clínicas de los hospitales y entre el 60 y 80% del total de los casos que la padecen.

La característica clínica principal de EA es una demencia global profunda que se manifiesta por una amnesia severa con déficits adicionales en el lenguaje, funciones ejecutivas, atención y habilidad visoespaciales y viso-constructivas Cummings & Benson 1994 (en Ostrosky & Lozano, en prensa).

Alzheimer	Factores de riesgo más comunes para la demencia de tipo EA.
	- La edad es el factor más importante ya que entre los 65 y 85 años la frecuencia del padecimiento es mayor.
	- El bajo nivel educativo debido a que los años de estudio crean una "reserva cognitiva" que ejerce un efecto protector contra el deterioro.
	- Las enfermedades cardiovasculares como hipertensión, infartos de corazón y otros como traumatismo craneal grave, y diabetes, aumentan la posibilidad de padecimiento.
	- Traumatismo craneal
	- Una historia familiar de demencias ya que existe un componente genético que todavía no ha sido bien explicado por el cual los integrantes de una familia heredan mutaciones de algunos cromosomas, en estos casos la demencia suele presentarse antes de los 50 años, esto no siempre sucede por lo que si un familiar padece Alzheimer no significa que vaya a transmitirse a los hijos.
	- Mediadores inflamatorios (Citosina, Quimocinas, Creatinín+Cinasa, etc.), incluso infecciones causadas por virus que provoquen inflamación, pueden favorecer la aparición de trastornos conductuales asociados con alzheimer propuesto por (Aso, Martínez & Arregui, 2004).
- El empleo de fármacos (Anticolinérgicos, Neurolépticos, o Benzodiazepinas), la ingestión de alcohol (de manera crónica) pueden agravar el padecimiento, (Aso, Martínez & Arregui, 2004).	

Demencia vascular

En el concepto demencia vascular se incluyen las demencias secundarias o procesos isquémicos o hemorrágicos con presencia de uno o múltiples infartos, o bien lagunas (infartos de sustancia blanca profunda) pudiendo aparecer trastornos de la marcha, labilidad emocional, etc., (Lerner, 2006). La demencia vascular (DV) se caracteriza, por un decremento acumulado en el funcionamiento cognoscitivo secundario a infartos múltiples cerebrales o estratégicos, daño isquémico y lesiones hemorrágicas.

Criterios de diagnóstico para demencia vascular

- Presencia de trastornos cognoscitivos múltiples
- Presencia de alteraciones significativas, decremento social y/o ocupacional
- Presencia de signos y síntomas neurológicos entre otros.

Hay diversos criterios de diagnóstico para DV como en el caso de los estudios clinicopatológicos en los que hay poca fiabilidad por su baja sensibilidad con los distintos criterios, esto se debe a la variabilidad de causas vasculares que pueden producir la demencia. Para su detección es utilizada la escala de Hachinski con una especificidad del 89%.

La historia previa de enfermedad cerebrovascular, tabaquismo y otros factores de riesgo orientan a una posibilidad de diagnóstico además de que el paciente ya tiene déficit neurológicos focalizados de episodios previos de obstrucción vascular (Nogueron, 2000).

La DV constantemente se acompaña de trastornos posturales y una historia de caídas frecuentes, trastornos no relacionados con enfermedades neurológicas, parálisis pseudobulbar, cambios de ánimo y de personalidad (depresión e incontinencia emocional) (Ostrosky & Lozano, en prensa).

Cuerpos de Lewy variante de EA

Es una enfermedad degenerativa se define por el hallazgo histológico de abundantes cuerpos de Lewy en la corteza cerebral que clínicamente se caracteriza por presentar síntomas extrapiramidales del tipo rigidez, bradicinesia (después del deterioro mental) problemas de la

marcha, caídas, fallas en el nivel de atención, alerta y pueden aparecer episodios confusionales con relativa frecuencia (Lerner, 2006).

Este tipo de demencia tiene semejanzas tanto con la enfermedad de alzheimer ya que se caracteriza por la distribución cortical de placas seniles, nudos neurofibriles de EA y con la enfermedad de parkinson. Con esta última se asemeja por que se han encontrado características como signos extrapiramidales moderados sin temblor, fluctuaciones en el nivel de atención, alucinaciones visuales y delirios paranoides. También presenta cambio subcortical en sustancia negra locus coreleus y núcleos vagales dorsales de Enfermedad de Parkinson.

La manifestación clínica de este trastorno variante de cuerpos de Lewy de EA como ya se dijo anteriormente es muy parecida a EA. Estudios indican que el deterioro cognoscitivo asociado a la variante de cuerpos de Lewy se puede distinguir clínicamente de la forma pura de EA la demencia de cuerpos de Lewy incrementa la prevalencia de hallazgos motores extrapiramidales (bradiquinesia, rigidez y máscara facial) alucinaciones y un deterioro más rápido, además de presentar disminución en la fluidez verbal y en la capacidad visoespaciales.

Corea de Huntington

Es una enfermedad autonómica dominante que resulta en trastornos de movimiento y demencia. El inicio de CH ocurre en la cuarta y quinta década de la vida y en algunos casos en jóvenes de menos de 20 años.

Manifestaciones clínicas primarias

- Movimientos coreiformes
- Demencia progresiva
- Cambios emocionales y de personalidad

Frecuentemente las características conductuales primarias son cambios sutiles en la conducta y en la personalidad (depresión, irritabilidad y ansiedad). Los trastornos cognoscitivos incluyen alteraciones en la evocación, funciones ejecutivas, fluidez verbal con conservación de la capacidad intelectual global.

Enfermedad de Parkinson

Se identifica clínicamente por la tríada clásica de síntomas motores. Temblor de reposo, rigidez, bradiquinesia, hiperquinesia, el inicio ocurre entre los 40 y los 70 años.

En la enfermedad de Parkinson con frecuencia se observan tics, temblores, puede haber trastornos en la frecuencia o ritmo, la respiración, gesticulación, o bostezos; en algunos casos más severos pueden aparecer ataque epilépticos y narcolépticos (necesidad invencible de dormir por lapsos breves) (Noyes & Kolb, 1970).

Cabe aclarar que las demencias se presentan de la misma manera en todo tipo de poblaciones aunque la recuperación no se da igual en todos los casos debido muy posiblemente a la estimulación que reciben o no los diferentes grupos de población que las padece.

CAPITULO 4

PRUEBAS ESTANDARIZADAS EN MEXICO PARA LA EVALUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

4.1. Evaluación gerontológica

La evaluación gerontológica integral (EGI) se refiere a la medición de la funcionalidad física, mental y social, así como de la calidad de vida y detección de factores de riesgo para la presencia de enfermedades crónico degenerativas o limitaciones en las actividades básicas de la vida durante la tercera edad (Arronte, Beltrán, Correa, Martínez, Mendoza, Rosado, et al, 2007).

Las personas que lleven a cabo una evaluación de este tipo deben cumplir con características y habilidades profesionales específicas.

1. Conocimientos sobre el proceso de envejecimiento.
2. Responsabilidad y ética.
3. Conocimientos teóricos y habilidades prácticas sobre evaluación gerontológica.
4. Capacitación previa a la aplicación de los instrumentos.

En todo el mundo, se dispone de una multitud de pruebas o test para evaluar la presencia de deterioro cognitivo de una forma estructurada y mensurable, algunos se utilizan para evaluaciones globales y otros se centran en la exploración de aspectos puntuales del intelecto.

Para Ostrosky, Ardila & Rosselli, (2003.) la evaluación de las funciones cognoscitivas, en condiciones normales y patológicas ha despertado la necesidad de contar con instrumentos breves, confiables y objetivos para la valoración del funcionamiento mental. La evaluación del funcionamiento cognoscitivo es esencial para el diagnóstico de condiciones patológicas y para el manejo médico y conductual de los pacientes.

Objetivos
de la
evaluación
neuropsicológica

- Establecer la existencia de alteraciones cognoscitivas relacionadas.
- Establecer la magnitud relativa del daño.
- Establecer la habilidad del paciente para regresar a un estilo de vida previo.
- Especificar un programa óptimo de rehabilitación y las modificaciones que será necesario hacer en el medio del paciente para poder manejarlo Crochet & cols 1981 (en Andon, 2002).

En la actualidad existen diversas pruebas para realizar la evaluación cognoscitiva, baterías completas como son la batería de Halstead-Reitan, la batería de Luria-Nebraska, el Esquema de Diagnostico Neuropsicológico, cuestionarios como el Dementia Rating Scale, el Mental Status Check List, sin embargo hasta la fecha ninguno de estos instrumentos es completamente satisfactorio.

Una de las limitaciones de las baterías neuropsicológicas completas es que su tiempo de aplicación (4 a 6 horas) origina que poblaciones con demencia, cuadros psiquiátricos o ancianos no toleren su aplicación.

En otra parte tenemos a las escalas breves como el Mini-Mental State o el Blessed que son demasiado sencillas y a pesar de ser sumamente eficientes en relación al tiempo de evaluación arrojan un alto número de falsos negativos, son insensibles a alteraciones leves, los niveles educativos afectan la ejecución, son sensibles únicamente a daño cortical izquierdo y no aportan diferencias confiables acerca de diferencias culturales.

Las escalas que se mencionaron no incluyen la evaluación de los procesos cognoscitivos que han demostrado ser biológicamente independientes. Los cuestionarios breves son útiles en el diagnostico y seguimiento sin embargo usualmente no son eficaces cuando se emplean de manera aislada.

Diversos estudios neuropsicológicos han mostrado que los factores socio-culturales son variables importantes cuando se ejecutan pruebas neuropsicológicas; en Latinoamérica se da con frecuencia el caso de traducir las pruebas desarrolladas en otros países empleando sus normas y factores culturales lo cual invalida los datos ya que en el analfabetismo total y funcional es muy alto para la población latinoamericana.

La evaluación neuropsicológica breve en español Neuropsi tiene por objetivo valorar las funciones cognoscitivas siendo un instrumento desarrollado, estandarizado y válido para población Mexicana. El objetivo fue poder contar con índices confiables que permitan hacer un diagnóstico temprano y/o predictivo de alteraciones cognoscitivas, (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 2003).

4.2 El Neuropsi como herramienta en la detección de deterioro cognitivo

El Neuropsi es una prueba Test-Retest está dividida en áreas cognoscitivas y los procesos a evaluar que incluyen: orientación (tiempo, persona, espacio), atención y activación, memoria, lenguaje (oral, escrito), aspectos viso-espaciales, viso-perceptuales y funciones ejecutivas.

Orientación. Permite establecer el nivel de conciencia y estado general de activación, con cuestiones sobre tiempo, espacio y el lugar que ocupan actualmente en el.

Atención y concentración. En la evaluación de la integridad de las funciones cognitivas es necesario primero establecer la habilidad del paciente para enfocar y sostener la atención, antes de valorar funciones más complejas como la memoria, el lenguaje y la capacidad de abstracción. La atención es la habilidad de “orientarse hacia” y “enfocarse sobre” un estímulo específico.

En la evaluación de los procesos atencionales es necesario identificar deficiencias en el nivel de conciencia o estados de activación, esto se refiere a que los pacientes no son capaces de filtrar los estímulos irrelevantes y por lo tanto se distraen ante los estímulos externos (sonidos, movimientos estímulos visuales etc.) que ocurren a su alrededor.

La concentración es la habilidad para sostener o mantener la atención durante periodos prolongados la cual es necesaria para poder realizar cualquier tarea intelectual y puede alterarse por causas orgánicas o emocionales.

Memoria. La memoria permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente. El tiempo que retenemos la información puede variar desde segundos (como la retención de dígitos) hasta semanas o años (como recuerdos de nuestra infancia). Las etapas de la memoria; fase de retención o de registro, en la cual el sujeto recibe la información, fase de

almacenamiento o de conservación de la información y fase de evocación o recuperación de la huella de memoria.

Cuando las personas neurológicamente intactas se les pide evocar de forma inmediata una lista de palabras, existe una tendencia a recordar con mayor facilidad las primeras y últimas palabras de la lista y olvidar las palabras del centro. Se ha postulado que las primeras palabras de la lista están codificadas en la memoria a largo plazo, mientras que las últimas palabras pueden repetirse fácilmente porque están en la memoria a corto plazo, (Ostrosky, Ardila y Rosselli, 2003)

Lenguaje. Las alteraciones de lenguaje se pueden presentar como consecuencia de lesiones focales causando diversos tipos de afasias o por lesiones difusas. La afasia se caracteriza por errores en la producción, alteraciones en la comprensión y dificultad para encontrar las palabras.

Habilidades viso-espaciales. En la práctica neuropsicológica las habilidades viso-espaciales y constructivas se evalúan a través de la copia de dibujos sencillos o complejos mediante la construcción de figuras tridimensionales. Uno de los estímulos que más se ha utilizado y validado en la práctica neuropsicológica es la Figura Compleja del Rey—Osterreitch, (Osterreitch, 1944, en Ostrosky, Ardila y Rosselli, 2003).

La valoración se hace de forma cualitativa y cuantitativa, debido a que en un estudio piloto reciente se encontró que en poblaciones ancianas sin patología y pacientes con demencia leve o con patología psiquiátrica presentan serias limitaciones en su copia, en el Neuropsi esta figura se modificó manteniendo los principios teóricos básicos.

Funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas incluyen procesos como anticipación, selección de una meta, capacidad de secuenciar, planear y organizar la conducta. Estas habilidades son necesarias para llevar a cabo conductas apropiadas y ser un sujeto independiente. El Neuropsi evalúa la capacidad de abstracción y la realización de secuencias motoras.

Lectura, escritura y cálculo. Los desordenes en el lenguaje oral, se acompañan de defectos en la habilidad para leer, escribir, y realizar cálculos numéricos. Es frecuente que aún en daños leves o durante procesos degenerativos tempranos, estas funciones se encuentren alteradas. La interpretación cualitativa del tipo de errores, el análisis de las discrepancias entre calidad de

escritura por copia y escritura al dictado, aporta importante información acerca de áreas cerebrales involucradas.

El Neuropsi está constituido por reactivos sencillos y cortos, incluye pruebas con alta validez neuropsicológica y se adaptaron las pruebas para poder evaluar a poblaciones de ancianos e internos psiquiátricos. La administración es individual, se requiere de un conjunto de tarjetas, láminas y un protocolo de registro. Se incluye un protocolo para la población escolarizada y otro para la evaluación de individuos con escolaridad nula.

En población sin alteraciones cognoscitivas la duración aproximada para su administración es de 20 a 25 minutos y en población con trastornos cognoscitivos es de 35 a 40 minutos.

4.3 Otras pruebas para la evaluación gerontológica y geriátrica

Dentro de las pruebas actualmente existentes para evaluar a la población de adultos mayores de México, encontramos una batería realizada en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza con pruebas estandarizadas para población anciana mexicana la cual está basada en evaluaciones de carácter geriátrico con pruebas que miden estado de salud integral como alimentación, medicación, actividad física de orden médico, también incluyen algunas pruebas de interés gerontológico que evalúan procesos cognitivos autoestima y depresión de manera general.

La evaluación en grupos de adultos mayores tiene que diferenciarse para no confundir la función de cada especialista y tener claro quienes son los encargados de llevar a cabo los tratamientos pertinentes, no es lo mismo una evaluación geriátrica de carácter médico, una psicológica que puede evaluar aspectos generales de las condiciones emocionales y cognitivas todo tipo de poblacionales y la gerontológica que atiende de manera especializada todos los procesos psicológicos que surgen durante la tercera edad y el proceso de envejecimiento humano.

El manual de pruebas estandarizadas realizado en la FES Zaragoza es presentado como gerontológico integral siendo que la mayoría de las pruebas son de carácter geriátrico. De alguna manera la información que se obtiene de esas evaluaciones es funcional para los especialistas en psicología pero no aclaran las ventajas o desventajas de cada prueba tampoco brindan recomendaciones de uso para cada especialista, de manera general el manual es más de utilidad geriátrica y las pruebas de carácter psicológico a niveles básicos son sencillas y pueden ser

aplicadas a poblaciones de cualquier edad, si se utilizan para evaluar autoestima o depresión es recomendable mejorar la evaluación con pruebas más amplias, detalladas y especializadas en población anciana.

A continuación se presenta la descripción de cada una de las pruebas presentadas en el manual las cuales están divididas en cuatro grupos: a) estados de salud y polifarmacia, estado cognitivo y función física; b) nutrición, estilo de vida y salud buco dental; c) calidad de vida, estado afectivo, autoestima y redes de apoyo social; d) evaluación del cuidador.

a) Estado de salud, estado cognitivo y funcionalidad física.

La funcionalidad del estado de salud y sus repercusiones en la funcionalidad es fundamentalmente para establecer acciones gerontológicas de índole preventiva en el marco de mantener prolongar y recuperar la funcionalidad mental, física y social (Arronte, Beltrán, Correa, Martines, Mendoza, Rosado, et al, 2007).

<i>Cuestionario del Estado de Salud y Polifarmacia</i>

Es un cuestionario semi-estructurado de autoreporte, de 26 preguntas que se aplica en aproximadamente 10 minutos. Las preguntas se dividen en tres bloques información general (datos personales, escolaridad, ocupación, con quien vive), aspectos socioeconómicos (fuente de ingresos, si trabaja o no), y aspectos de salud (enfermedades que padece, cantidad de medicamentos que consume, diagnósticos nuevos, hospitalizaciones, estado de salud en general).

<i>Mini Examen Mental de Folstein</i>
--

Está conformado por 30 preguntas integradas en cinco secciones: orientación, atención, cálculos, lenguaje y memoria diferida. Es una prueba psicológica de tamizaje (diagnóstico probable) validada en población mexicana, para establecer el diagnóstico presuntivo de las funciones cognitivas, se aplica aproximadamente en 15 minutos.
--

Actividades Básicas de la Vida Diaria (Escala de Barthel)

Evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) conformado por diez apartados; baño, vestido, aseo personal, ir al sanitario, deambulaci3n, traslado sill3n cama, escaleras, micci3n, deposici3n, alimentaci3n, se aplica aproximadamente en 10 minutos. Busca conocer la funcionalidad f3sica a trav3s del tiempo y evaluar la eficacia de las medidas preventivas o de rehabilitaci3n.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Escala de Lawton y Brody)

Evalúa si el adulto mayor realiza las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con independencia con asistencia o si es dependiente, el cuestionario est3 conformado por siete apartados; tel3fono, transporte, compras, preparaci3n de alimentos, quehaceres del hogar, medicaci3n y manejo de dinero.

Cuestionario de Actividades F3sicas (Escala de Nagi)

El cuestionario evalúa la capacidad para realizar 9 actividades f3sicas de manera demostrativa, est3 conformado por nueve apartados su aplicaci3n es de aproximadamente 10 minutos. Con su aplicaci3n se busca conocer la capacidad funcional y f3sica de manera m3s precisa.

Marcha y Equilibrio (Escala de Tinetti)

El cuestionario esta conformado por dos apartados para conocer el equilibrio y la marcha de manera demostrativa, el primero evalúa el equilibrio a partir de nueve tareas a realizar, el segundo corresponde a la marcha a partir de siete actividades, su tiempo de aplicaci3n es de 15 minutos aproximadamente.

b) Nutrici3n, estilos de vida y salud bucodental.

La evaluaci3n del estado nutricional, de los factores de riesgo y de los estilos de vida es fundamental para la gerontolog3a comunitaria, con la finalidad de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad f3sica, mental y social.

Mini Valoración Nutricional (MNA)

Detecta oportunamente el riesgo nutricional identificando los factores individualizados, evalúa el riesgo nutricional y recolecta algunos datos como peso, estatura, mediciones de brazos, pantorrilla e índice de masa corporal. El cuestionario está conformado por dos apartados el primero de tamizaje y el segundo de valoración, su tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente.

Procedimiento e Indicaciones para las Mediciones Antropométricas

Esta prueba evalúa las medidas corporales para valorar el estado de salud en general y sobre todo para determinar el estado de nutrición del individuo, se utiliza la medición de estatura, peso, altura de rodilla, índice de masa corporal, circunferencia media del brazo, circunferencia de la pantorrilla.

Frecuencia de Consumo de Alimentos

Evalúa el riesgo nutricional a través de la cantidad y tipo de alimentos que consume de manera cotidiana. El cuestionario está conformado por 11 secciones y 104 preguntas sobre su alimentación, su tiempo de aplicación es de aproximadamente 30 minutos.

Cuestionario del Estilo de Vida

Es un cuestionario semi-estructurado que identifica los estilos de vida adoptándolos durante el último año y el pasado a partir de los 45 años de edad. Está conformado por doce apartados que exploran el tabaquismo, consumo de cafeína, bebidas alcohólicas, ejercicio físico, horas del día e higienes personal, su aplicación es de aproximadamente 15 minutos.

Índice de Valoración de Salud Oral Geriátrica

Cuestionario tipo Likert está conformado por 12 preguntas, su aplicación es de 10 minutos aproximadamente.

c) Calidad de vida, estado afectivo, autoestima y redes de apoyo social.

La calidad de vida, el estado afectivo, y la autoestima son valores fundamentales en la evaluación gerontológica para su evaluación tenemos las pruebas que a continuación se explican.

Calidad de Vida de la OMS (Instrumento WHOQoL Breve en Español)

Evalúa la percepción de calidad de vida tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. El cuestionario esta conformado por dos apartados y 26 reactivos en formato Likert, el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente.

Escala de Autoestima (Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos)

El cuestionario evalúa el nivel de autoestima que presentan las personas adultas mayores con 25 preguntas sencillas, el tiempo de aplicación es de 10 minutos aproximadamente.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

A través de preguntas sencillas permite detectar (diagnóstico probable) depresión. Es un cuestionario estructurado conformado por 30 preguntas, su aplicación es de 15 minutos aproximadamente.

Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores

Permite detectar el tipo de apoyo y grado de satisfacción de las redes sociales, es una prueba semi-estructurada conformada por tres secciones en donde se explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo), nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional. El tiempo aproximado de aplicación es de 15 minutos.

d) Evaluación del cuidador

<i>Test de Sobrecarga del Cuidador</i>
Permite detectar cómo se sienten los cuidadores así como también su riesgo de enfermedad, ansiedad y depresión al dedicarse a atender al adulto mayor en cualquier lugar de residencia.
El cuestionario es de tipo estructurado, conformado por 22 preguntas tipo Likert, el tiempo aproximado de aplicación es de 10 minutos.

Una vez que se mencionaron y explicaron de manera general las pruebas estandarizadas para la evaluación de adultos mayores en población mexicana, es importante hacer un breve análisis de los cuestionarios ya que hay diversas características de la batería que nos indican que fue hecha desde la perspectiva médico geriátrica, y brevemente psicológica ya que fue hecha por gerontólogos.

Uno de los primeros puntos a tomar en cuenta es la evaluación nutricional, la cual es constante y repetitiva en varias de las pruebas en donde se busca conocer los problemas de nutrición en el adulto mayor para intervenir o prevenir dependiendo los resultados, de manera que, las personas coman mejor, otras evalúan la capacidad física desde cantidad de masa corporal, sobrepeso asimetría en piernas y brazos, etc.

Para los especialistas en geriatría toda esta información es de suma importancia para mejorar la salud de los adultos mayores, la aplicación de dichos cuestionarios puede facilitarles en buena medida la obtención de información para dar un diagnóstico y tratamiento adecuados

Con respecto a las pruebas de estado de salud y funcionalidad física, lo que buscan es evaluar para prevenir enfermedades físicas concretamente, quedando como innecesaria la intervención gerontológica ya que los tratamientos son basados únicamente en programas alimenticios y de ejercicio.

En esta batería se presentan distintas pruebas para evaluar la nutrición de los adultos mayores, información que al especialista en psicología, sólo sirve como antecedentes generales previos a una intervención psicológica centrada en calidad de vida como por ejemplo las alteraciones cognitivas causadas por desnutrición, deshidratación, etc., por mencionar un ejemplo.

El Mini Mental es el único cuestionario que evalúa deterioro en las funciones cognitivas de manera breve y general, éste instrumento está estandarizado para población mexicana, no es el más adecuado ni el más completo, pues muchos de los datos que arroja son erróneos por el nivel cultural para el que fue diseñado, como ya se explicó anteriormente para un diagnóstico más exacto de deficiencias cognoscitivas contamos en México con el Neuropsi que es superior en validez al Mini-Mental de Folstein debido a que esta diseñado específicamente para población anciana, (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 2003).

Por último tenemos las pruebas dirigidas a evaluar calidad de vida, estado afectivo, autoestima, redes de apoyo social y evaluación del cuidador, las cuales sonde carácter psicológico estas son demasiado breves y generales para poder brindar un diagnóstico amplio y certero por lo que se recomienda revisar la batería, tomar sólo como referencia las pruebas presentadas y mejorar la evaluación con otras de mayor especialización en lo que se pretenda evaluar.

4.4 Actividades que favorecen el funcionamiento de los procesos cognoscitivos el caso de juegos de memoria y musicoterapia.

Con la aplicación de talleres de psicoestimulación se busca mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, principalmente en los que viven en residencias geriátricas, mediante la prevención del deterioro cognitivo, para preservar las capacidades cognitivas, orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento, etc., en óptimas condiciones el mayor tiempo posible.

- Principales objetivos
- Motivar al anciano a mejorar sus facultades mentales mediante la psicoestimulación.
 - Incidir sobre los déficits cognitivos que todavía conserva, para conseguir una mejora.
 - Preservar su autonomía aprovechando la utilización de sus recursos.

Mediante el entrenamiento cognitivo, pueden crearse condiciones para aumentar y mejorar la capacidad de aprendizaje, atención, imaginación visual, memoria, capacidad de procesamiento, al mismo tiempo que se enriquece la vida social (Puig, 2001).

Por lo anterior se considera necesario administrar programas de psicoestimulación cognitiva diseñados por profesionales de la psicología y gerontología, dirigidos a personas adultas mayores institucionalizadas en centros geriátricos y casas hogar (Puig, 2001).

La música como técnica psicoestimulante

La música es parte vital del ser humano y lo ha acompañado a lo largo de todas sus actividades, ha sido utilizada a lo largo del tiempo con fines mágicos, como medios de comunicación, expresión, con fines de esparcimiento y terapéuticos (Benenson, 1986).

Parte de la historia y orígenes de la musicoterapia se encuentra en la antigua Grecia donde la utilizaban en forma sistemática como un medio curativo o preventivo ya que sus efectos sobre el estado físico y mental eran predecibles. Los griegos consideraban a la enfermedad como un trastorno entre el orden del cuerpo y el alma que debía ser establecido.

Alvin (1980), plantea que Aristóteles es uno de los precursores más importantes de la musicoterapia, quién da a la música un valor médico definido cuando afirma que, la gente que sufre de emociones dominables, después de oír melodías que elevan el alma hasta el éxtasis, retorna a su estado normal como si hubiera experimentado un tratamiento médico o depurativo.

La música no ha sido dada al hombre con el objeto de halagar sus sentidos, sino más bien para calmar los trastornos de su alma y los movimientos que experimenta un cuerpo lleno de imperfecciones (Sánchez, 1997).

La musicoterapia es la disciplina que emplea, de forma sistemática, los eventos cinéticos-sonoros-musicales con el fin de incidir diferenciadamente en la naturaleza energética, biológica y psicológica del humano para con ello perseguir la funcionalidad terapéutica de los fenómenos energéticos, fisiológicos, sensoriomotrices, perceptivos, emocionales, simbólicos, cognitivos,

mnémicos, regresivos y lingüísticos todo esto con miras a potenciar el desarrollo y bienestar del individuo (Sánchez, 1997).

Con claridad se entiende que la música juega un papel muy importante ya que se encuentra inmersa en aspectos sociales, ideológicos, culturales, económicos y políticos, por que tiene un lugar privilegiado ya que ha servido para curar enfermedades, para infundir valor y como estímulo e inspiración para alentar a las personas a realizas determinadas acciones.

Puntualizando algunos tópicos relacionados con la musicoterapia partiendo de las ideas de Sánchez, (1997) a continuación se describen características particulares de ésta técnica.

1. La musicoterapia no pretende luchar contra la medicina occidental, lo que busca son nuevas alternativas que coadyuven al desarrollo integral del ser humano.
2. La musicoterapia es susceptible de dirigirse a niños y adultos ya sea de manera grupal o a nivel individual.
3. La musicoterapia no es una moda improvisada sin fundamentos, hablar de terapia musical es hacer referencia a milenios de evolución humana a nivel fisiológico, psicológico, filosófico, científico, artístico y religioso.

Es importante conocer en musicoterapia qué tipo de melodía produce determinado efecto con la finalidad de elegir la que sea más conveniente para el tratamiento como ejemplo tenemos las partituras de Mozart que logran el más perfecto equilibrio, entre los efectos relajantes y vigorizantes del sonido; los cantos gregorianos tienen un ritmo compatible con el de la respiración y los latidos cardiacos de una persona calmada o bien es compatible con una persona relajada (Madaule, 1993).

En el caso de las personas adultas es provechoso escuchar este tipo de melodías en casos de falta de energía, fatiga, irritabilidad, y en la dificultad para mantener la atención y concentración.

Se han realizado, estudios descriptivos y experimentales que muestran los efectos de la música en la calidad de vida, desarrollo con el ambiente, expresión de sentimientos, y respuestas en asociaciones positivas y socialización de los ancianos. La música puede ser experimentada y apreciada por pacientes severamente dañados física o cognitivamente y ésta es capaz de proveer

una relajación, estímulos positivos, cambios en el humor y reducción en el estrés, además la musicoterapia puede brindar estrategias para el mejoramiento del dolor y ansiedad.

Hanser y Thompson (1994) presentan tres tipos de melodías con las que se puede trabajar en terapia musical según el objetivo de la misma, éstas son:

- Música rítmica para subir la energía
- Música energética para ejercitar lo familiar
- Música repetitiva para alcanzar un estado de somnolencia o profunda relajación

Con respecto a lo anterior se encontró que la aplicación de la música produce un fuerte potencial eléctrico en el cerebro humano y que diferentes tipos de música producen diferentes tipos de onda. Las variaciones musicales de tiempo, volumen, balance, disonancia, consonancia, timbre y sonoridad tanto como la instrumentalización utilizada, cuando se combina el ritmo, la melodía, armonía y los efectos formales de la música, evocan diferentes estados de ánimo según sea la respuesta cerebral a la música (Alvin, 1980).

Un dato relevante encontrado es que la música tranquilizante, puede mermar el nivel de adrenalina por lo que baja el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y aún la secreción de ácidos grasos en la sangre.

En la terapia musical se pueden llevar a cabo diversas actividades para evocar recuerdos o situaciones significativas, haciendo salir de sí mismo creaciones inesperadas a través de la pintura, escultura, baile o bien remontarse al pasado con la imaginación acompañado de una melodía que puede llevarnos al autodescubrimiento (Madaule, 1993).

La música favorece el estado de ánimo en forma individual y grupal. A través de las actividades grupales de musicoterapia, se crea un ambiente favorable para la expresión de sentimientos y recuerdos, por lo que se presenta como una alternativa terapéutica a favor de la salud mental y personal de las personas adultas mayores.

Regresando al tema que nos concierne tenemos que los ancianos constituyen un sector al que muchos musicoterapeutas están dedicando esfuerzos en aras de aumentar su calidad de vida; la

musicoterapia puede desarrollar, mejorar o restablecer relaciones sociales, aumentar la comunicación y el trabajo preventivo de afecciones tan propias en esta etapa como déficits cognitivos y depresión.

La música ha sido empleada como una forma de terapia para adultos mayores en diversos centros de residencia permanente, con resultados satisfactorios (Gibbons 1984 en Hanser & Thompson, 1994).

La metodología en musicoterapia puede ser empleada con dos diferentes métodos, el activo y el pasivo.

Métodos pasivos. Son métodos en los cuales no se involucra una actividad física, como la audición musical, aunque supone lógicamente una actividad interna y esencial al poder provocar cambios en el estado de ánimo. Estos se dirigen a lo más profundo del ser humano, como cuestiones emocionales y espirituales, se emplea con el objetivo de una acción psicoterapéutica (Poch, 1999).

Para Poch, (1999) el denominador común es la audición musical, que puede revertir varias modalidades:

- a) Como estimuladora de la creatividad y como medio de diagnóstico. Se basa en la cualidad que posee la música para estimular la imaginación y la creatividad como:
 - Expresión verbal
 - Expresión escrita
 - Expresión plástica

- b) Como estimuladora de imágenes y tratamiento a través de tres técnicas que son:
 - Método receptivo de Jost
 - Método GIM de Bonny
 - Técnica de los viajes musicales de Cid-Poch

c) Como modificadora del estado de ánimo (mood music): métodos isomórficos basando las actividades en:

- La técnica de Altshuler

Para llevar a cabo las técnicas mencionadas se recomienda la música en CD debido a la calidad sonora o bien música viva. La música grabada tiene grandes ventajas como la variedad de obras musicales que se pueden utilizar.

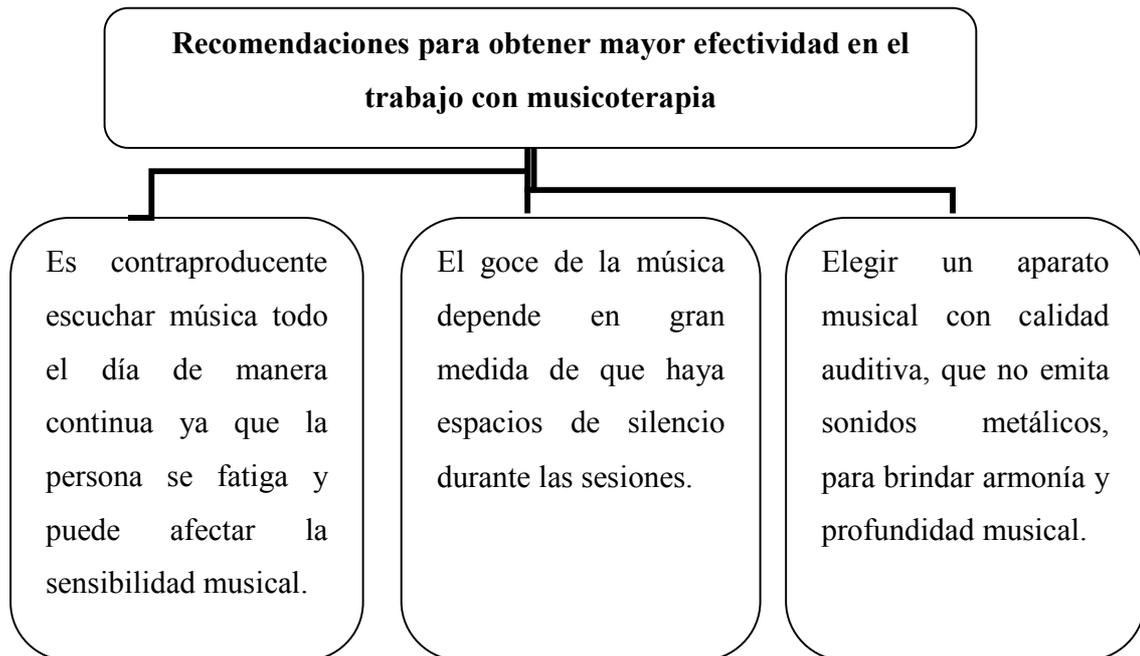
Objetivos particulares de terapia guiada con música en modo pasivo
<ul style="list-style-type: none">• Sugerir imágenes y fantasías• Provocar recuerdos de sentimientos conscientes e inconscientes• Estimular cambios en el estado anímico• Facilitar la expresión verbal de los sentimientos Facilitar experiencias transpersonales como parte del trabajo terapéutico, entre otras.

Métodos activos. Para este caso se pueden mencionar cuatro actividades tocar un instrumento, componer, cantar y bailar. Para que esto pueda ser considerado actividad de musicoterapia forzosamente debe darse dentro del contexto terapéutico y sólo dentro de él puede ser terapéutica. Una educación musical es distinta a la actividad musicoterapéutica ya que los objetivos lo hacen diferente, además en la musicoterapia la improvisación es una tarea primordial (Poch, 1999).

La improvisación viene de una sensación rítmica o sonora, de bienestar físico, de una emoción, de un sentimiento, pensamiento a partir de un acorde, del silbar de los pajarillos o simplemente al entrar en contacto físico con los instrumentos, la improvisación es una composición instantánea y encuentra su alimento en las fuentes vivas de la música.

En el trabajo con musicoterapia se busca llegar al final de la expresión, la emoción, en donde la persona acomode los sonidos no como crea conveniente, sino como lo desee en instante y como lo sienta.

Un punto importante a tomar en cuenta en el trabajo terapéutico con musicoterapia se refiere a que es una equivocación suponer que la utilización de la música en la terapia es siempre útil y en ningún caso nociva. Una mala elección del tema musical, de la actividad, del momento del grupo en el que se esté integrado el paciente, etc., puede no tan sólo ser inútil, sino también perjudicial (Poch, 1999).



CAPITULO 5

METODO

Justificación

Se afirma que a escala mundial, el siglo XX se ha caracterizado por el crecimiento de la población y el siglo XXI será el envejecimiento de ésta. La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento en el límite superior de la duración de la vida, sino por el aumento en la proporción y el número de quienes viven para acercarse a éste límite. Esto acarrea consecuencias importantes de orden político, económico, social, para la salud pública y la medicina (Zarragoitia, 2005).

Uno de los retos más importantes que se derivan de la transición demográfica es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. El descenso de la mortalidad y de la disminución de la fecundidad han transformado la composición de la población de manera que, en la pirámide poblacional, hay más personas ancianas mayores de 60 años (González, 2003). En la actualidad las personas de 65 años representan entre un 12% a un 15% de la población en la mayoría de los países desarrollados y se espera que, en el año 2020, este porcentaje aumente a cifras cercanas al 25% (Zarragoitia, 2005).

El envejecimiento poblacional es una preocupación para la sociedad moderna, debido a que los ancianos discapacitados y con enfermedades crónicas conforman al sector no productivo de la población quienes incrementan la demanda de servicios de salud, además de requerir el servicio de un cuidador ya sea familiar, particular o de institución esto recae de manera negativa en el aspecto económico de las sociedades. Hoy la población ésta más envejecida pero también es más frágil (Romero, 2006).

Zúñiga & Gomes (2002); Corte, Ortiz & Ostrosky, (2001) coinciden en que el crecimiento demográfico de los adultos mayores, que en la actualidad registra tasas inéditas (de alrededor de 3.7%), continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.6% durante la tercera década del presente siglo, lo que exigirá cambios en todos los ámbitos de la vida social e institucional. Su tamaño aumentará de menos de 8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050. Los mayores incrementos se registrarán entre 2020 y 2050, por lo que

disponemos de apenas unas cuantas décadas para preparar las respuestas institucionales que le permitan a nuestro país hacer frente a estas tendencias demográficas.

El carácter emergente de la problemática del envejecimiento poblacional es uno de los factores que explica la escasa disponibilidad de información sobre el tema en América Latina. Es evidente la necesidad de evaluar en forma detallada, los factores que caracterizan las condiciones de vida de los que son ahora adultos mayores y de quienes lo serán en el futuro próximo, con el fin de implementar un modelo aceptable y económicamente viable que asegure el bienestar para estas crecientes cohortes de personas (Gómez, 2000).

La gerontología, se presenta como un nuevo ámbito de especialización, desarrollando diversos estudios en los últimos años debido a que el envejecimiento poblacional va en aumento en todo el mundo. En los principales países europeos el índice de natalidad es excesivamente bajo y el promedio de edad para los ancianos actuales es de más de 80 años, por lo que se requieren especialistas preparados para atender a adultos mayores quienes requieren atención especializada y de calidad (Fernández & Froján, 1999).

Tal vez la tarea más urgente para los gerontólogos sea lograr que se reconozca la importancia del envejecimiento como problema de salud pública que requiere de atención inmediata (Kalache, 1994).

Otro punto importante es el caso de las residencias geriátricas, y cómo la institucionalización puede favorecer el desarrollo de deterioro físico y cognitivo en los ancianos, aunado a esto conocer sobre su calidad de vida, los factores que favorecen la aparición y desarrollo del deterioro.

Estudios metodológicos que se han realizado sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores por Varela, Chávez, Gálvez & Méndez (2004), encontraron relación significativa con el deterioro cognitivo y cuestiones como edad, enfermedades crónico degenerativas, depresión, grado de institución, dependencia funcional, etc.

Con respecto al tema del deterioro cognitivo en personas de la tercera edad Puig, (2000) realizó un estudio buscando aminorar el deterioro cognitivo en población anciana de una institución donde encontró, que el grupo experimental obtuvo mejores resultados a nivel cognitivo que los del grupo control que no fueron psicoestimulados. Con esto se puede afirmar que no son suficientes las actividades socioculturales que ofrecen las instituciones, sino que requieren de programas de psicoestimulación para aminorar el deterioro cognitivo.

Por lo anterior se considera prudente y necesario realizar una investigación con respecto al deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados mexicanos, para conocer tanto la situación en la que viven como en la que se encuentran sus funciones psiconeurológicas, posteriormente realizar un trabajo de intervención con el objetivo de modificar el grado de deterioro que puedan tener y corroborar la información que presentan los autores sobre el posible revertimiento del daño cognitivo ocasionado por el aumento de edad y otros factores.

Objetivos

Objetivo general

Valorar el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores de una institución de día y una residencia permanente a través del Neuropsi y aplicar talleres de memoria y musicoterapia.

Objetivos específicos

- Analizar la situación actual de dos instituciones en México y realizar un programa de intervención para mejorar su función cognitiva y con ello mejorar la calidad de vida
- Hacer una comparación entre el deterioro que presentan las personas que asisten al centro de día y las que viven de forma permanente en una casa de descanso.
- Aplicar talleres con actividades diversas de memoria e informar si modifican el deterioro de las poblaciones.

- Reducir el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores de una institución de día y de una casa hogar a través de actividades con música y tareas de memoria que estimulen funciones cognoscitivas.
- Reevaluar el deterioro de las poblaciones tiempo después para conocer sus cambios.

Variables

Variable dependiente. Evaluación de puntuaciones con el Neuropsi por áreas para conocer cambios puntuales del deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados en cada categoría.

Variable independiente. Actividades con tareas de memoria y musicoterapia para modificar el deterioro cognitivo.

Hipótesis

- a) Hay efectos de retraso o detención del deterioro cognitivo en los participantes de actividades de musicoterapia y memoria entre grupo control y experimental.
- b) Hay mayor deterioro cognitivo a pesar de la intervención, en los ancianos de casa hogar Marillac, de la JAP en comparación con el grupo abierto del INAPAM.

Metodología

Participantes

Un grupo de diez adultos mayores entre 55 y 80 años de edad conformado por hombres y mujeres pertenecientes a la clase media con ingresos económicos moderados, provenientes en su mayoría de pensiones del IMSS y algunos de su trabajo como comerciantes. Este grupo asiste a una institución de día de INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) todos viven en la colonia San Rafael Chamapa municipio de Naucalpan de Juárez Estado de México.

Un segundo grupo de diez adultos mayores de entre 65 y 92 años de edad conformado por hombres y mujeres, pertenecientes a la Casa Hogar Marillac de estancia permanente ubicado en avenida Norteamérica # 51 colonia las Americas municipio de Naucalpan Estado de México.

Escenario y materiales

Las instalaciones de un centro del INAPAM en su unidad Alegría de Vivir ubicada en Avenida Minas Palacio sin número, Colonia San Rafael Chamapa primera sección Naucalpan Estado de México.

En el jardín, salas y habitaciones de la Casa Hogar Marillac.

Materiales

- 8 lápices de madera
- 100 hojas blancas tamaño carta
- Un juego de memoria con cartas de dora la exploradora (dibujos animados)
- Un juego de figuras geométricas y otras comunes de papel de distintos colores
- Tres libros de cuentos para preescolar
- Un paquete de tarjetas blancas con nombres de animales, frutas y objetos cotidianos
- Ilustraciones de posters con imágenes de animales, frutas y otros objetos cotidianos
- Discos con música seleccionada para el taller de musicoterapia
- Radio grabadora
- Cámara de video Samsung con cintas de 8 mm.
- Mesa y sillas
- Tapetes de 1.50 x 50cm aproximadamente

Instrumento

Neuropsi: prueba neuropsicológica que evalúa el deterioro cognitivo en población anciana de México.

Tipo de análisis

El análisis será de tipo cuantitativo por que así lo requiere el instrumento a utilizar Neuropsi y cualitativo para hacer un análisis minucioso de las características de cada intervención que dividiremos en tres tipos análisis, por caso, por grupo y por subsistema.

Selección de la muestra

Se tomará una muestra de participantes con deterioro de leve a moderado de la población con asistencia regular al centro de día en el caso de INAPAM y personas con características más específicas en el caso de Marillac, para formar dos grupos.

Grupo control- control. Al que se le aplicarán únicamente dos pruebas pre-test y pos-test.

Grupo experimental. A este grupo se les evaluara con un pre-test, posteriormente se hará la intervención con talleres que atenderán en deterioro cognitivo y pos-test

Definición de la muestra

La muestra se elegirá con base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación, cada uno de los pasos será justificado bajo qué condiciones se acepta o rechaza a los participantes y qué condiciones llevaron a que fueran eliminados.

Criterio de inclusión. Todos aquellos mayores de 60 años, que presenten una historia clínica **sin antecedentes** neurológicos (demencia), sin antecedentes psicopatológicos graves (esquizofrenia, depresión mayor, etcétera), sin hábitos tóxicos (alcoholismo, drogadicción, etcétera) y sin ninguna enfermedad física sobre el sistema nervioso central, y que asistan de manera constante a la institución.

Criterio de exclusión. Todos aquellos menores de 60 años, que presenten una historia clínica **con antecedentes** neurológicos (demencia), antecedentes psicopatológicos graves (esquizofrenia, depresión mayor, etcétera), hábitos tóxicos (alcoholismo, drogadicción, etcétera) y alguna

enfermedad física sobre el sistema nervioso central, y que no sean constantes al asistir a la institución. Además de aquellos casos que enfermen seriamente a lo largo del estudio.

Criterio de eliminación. Todos aquellos casos en que se identifica falsedad de información o resultados incompletos.

Los grupos estuvieron integrados por cinco personas cada uno, para el grupo experimental se trabajaran dos tipos de talleres diseñados para tratar de aminorar el deterioro cognitivo.

Diseño utilizado

Se plantea un diseño experimental manipulativo pre test – pos test de dos grupos en dos condiciones distintas.

Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Con este diseño se puede plantear abarcar grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores. En este caso se plantea medir el nivel del deterioro cognitivo en grupos controlados antes y después de las pruebas. El procedimiento consiste entonces en medir en un grupo de personas una o más variables y proporcionar su descripción.

Procedimiento

Las sesiones tuvieron una duración de 50 minutos aproximadamente en Casa Hogar Marillac ya que el trabajo se realizó en la mayoría de las ocasiones de manera individual, y en INAPAM fueron de 120 minutos ya que se trabajó con el grupo junto y fue el tiempo estrictamente asignado.

Fase 1. Juegos de memoria

Sesión 1. Familiarización

Consistió en la presentación de cada uno de los integrantes del grupo de adultos mayores y del facilitador (a) con quién trabajaron durante el periodo de aplicación.

Sesión 2. Entrevistas

Se realizó una breve entrevista a cada adulto mayor para seleccionar o eliminar de la muestra tanto para el grupo control como para el experimental, basados en las características establecidas con las que debió cumplir la población haciendo una breve historia clínica de cada una de las personas elegidas.

Sesión 3. Pre- test grupo control

Se aplicó el Neuropsi a los grupos control formado por cinco personas previamente seleccionadas.

Sesión 4. Pre-test grupo experimental

Se aplicó el Neuropsi a los grupos experimental conformados por cinco personas previamente seleccionadas.

Sesión 5. Memoria verbal individual

Se realizaron ejercicios en donde, el facilitador(a) les decía una lista de palabras y al finalizarla, se les pedía que la repitieran en el orden en que se les dieron las mismas palabras.

Sesión 6. Memoria verbal de cuentos

Se les proporcionaron de forma escrita y verbal (para quien no sabe leer) uno o dos renglones de cuentos para que los memorizaran y dependiendo del acierto en sus respuestas se les aumentaban los renglones a memorizar, ya que cada persona memorizó su fragmento del cuento, entre todos trataban de armar la historia.

Sesión 7. Ejercitación de memoria con juegos

Se trabajó con un juego de Dora la exploradora que consta de 24 cartas de animales y personas dentro de un paisaje, las cartas, que son de doble vista se presentaban del lado de una de las caras y después se volteaban al lado opuesto que tenía sólo algunas de las cosas de la otra cara y las personas tenían que recordar que personaje estaba detrás de cada carta o que es lo que faltaba en la imagen.

Sesión 8. Ejercicios de memoria, recuerdo de imágenes

Se les presentaron plantillas de imágenes de animales, muebles, transportes, utensilios y otros objetos comunes los cuales, se presentaron en un orden y tenían que repetirlos en el mismo para contarlos como acierto.

Sesión 9. Memoria viso-espacial con trazo de figuras

En ésta sesión se les mostraron plantillas de figuras geométricas y objetos comunes, posteriormente se les proporcionó una hoja blanca para que dibujaran las figuras mostradas en el orden en que se presentaron se les mostraron en dos bloques, primero las figuras geométricas y en el siguiente ejercicio las figuras de objetos.

Fase 2. Taller de musicoterapia

Sesión 10. Música, sensaciones y colores.

En ésta sesión se escucharon tres pistas, de Mozart, Back, y Bossa Nova, se les indicó que escucharan las canciones y posteriormente dibujaran la sensación que les produjo y el color que le otorgaron a la misma (previo a esto hablamos de qué es una sensación).

Sesión 11. Música para recordar

Se escucharon tres canciones de Mozart, Tres Tenores y un Bolero, se les pidió a los integrantes del grupo, que buscaran un recuerdo de su pasado (para cada una de las canciones con pausas de reflexión entre cada melodía) y al final lo compartieran con el grupo (previo a esto se les dieron indicaciones para relajarse y poder viajar en el tiempo con la música como vehículo de transporte por la música).

Sesión 12. Un viaje acompañado de música

Se escuchó un disco de música ambiental, con sonidos de bosque, agua, aves y viento, se utilizaron los tapetes para que se recostaran en el suelo, se dieron indicaciones para relajarlos y se empezó a guiar a un lugar determinado, donde encontrarían su felicidad absoluta por complicado que fuese encontrarla, al finalizar la técnica y regresar al lugar de salida se les pidió compartieran con el grupo su experiencia.

Sesión 13. Sensaciones y sentimientos

Se escucharon tres pistas de Bach, Filipa Jordano y Bossa Nova, se dieron indicaciones para relajarse, con la finalidad de que pusieran todos sus sentidos en la música que escuchaban, se les fue guiando para que encontraran algún sentimiento o sensación en su cuerpo y mente producido por la música, una vez que lo encontraran y sintieran lo guardarán para prestar atención en las siguientes melodías y dar lugar a lo que trajeran como en el primer caso. En ésta ocasión no se dio pausa para explicar la experiencia sino que al finalizar la tercera melodía cada uno expuso sus tres vivencias juntas en el orden presentado.

Sesión 14. Identificando melodías

Se escucharon tres melodías parecidas, (del mismo disco sin letra) se les pidió que pusieran mucha atención en cada una por parecida que esta fuera, después se escucharon otras tres melodías dos iguales a las del primer bloque y una distinta para que cada integrante del grupo anotara (en un hoja previamente dada) cuál de las melodías del segundo bloque no correspondía con el primero. Esto se repitió cuatro veces con melodías distintas en cada caso.

Sesión 15. Memorizando una canción

En ésta sesión se les asignó una canción de corte moderno que los integrantes del grupo desconocían para que la memorizaran días antes de la sesión, en la dinámica se colocó la canción en la grabadora y cada persona cantó lo que logró memorizar de la canción asignada.

Fase 3. Pos- test

Sesión 16. Aplicación de pos- test a los grupos control

Se aplicó el Neuropsi a los integrantes de los grupos control después del tiempo de aplicación con el grupo experimental.

Sesión 17. Aplicación de pos-test a los grupos experimental

Se aplicó el Neuropsi a los grupos experimental después de la aplicación de talleres.

RESULTADOS

Los resultados están conformados por un grupo de tablas que muestran los datos generales de cada participante y los puntajes que obtuvieron en la aplicación del Neuropsi (pre-test - pos-test) de cada grupo en las dos instituciones ordenados en grupos control y experimental.

Posteriormente se presentan las gráficas de la evaluación con el Neuropsi donde se muestran los puntajes que obtuvo cada participante en las categorías más sobresalientes, en cada una se presenta la comparación de ambos grupos e instituciones en las dos pruebas, de esta manera se puede observar de manera clara las diferencias y variaciones entre los grupos de población abierta, cerrada y los cambios que surgieron en las personas que recibieron estimulación y las que no tuvieron ningún tipo de intervención.

Por ultimo dada la naturaleza del tipo de población con la que se realizó la presente investigación, el análisis de resultados incluirá un análisis gráfico de los resultados de las escalas aplicadas, pero también se incluirá un análisis gráfico de las varianzas por grupos, estos resultados se presentaran al final del análisis cualitativo, esto se considera pertinente debido a que, como veremos, el total de los resultados grupales opacan los cambios individuales, y en el caso de la población anciana estos cambios suelen ser los mas importantes.

Tabla 1. Datos personales y puntaje total del pre-test y pos-test del grupo control de Marillac.

DATOS GENERALES			PRE-TEST			POS-TEST		
PERSONAS	EDAD	ESCOLARIDAD	PUNTAJE	DETERIORO	TIEMPO DE RESIDENCIA	PUNTAJE	DETERIORO	TIEMPO DE RESIDENCIA
G. L.	85	SECUNDARIA	56.1	MODERADO	2 AÑOS	47.6	SEVERO	2 AÑOS 6 MESES
M. R.	83	NULA	41	LEVE	3 AÑOS	MUERTE EXPERIMENTAL		3 AÑOS 6 MESES
I. A.	72	CARRERA TÉCNICA	61.8	MODERADO	3 AÑOS	64.3	MODERADO	3 AÑOS 6 MESES
M. L. G.	83	NULA	40.6	LEVE	1 AÑO 2 MESES	MUERTE EXPERIMENTAL		1 AÑO 8 MESES
A. V.	69	LICENCIATURA TRUNCA	78	NORMAL	4 AÑOS	64.1	MODERADO	4 AÑOS 6 MESES

En la tabla uno se presentan los datos generales, nombre experimental, edad, escolaridad, además del tiempo que llevan viviendo en la Casa Hogar Marillac cada uno de los participantes del grupo control, posteriormente se observa el puntaje obtenido en el pre-test y pos-test con la clasificación que propone la prueba de deterioro, normal, leve, moderado o severo, en donde dos casos obtuvieron puntajes correspondientes a deterioro moderado, dos a leve y un caso normal; para el pos-test mostraron disminución en el puntaje con dos casos de deterioro moderado, uno severo y dos muertes experimentales.

Tabla 2. Datos personales y puntaje total del pre-test y pos-test del grupo experimental de Marillac

DATOS GENERALES			PRE-TEST			POS-TEST		
PERSONAS	EDAD	ESCOLARIDAD	PUNTAJE	DETERIORO	TIEMPO DE RESIDENCIA	PUNTAJE	DETERIORO	TIEMPO DE RESIDENCIA
G. U.	84	NULA	44.3	LEVE	1 AÑO 6 MESES	39	SEVERO	2 AÑOS
P. L.	92	PRIMARIA 5 AÑOS	51	SEVERO	6 DIAS	50.5	SEVERO	6 MESES
O. V.	65	CARRERA TÉCNICA	62.6	SEVERO	15 DIAS	81.5	MODERADO	6 MESES
G. S.	80	LICENCIATURA	45.6	SEVERO	2 AÑOS	63.3	MODERADO	2 AÑOS 6 MESES
C. E.	91	PRIMARIA	54	SEVERO	1 AÑO 1 MES	53	SEVERO	1 AÑO 7 MESES

En la tabla dos se presentan los datos generales nombre experimental, edad, escolaridad, además del tiempo que llevan viviendo en la Casa Hogar Marillac cada uno de los participantes del grupo experimental, posteriormente se observa el puntaje obtenido en el pre-test y pos-test con la clasificación que propone la prueba de deterioro normal, leve, moderado o severo, en donde cuatro casos obtuvieron puntajes correspondientes a deterioro severo y un caso leve; para el pos-test mostraron dos casos una ligera mejoría a deterioro moderado y tres casos se mantuvieron en severo.

Tabla 3. Datos personales y puntaje total del pre-test y pos-test del grupo control de INAPAM.

DATOS GENERALES			PRE-TEST		POS-TEST	
NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	PUNTAJE	DETERIORO	PUNTAJE	DETERIORO
C. H.	76	NULA	52	NORMAL	56.8	NORMAL
G. G.	77	NULA	43.5	NORMAL	58.6	NORMAL
G. H.	68	NULA	54.3	NORMAL	44	LEVE
I. F.	75	PREPARATORIA	73	LEVE	74.1	LEVE
A. Z.	64	NULA	63	NORMAL	79.3	NORMAL

En la tabla tres se presentan los datos generales, nombre experimental, edad, escolaridad, de cada uno de los participantes del grupo control de INAPAM, posteriormente se observa el puntaje obtenido en el pre-test y pos-test con la clasificación que propone la prueba de deterioro, normal, leve, moderado o severo, en donde cuatro casos obtuvieron puntajes correspondientes a deterioro normal y un caso leve; para el pos-test mantuvieron el nivel con tres casos normal y dos leve donde solo uno disminuyó de nivel.

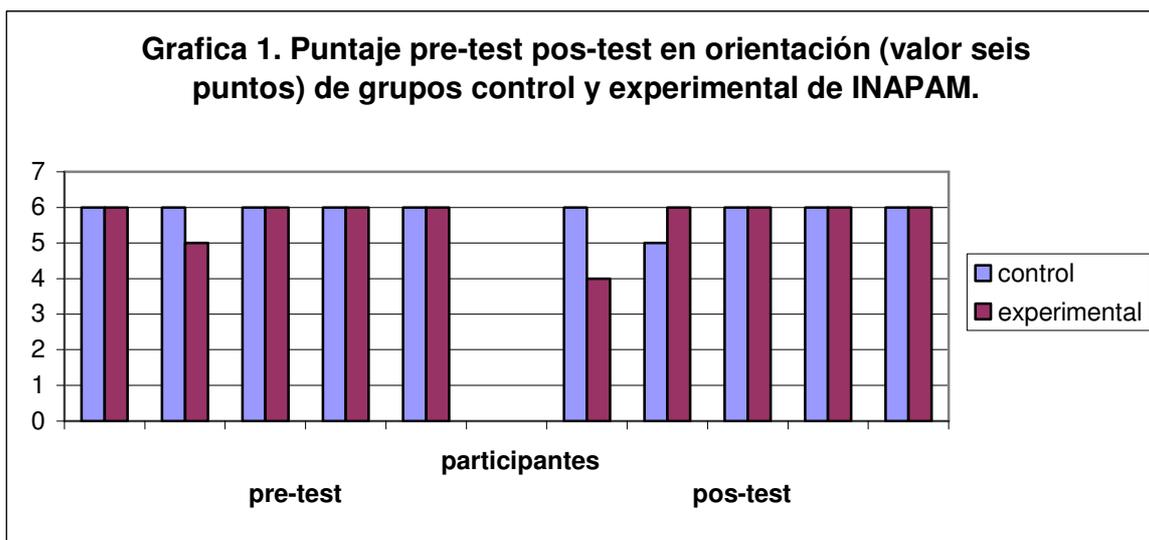
Tabla 4 Datos personales y puntaje total del pre-test y pos-test del grupo experimental de INAPAM.

DATOS GENERALES			PRE-TEST		POS-TEST	
PERSONAS	EDAD	ESCOLARIDAD	PUNTAJE	DETERIORO	PUNTAJE	DETERIORO
C. H.	67	SECUNDARIA	67	MODERADO	72.3	LEVE
J. A.	66	PREPARATORIA	70	MODERADO	83.6	NORMAL
C. P.	65	NULA	55	LEVE	59.1	NORMAL
G. R.	72	PRIMARIA	96	NORMAL	92	NORMAL
A. C.	65	PRIMARIA	74	SEVERO	83.5	NORMAL

En la tabla cuatro se presentan los datos generales, nombre experimental, edad, escolaridad, de cada uno de los participantes del grupo experimental de INAPAM, posteriormente se observa el puntaje obtenido en el pre-test y pos-test con la clasificación que propone la prueba de deterioro, normal, leve, moderado o severo, en donde hay variación en el nivel obtenido con dos casos de deterioro moderado, uno normal, uno leve y uno severo; para el pos-test mostraron una notable mejoría con cuatro casos de deterioro normal y uno leve.

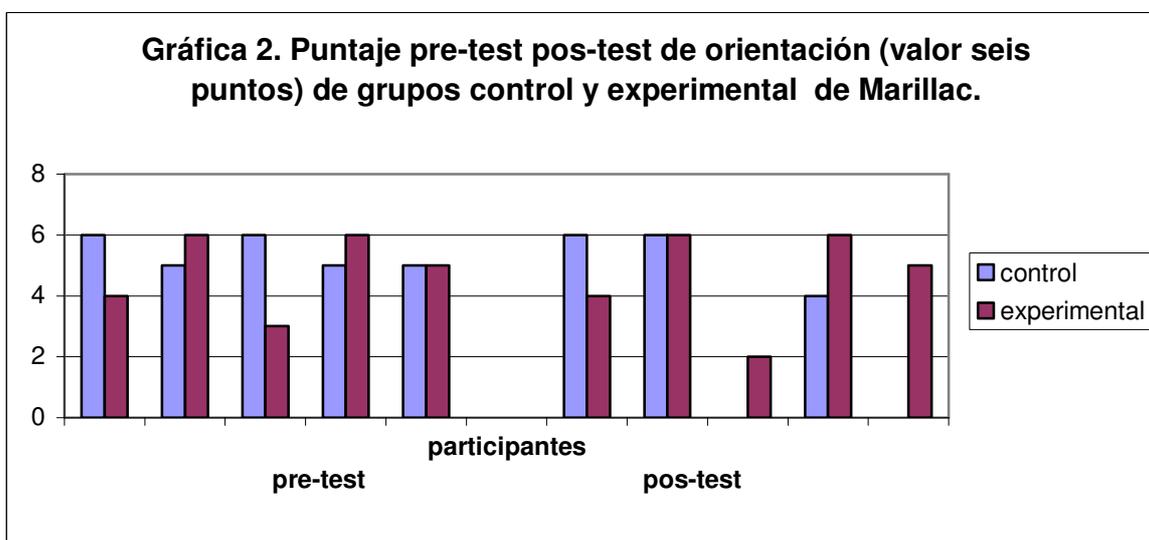
En las siguientes gráficas se reportan los resultados para cada condición por caso según el grupo al que pertenecen los participantes, en las últimas dos gráficas se comparan los totales de las condiciones de trabajo. Se decidió trabajar así los resultados para poder conservar las diferencias individuales, esto se retomará al final del análisis.

Grafica 1. Puntaje pre-test pos-test en orientación (valor seis puntos) de grupos control y experimental de INAPAM.



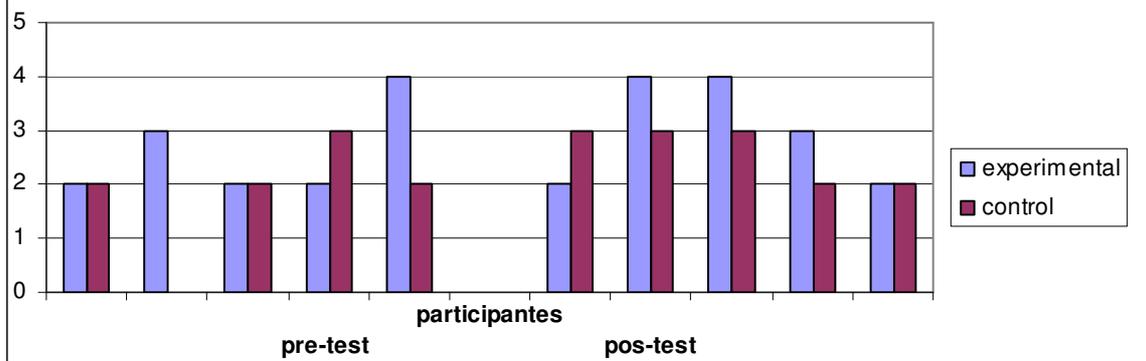
En la gráfica uno se muestra el puntaje obtenido, por cada participante, en el área de orientación evaluado con preguntas de tiempo y espacio, en donde INAPAM en el grupo control obtuvo 6 puntos, el grupo experimental obtuvo 5 y 6 puntos en la mayoría de los casos para el pos-test el grupo control obtuvo 5 y 6 puntos y el grupo experimental obtuvo 4 y 6 puntos.

Gráfica 2. Puntaje pre-test pos-test de orientación (valor seis puntos) de grupos control y experimental de Marillac.



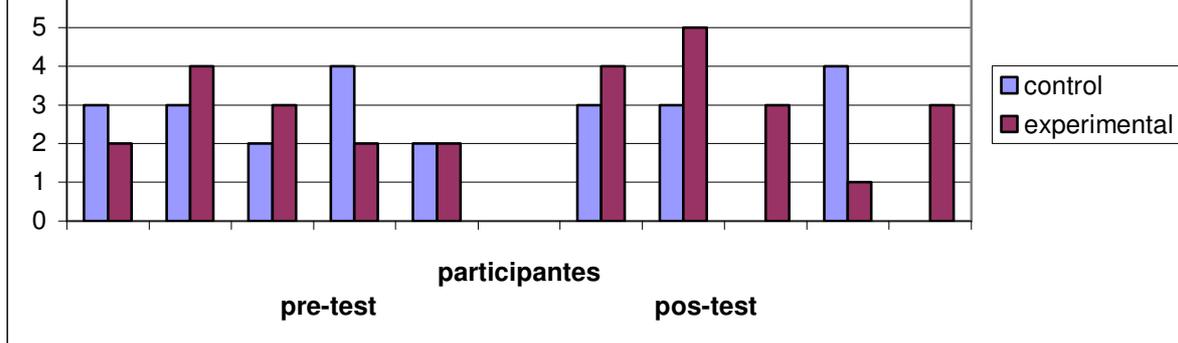
En la gráfica dos se muestra el puntaje obtenido, por cada participante, en el área de orientación evaluado con preguntas de tiempo y espacio, donde Marillac en el grupo control obtiene puntajes altos de 5 y 6 mientras que el grupo experimental obtiene 3, 4, 5 y 6 puntos; para el pos-test el grupo control obtiene 5, 6 y dos casos de 0 puntos, el grupo experimental obtuvo 2, 4, 5 y 6 puntos.

Gráfica 3. Puntaje total obtenido del pre-test y pos-test en el área de atención y concentración (valor 5 puntos) de los participantes de grupos experimental y control de INAPAM.

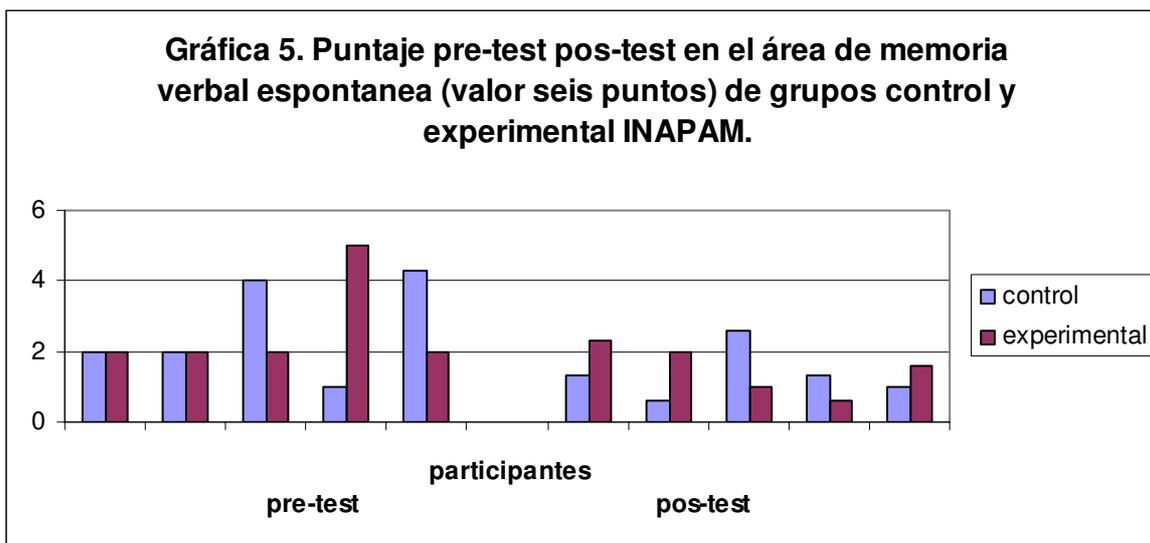


En la gráfica tres se presenta el puntaje obtenido en el área de atención evaluando a cada participante con repetición de series, en donde INAPAM en el grupo control obtuvo 0, 2 y 3 puntos, mientras que el grupo experimental obtiene 2,3 y 4 puntos; en el pos-test el grupo control aumento su puntaje a 2 y 3 y el grupo experimental se mantuvo en 2, 3 y 4 puntos.

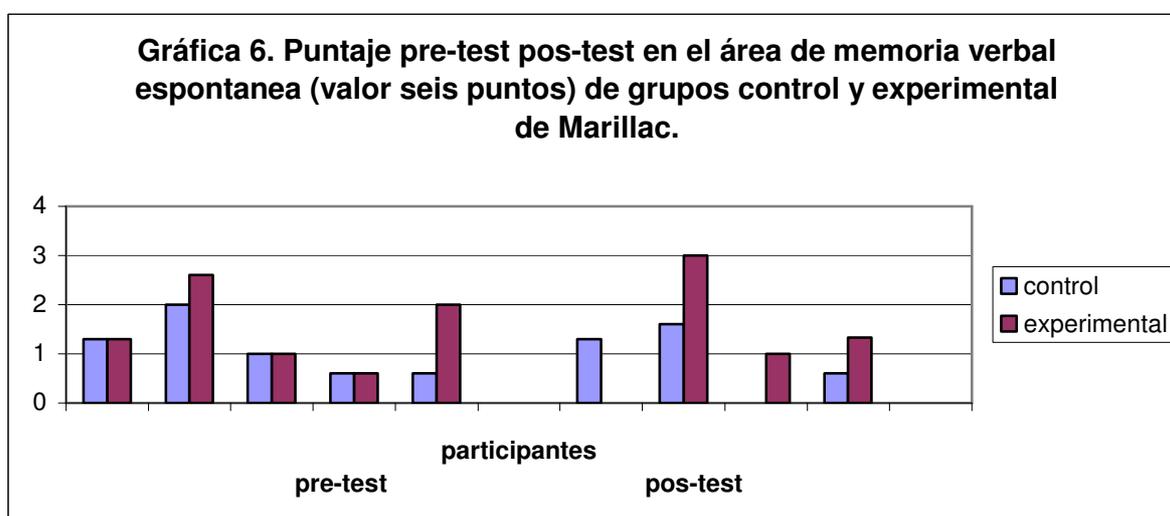
Gráfica 4. Puntaje pre-test pos-test de atención y concentración (valor cinco puntos) de grupos control y experimental de Marillac.



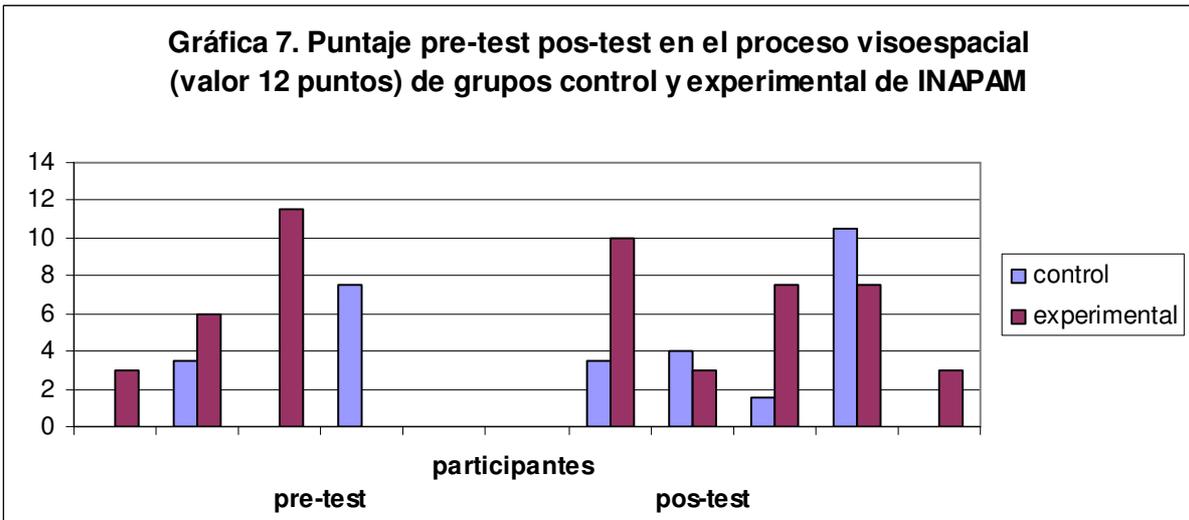
En la gráfica cuatro se presenta el puntaje obtenido, de cada participante, en el área de atención evaluado con repetición de series, en donde Marillac en el grupo control obtuvo 2, 3 y 4.5 puntos, el grupo experimental obtiene 2, 3 y 4 puntos, para el pos-test el grupo control se mantuvo en 3 y 4 con dos casos de 0, el grupo experimental mejoró a 3, 4 y 5 puntos.



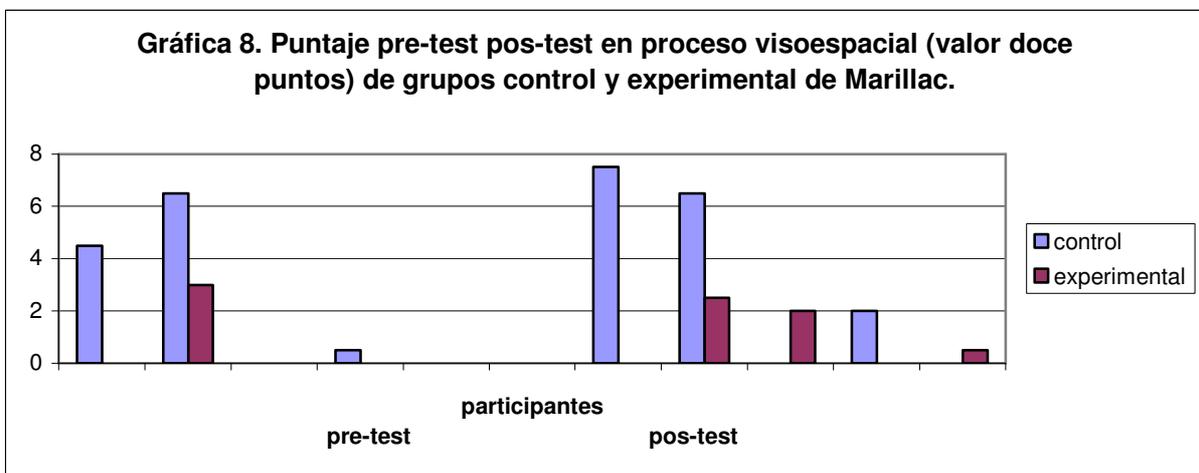
En la gráfica cinco se muestra el resultado obtenido, por cada participante, en el área de memoria, evaluado con series de palabras, para INAPAM en el pre – test el grupo control obtiene 1, 2 y 4 puntos, el grupo experimental obtiene 2 puntos y un caso de 5; para el pos-test el grupo control disminuyó en la puntuación a 0.5, 1 y un caso de 2.5 el grupo experimental muestra variación comparado con la primera prueba con 0.5, 1 hasta 2.3 puntos.



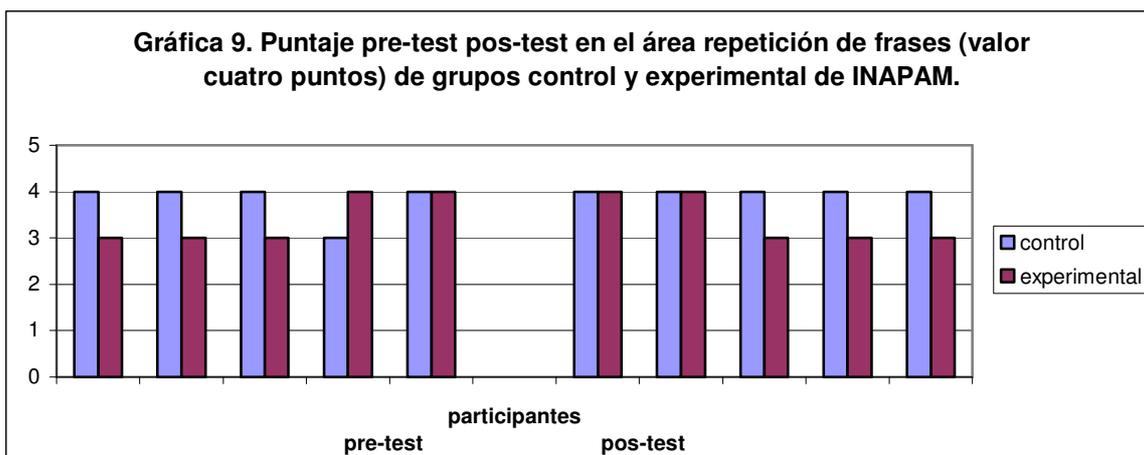
En la gráfica seis se muestra el resultado obtenido, por cada participante, en el área de memoria evaluado con series de palabras, en Marillac el puntaje obtenido en el pre-test fue de 0.5 a 2 para el grupo control, en el caso del grupo experimental tienen puntaje de 0.5, 2 y 2.5, en el post - test el grupo control disminuye a 0.5 y 1.5 mientras que el grupo experimental presenta puntaje de 0, 0.5 1 y 3.



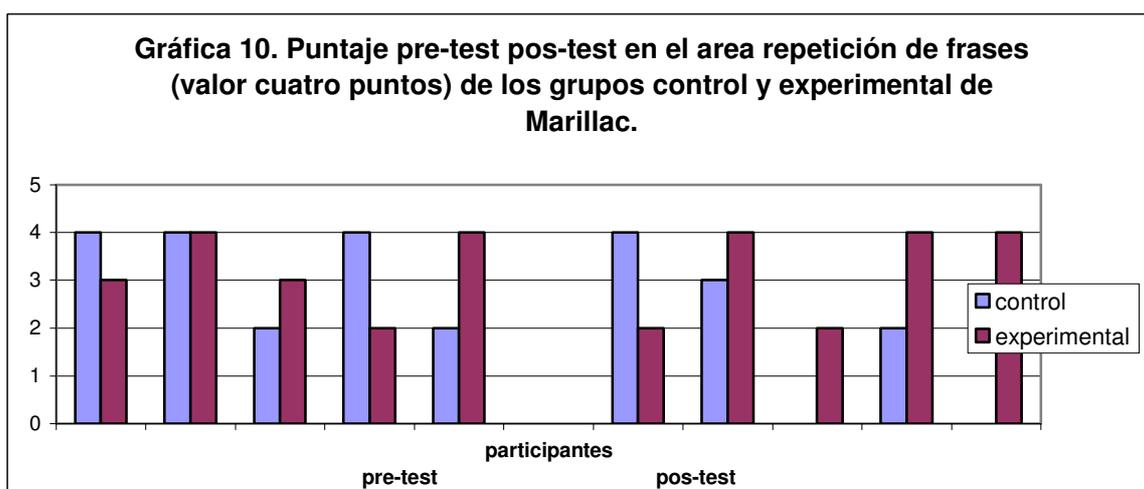
En la gráfica siete se presenta el resultado de la evaluación, de cada participante, en memoria visoespacial con la copia de una figura semi-compleja en donde INAPAM obtuvo puntajes bajos en el pre- test en su mayoría con 0 puntos con dos excepciones de 12.8 y 6, para el post- test los dos grupos mostraron una mejora significativas de 4, 6 hasta 10.5 puntos, cabe destacar una excepción del grupo experimental, ya que el participante que obtuvo una puntuación de 12 en el pre- test bajó a 8 puntos en el post – test.



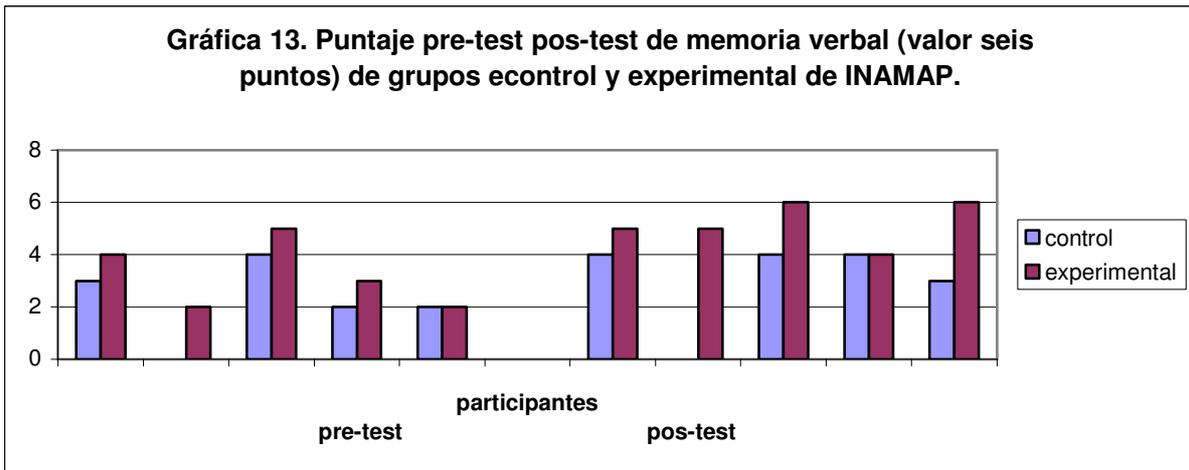
En la gráfica ocho se presenta el resultado de la evaluación en memoria visoespacial, para cada participante, con la copia de una figura semi-compleja en donde Marillac obtiene en el pre- test 0 puntos en la mayoría de los casos, con dos excepciones del grupo control con 5 y 7 puntos, para el post - test el grupo experimental tuvo un ligero aumento de un punto en tres casos, el grupo control disminuyó en dos casos, pero sus puntajes fueron superiores a los del grupo experimental, cabe decir que esta fue la prueba más compleja de toda la evaluación.



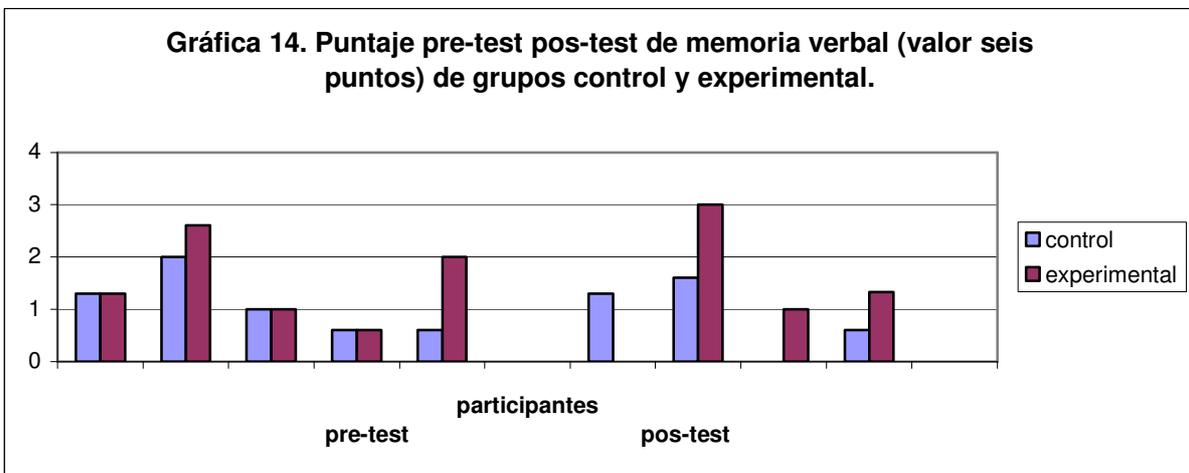
En la gráfica nueve se muestra el resultado de la evaluación de memoria, en cada participante, con repetición de frases en donde INAPAM obtuvo de 3 a 4 puntos en pre – test para todos los casos de grupos control y experimental, en el postest se mantiene la estabilidad de puntuaciones con 3 y 4 puntos para todos los casos de grupos control y experimental.



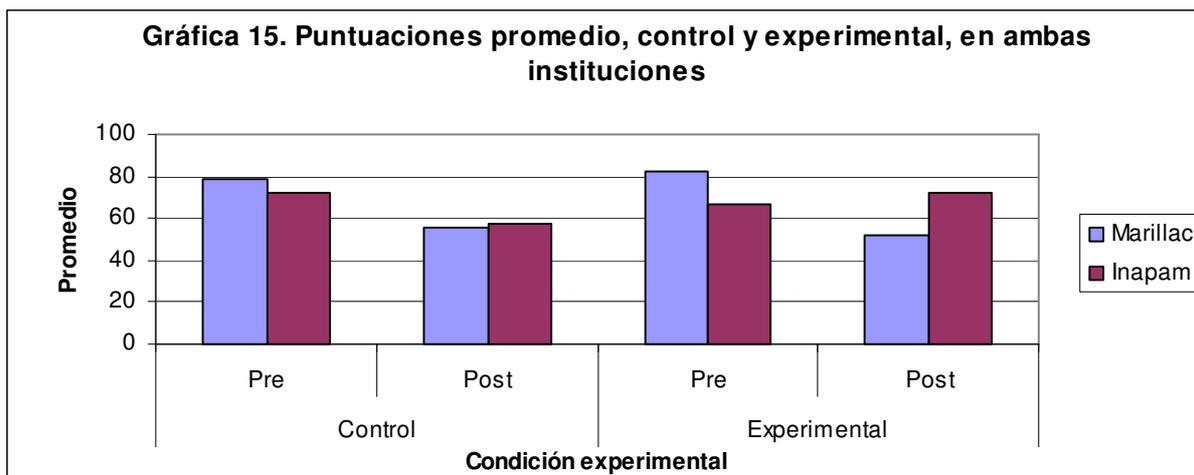
En la gráfica diez se muestran los resultados de la evaluación, de cada participante, en el área de memoria con repetición de frases por cada uno de los participantes, en donde Marillac obtuvo de 2 a 4 puntos en los dos grupos control y experimental, para el pos-test el grupo control mantiene el puntaje entre 2 y 4 con casos de disminución a 0, el grupo experimental se mantiene en puntaje alto de 2 y 4 puntos.



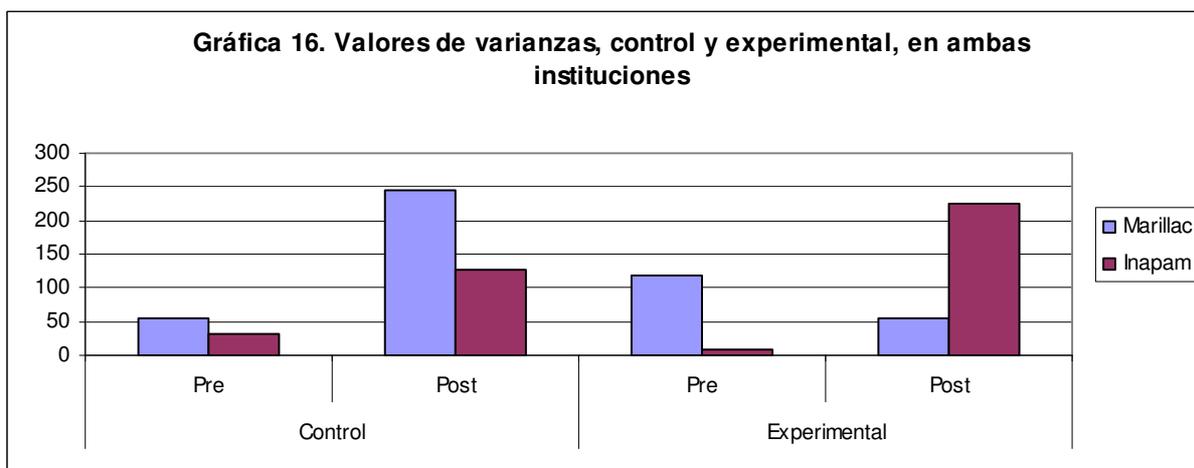
En la gráfica trece se muestran los resultados de la evaluación en memoria verbal mediante la recapitulación de palabras, en donde cada uno de los participantes de INAPAM obtuvo puntajes de 2 a 4 puntos con un caso de 0 en pre-test del grupo control, mientras que el grupo experimental obtiene puntajes de 2 a 5; para el pos-test el grupo control presenta una notable mejoría con 3 y 4 puntos más el mismo caso de 0, por último el grupo experimental obtiene puntuación de 4 a 6 mejorando notoriamente su desempeño.



En la gráfica catorce se evaluó memoria verbal a través de la recapitulación de palabras en donde cada uno de los participantes de Marillac obtuvo en el pre-test puntajes bajos de 1 y 2 en la mayoría de los casos con una excepción de 2.5 en el grupo control, mientras que el grupo experimental obtiene de 0.5 a 2.5; en el pos-test el grupo control obtiene de 0 a 1.5 esto es una leve disminución en la mayoría de los casos y el grupo experimental tiene dos casos en 0 dos que disminuyeron y un caso que mejoro notablemente la puntuación.



En la gráfica quince se muestra el promedio que obtuvieron los grupos control y experimental en ambas instituciones, en donde en el pre-test y pos-test se observa que los grupos de Marillac obtienen de 76 a 81 en la primera evaluación y una notable disminución en la segunda de 50 a 55, INAPAM obtiene puntajes de 58 a 71 posteriormente muestra un incremento de 68 a 71 puntos.



En la gráfica 16 se muestra la varianza que presentaron los cuatro grupos, se observa que las puntuaciones de Marillac en el pre-test son estables con una variación baja de 50 y 51 puntos, para la segunda evaluación esto se dispara de 120 a 249 puntos. Para INAPAM en el pre-test la varianza va de 10 a 30 puntos y al igual que en caso anterior para la siguiente evaluación aumentó de 125 a 220 puntos mostrando efectos inesperados que en otras gráficas no se observan de manera tan clara.

El análisis de gráficas corresponde a los puntajes obtenidos de las pruebas aplicadas pre-test, pos-test en INAPAM y Marillac cada una contiene los datos de grupos experimental y control de cada institución. Cabe destacar que en el grupo control de Marillac sucedieron dos muertes experimentales, por lo que en todas las gráficas de post- test aparecen dos participantes con puntaje cero.

Con la información anterior se puede notar claramente que los grupos de INAPAM tuvieron mejores puntajes en el pre – test, y en el post – test además, esto es el reflejo de ser población abierta, socialmente activa y pertenecer a un grupo donde reciben algún tipo de estimulación cognitiva, física y emocional. En las áreas con puntajes más bajos podemos ver el reflejo del paso de los años en la memoria que de alguna manera resulta afectada.

En el caso de Marillac se pudo observar una población más deteriorada, una de las principales causas es la situación de institucionalización además de una marcada carencia de atención y/o estimulación, al respecto, Ulla, Espinosa, Fernández, F., Fernández, L. & Prieto (2003) proponen, que las instituciones que albergan a un gran número de ancianos tienen dificultades para ofrecer atención especializada a cada uno de los residentes, esto aunado a que el bienestar esperado al llegar a la institución no es el esperado, se encuentran con un ambiente lleno de reglas a seguir, horarios irrevocables lo que produce un malestar no esperado que afecta a los residentes reflejado en una carencia de bienestar físico, emocional además de un notable deterioro cognitivo.

Análisis cualitativo de resultados

El análisis cualitativo esta dividido en categorías que se realizaron en base a la participación en las actividades propuestas de juegos de memoria y talleres de musicoterapia donde se explica de manera general su comportamiento toda la información expuesta se corroboró con el análisis de las sesiones que fueron video grabas a lo largo de toda la intervención.

CATEGORIAS	MARILLAC	INAPAM
	G-CON G-EXP	G-CON G-EXP
<i>Espacios:</i> extensión o superficie indispensable de espacio necesario para vivir una población o grupos de personas.	Para ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> es completamente limitado ya que no presentan expresiones de movilidad física que les permita ocupar más espacio de su alrededor limitándose a ocupar el espacio del cuerpo.	En el <i>grupo experimental</i> algunos integrantes tienen mayor movilidad, toman espacio para expresarse y buscar lo que necesitan. Para el <i>grupo control</i> encontramos espacios reducidos a lo que ocupa su cuerpo son mucho menos expresivos que el otro grupo en cuanto a la toma de espacio.
<i>Contacto físico:</i> relación entre dos personas que se tocan, trato o correspondencia física entre personas.	En ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> no se da el contacto físico de ninguna índole entre compañeros, voluntarios y cuidadores todo es distante, no se tocan las manos, no se besan, no se abrazan no se apoyan físicamente para levantarse o caminar.	En los dos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> hay contacto físico constante como: saludo de manos, besos en la mejilla abrazos, palmadas, bailes, etc., es una constante buscar el contacto.
<i>Expresión afectiva:</i> muestra de sentimientos entre dos o más personas a través de contacto físico, lenguaje oral o escrito.	En los dos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> no hay ningún tipo de manifestaciones afectivas entre compañeros, cuidadores, voluntarios y visitantes de otras instituciones, no hay palabras cariñosas, amorosas, ni muestras de afecto de ninguna índole solamente de algunos familiares esporádicamente.	En los dos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> hay constantes expresiones afectivas de palabras cariñosas, bromistas, abrazos, besos, palmadas, interés por el bienestar del otro a través de acciones específicas como: festejo de cumpleaños, visitas a domicilios en tiempo libre, viajes juntos.
<i>Convivencia:</i> vivir en compañía de otro u otros, compartir espacio y situaciones con distintas personas en distintas etapas de la vida.	En el grupo <i>experimental</i> existe una convivencia mínima necesaria por el hecho de tener que compartir el comedor y patios de descanso, con los demás conversan lo necesario y se acompañan físicamente mientras transcurre el día. En el grupo <i>control</i> la convivencia es prácticamente nula, son personas que viven aisladas en sus habitaciones o no conviven con ningún compañero por que no les motiva estar con ellos los visitan esporádicamente algunos hijos (a los que tienen).	En ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> hay una fuerte convivencia más en la realización de tareas cotidianas y en la organización de eventos especiales como fiestas, concursos, viajes, todos y cada uno se involucran completamente para organizar, con acuerdos y desacuerdos procuran tener cohesión y no distanciarse entre ellos.
<i>Espontaneidad:</i> respuesta, expresión o manifestación afectiva sin indicación de otro o no esperada.	En ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> no hay iniciativa ni actitudes inesperadas su comportamiento es plano y rígido, solo esperan indicaciones para actuar, no expresan algo nuevo, no proponen sólo se quejan de lo mismo que todos (enfermedades, mala alimentación, pérdidas) y son parte de un todo sin opinión propia ni posibilidad de ser escuchados de manera creíble.	En ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> hay espontaneidad en situaciones como contar historias, empezar a cantar, incluso a bailar, tomar un tema cotidiano, todos empezar a comentar, planear una fiesta y empezar a arrojar ideas, proponen y sugieren ideas, debaten, se contradicen y constantemente están surgiendo comentarios nuevos que amenizan la estancia en el grupo.

<p><i>Iniciativa en tareas:</i> idea que inicia una acción, disponibilidad para emprender proyectos, proponer actividades y actitud positiva para llevarlas a cabo.</p>	<p>En los dos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> no hay personas que tengan iniciativa para la realización de tareas, y las que llegan a hacer son por que piensan que no tienen otra alternativa y lo hacen bajo prescripción prácticamente, nadie tiene ganas de empezar algo a menos que sea imposición y en algunos casos ni de éste modo lo hacen por que no quieren ser obligados a nada o se sienten demasiado viejos para hacer algo que les sirva o traiga algún beneficio.</p>	<p>En el grupo <i>experimental</i> es constante que busquen empezar un proyecto y pregunten que vamos a hacer, que sigue, quienes, yo propongo, y llevan materiales que pueden servir sin que se les pida, buscan siempre estar activos dentro de las actividades. En el grupo <i>control</i> hay mayor pasividad, esperan a que se les indique que hacer y a que les lleven los materiales hasta sus lugares, proponen menos, opinan poco o nada aunque si participan en la realización de tareas y actividades, lo hacen hasta que se les indica no antes.</p>
<p><i>Comunicación de inquietudes:</i> interés de tipo intelectual o emocional, manifestación verbal por una impresión o duda.</p>	<p>En el grupo <i>experimental</i> se da constantemente la comunicación de quejas y reclamos respecto del personal de la institución, de los compañeros, de la alimentación, expresan mucho lo que les molesta de su alrededor nada más. En el grupo <i>control</i> hay un poco más de comunicación de aspectos como lo que les gustaría haber hecho en el pasado lo que creen que todavía pueden hacer en el presente, que los limita expresan sus miedos, preocupaciones tristezas y alegrías a personas muy específicas ya no conviven con nadie más que con la psicóloga y alguna otra visita esporádica que los escucha, no se quejan, defienden aceptan y recuerdan mucho.</p>	<p>Ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> tienen amplia comunicación de todo lo que les molesta o que quisieran cambiar lo que les gustaría hacer más etc., de manera personal y en grupo cada una de las personas constantemente exponen quisieran aprender, preguntan cosas que no entienden y no conocen se preguntan entre ellos, a los profesores y piden información más amplia del tema.</p>
<p><i>Relación temporal:</i> momento en el que se realiza la acción, tener conciencia del tiempo y espacio correcto en el que sucedieron o suceden los acontecimientos o vivieron las personas.</p>	<p>En el grupo <i>experimental</i> se maneja mucho la situación en pasado ya que las personas se trasladan al tiempo del suceso y se quedan ahí durante todo el discurso hablan en presente lo que ocurrió hace décadas, se visualizan jóvenes, incluso niños y hablan de todos los seres que los rodean como si fuera el aquí y el ahora. En el grupo <i>control</i> se habla siempre del presente actual y de la situación que viven y al hablar del pasado lo narran como una historia que paso hace determinados años sin irse del momento actual lo platican con coherencia y realismo.</p>	<p>En ambos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> las personas hablan más de su vida presente y de algunos planes a futuro, del pasado hablan poco, narran las historias como cuentos viejos no entristecen tanto al recordar sus años de juventud, incluso hablan con serenidad de sus muertos, son personas centradas en el aquí y el ahora.</p>
<p><i>Congruencia de respuesta:</i> conexión acertada de ideas o palabras en relatos de la vida cotidiana o en la aplicación de evaluaciones diversas.</p>	<p>En las primeras sesiones con el grupo <i>experimental</i> si había congruencia, las respuestas correctas en tiempo, la mayoría de los integrantes del grupo se esforzaban por estar atentos a las indicaciones y se concentraban en responder adecuadamente para acumular</p>	<p>En lo que respecta a las actividades de los talleres el grupo <i>experimental</i> mostró congruencia en un nivel medio ya que evocaban recuerdos para acordarse de la respuesta y olvidaban la actividad asignada, mezclaban palabras que estaban fuera de lugar</p>

	<p>aciertos se detenían a repasar cual había sido el error y lo estudiaban, conforme avanzó el tiempo de aplicación las respuestas comenzaron a ser vagas, difusas, combinadas con recuerdos del pasado y distracciones del momento.</p> <p>En el grupo <i>control</i> en su mayoría había congruencia en la narración de vivencias en un caso había más incongruencia ya que cada día cambiaba la historia.</p>	<p>por que se acordaban de otras cosas de otro tiempo y se combinaba la información dando como resultado incongruencia en sus respuestas y cabe decir que después de finalizada la sesión había personas que empezaban a recordar las respuestas de manera correcta y las decían.</p> <p>En el grupo <i>control</i> había más congruencia en la narración de sus historias personales.</p>
<p><i>Fluidez verbal:</i> lenguaje fluido que corre fácilmente al expresar ideas u opiniones sin la intervención de otros.</p>	<p>Para el caso de las dos instituciones, en los grupos <i>control</i> y <i>experimental</i>, la fluidez se notaba más al narrar historias del pasado, había disposición para hablar pero lo hacían de tiempos y espacios reales con recuerdos puntuales, en algunos casos pareciera que estaban viendo una película y la explicaban al mismo tiempo, el pasado transformaba sus rostros el modo de hablar, de mirar, sonreían, halaban mucho siempre, buscando ser escuchados.</p> <p>En las actividades de memoria no eran fluidas las respuestas, tenían pausas prolongadas, se distraían, buscaban el recuerdo y tardaban en traer al aquí y el ahora la palabra correcta esto en la mayoría de los casos en otros las primeras actividades se tornaron sencillas y respondían claro y de inmediato, en general lo fluido era en base a los recuerdos y las tareas se complicaban en éste aspecto.</p>	
<p><i>Expresividad:</i> expresar con gran viveza una emoción y sentimiento.</p>	<p>Los dos grupos <i>control</i> y <i>experimental</i> son casi inexpresivos, no abren los brazos ni los separan del cuerpo mantienen la misma posición durante toda la sesión rígida casi inmóvil solamente gesticulan para hablar y en ocasiones mueven las manos para limpiarse los ojos, mover su cabello y cosas así de sencillas. Ante la presencia de recuerdos no expresan sentimientos, ni tampoco cambios físicos que muestren algo más de lo que están diciendo hablan de ello como cualquier discurso que no amerita ni sonrisa ni expresión de molestia o tristeza esto en la mayoría de los casos.</p>	<p>Sólo algunas personas del grupo <i>experimental</i> muestran, con diversas acciones lo que sienten, piensan y quieren, se mueven, bailan, cantan, sonrien se ruborizan, lloran y constantemente preguntan cosas que quieren saber de infinidad de temas, comparten lo que les gustaría saber, lo que no han hecho y quisieran, comparten su opinión sin miedo a ser juzgados por que reiteran “todos tenemos aciertos y errores en la vida y quien esté en condiciones de juzgar que lo haga”. En los casos del grupo <i>control</i> mantienen una actitud pasiva y rígida físicamente a pesar de que se expresan más verbalmente cuando se les pregunta, no ponen mucha objeción para responder.</p>
<p><i>Naturalidad secuencial:</i> serie ordenada de opiniones, participación y respuestas que guarda entre si una relación de ideas.</p>	<p>En el caso del trabajo con los talleres el grupo <i>experimental</i> presenta un nivel representativo en responder de manera congruente y continua al principio de la práctica ya que avanzado el tiempo de notan cansados y distraídos por lo que sus respuestas son confusas y combinadas con palabras fuera de contexto.</p>	<p>Para el caso del grupo <i>experimental</i> les costaba más trabajo responder de manera continua y correcta a pesar de tener aciertos en las tareas se ensayaba varias veces para tener secuencias correctas, por lo regular respondían en desorden y después de muchos ensayos ya que no expresaban las ideas fácilmente.</p>

Análisis y comparación de las categorías

Las características del *espacio* son más restringidas para cada residente de Casa Hogar Marillac, pero para INAPAM el espacio más abierto hace más evidente las posibilidades de movilidad corporal y por su naturaleza el espacio en los grupos de INAPAM suele ser más estimulante.

En el caso del *contacto físico* para Casa Hogar Marillac en los grupos control y experimental a pesar de ser un espacio más restringido, prácticamente no existe la expresividad afectiva entre residentes, cuidadores y el personal que labora en la institución. En el caso de INAPAM el contacto físico es muy diverso se da de forma natural espontánea y correspondida. En este sentido es muy importante la observación clínica del deterioro cognitivo y del contacto físico, pues dicho contacto puede ocultar una forma de deterioro no valorada, pudiendo proporcionar lo que clínicamente se conoce como casos falsos, negativos, saludables donde lo que se ve afectado son las emociones.

La *expresión afectiva* en las personas de Casa Hogar Marillac no es una característica que esté presente como ya se menciona en la nota anterior no se da la expresión afectiva entre residentes, cuidadores, incluso esta es mínima con los familiares que suelen visitarlos. En el caso de INAPAM el contacto es mucho más frecuente hay una búsqueda constante del apoyo emocional entre las personas del grupo donde encuentran un respaldo seguro que se ha solidificado con el paso del tiempo.

La *convivencia* en Casa Hogar Marillac es restringida al igual que los espacios, ya que hombres y mujeres no pueden compartir los mismos lugares cerrados ya sean habitaciones de descanso o salas de entretenimiento, incluso uno de los jardines es visitado sólo por hombres a pesar de que esto no es una regla, en el comedor hay un estricto orden en las mesas y el lugar que se les asigna no pueden cambiarlo con nadie, tampoco levantarse a hablar con personas de otras mesas, esto marca las barreras de convivencia. En INAPAM el espacio de trabajo permite tener más convivencia, en primera instancia, por que es más pequeño, las actividades son constantes y en equipo por lo que convivir es rutina de todos los días por ello lo hacen con entusiasmo.

En el caso de la *espontaneidad* en las personas de Casa Hogar Marillac no se da en ninguno de los grupos la población es completamente pasiva y solitaria no surgen ideas nuevas ni propuestas

de ninguna índole, todo esto se relaciona con las normas que rigen la institución convirtiéndola en una institución hermética junto con quienes residen en ella. En INAPAM los grupos son creativos y dentro de sus características más sobresalientes está la espontaneidad ya que proponen e improvisan un sinnúmero de actividades sin temor a equivocarse o ser motivo de burla consideran más importante participar que estar calados e inactivos.

En la *iniciativa en tareas* en Casa Hogar Marillac al igual que en las otras categorías, es una más que no se presenta en esta población debido a lo pasivo de la población no se interesan en hacer ninguna actividad incluso se desentienden del aseo de sus habitaciones o el lavado de su ropa ya que los trabajadores lo hacen por ellos en cuestión de actividades físicas, recreativas o que contengan cualquier tipo de participación se niegan a hacerla por que no tienen obligación con nadie de hacer nada. En INAPAM si hay iniciativa, el sistema que coordina al grupo les propone constantemente innovar, crear e invitar a todos los integrantes a que realicen cosas novedosas lo que mantiene al grupo en actividad física e intelectual.

En cuanto a *comunicación de inquietudes*, a pesar de que la población de Casa Hogar Marillac no es expresiva, propositiva ni se relaciona con personas de la residencia, si es frecuente la comunicación con personas externas a quienes les hablan de lo que les molesta, lo mal que viven y las ganas que tienen de irse provocando en las personas incertidumbre incluso tristeza de la situación en esta institución. En INAPAM la comunicación de inquietudes es constante, en torno al aprendizaje, quieren saber cosas que en otro momento no pudieron aprender son personas motivadas, capaces, con interés de conocimiento.

En el caso *relación temporal* en Casa Hogar Marillac, los residentes tienen seria distorsión en cuanto al tiempo y espacio ya que su discurso del pasado, en ocasiones se ubican en el presente y no aceptan ser evidentes de un asilo incluso aseguran su estancia es temporal en la institución. En INAPAM la relación temporal es correcta se ubican en el aquí y el ahora, hablan de su pasado en tiempos correctos su noción del tiempo no se ha visto afectada por edad o enfermedad.

En los grupos de Casa hogar Marillac al principio había *congruencia* en su discurso incluso en su participación en actividades realizadas para la evaluación conforme transcurrió el tiempo ésta fue disminuyendo hasta llegar a la incongruencia en lo que cada persona decía. Los grupos de INAPAM presentaban mayor congruencia en su discurso y en las respuestas de las actividades

propuestas, aunque cabe mencionar es una población distraída lo que los llevaba en ocasiones a responder con incongruencia.

En cuanto a la *fluidez verbal* para todos los casos de las dos instituciones Casa Hogar Marillac e INAPAM se encontró que manejan mucho la narrativa de historias personales lo cual hacen con fluidez y precisión, en cuanto a preguntas concretas de actividades sus respuestas no eran tan fluidas ya que se cruzaba con otros factores como atención incluso aprendizaje lo que les llevaba más tiempo en asimilar.

La *expresividad* en las personas de Casa Hogar Marillac no es una característica común ni constante entre residentes, voluntarios y personal solo hay algunas ocasiones en que expresan el malestar que les provoca vivir en ese lugar y sólo lo hacen con personas externas al lugar. En el caso de INAPAM la expresividad es constante comparten sus experiencias de cada día, si tienen un conflicto o malestar emocional lo comparten con el grupo y les interesa recibir diversas opiniones para manejar la situación.

La naturalidad secuencial es una característica que se observó durante la aplicación de talleres en donde los grupos experimentales mostraban serias dificultades en la secuencia de respuesta, ya que son poblaciones que se distraen con facilidad, además de que se agotan al poco tiempo de trabajo y esto afecta notablemente la naturalidad de la respuesta..

Datos generales de los participantes

En este apartado se presenta un resumen con la explicación de cada uno de los participantes en el proyecto donde se expresa de manera general su situación actual con la finalidad de esclarecer inquietudes sobre los resultados obtenidos ya que el ambiente en el que se desenvuelve el adulto mayor es pieza fundamental en los cambios neuropsicológicos de esta población.

Integrantes del grupo control de Marillac

Participante 1. G. L. 85 años, residente en casa hogar desde hace dos años por decisión propia, viuda, es apoyada por una de sus hijas quien la visita constantemente y otra de sus hijas la saca de vacaciones. Constantemente se queja de su hija más cercana ya que cuenta historias de que la

engañaron para traerla al asilo y quiere irse de regreso a su casa, otras veces acepta que ella decidió entrar pero que ya no le gusta por que no la cuidan bien y quiere buscar otro asilo, también pelea constantemente con sus compañeras las agrede verbalmente, levanta falsos, por o que no quieren convivir con ella.

Manifiesta ser una persona hiperactiva ya que todo el día se está moviendo no puede quedarse quieta en un mismo lugar se desespera, sale a la calle una o dos veces al día sube, baja escaleras, visita a los abuelos enfermos entra y sale, hace ejercicio etc.

Emocionalmente es cambiante a veces está tranquila y se divierte contando cosas de su vida, se molesta, no le habla a nadie sale a la calle y eso le ayuda estar más tranquila, a veces se siente contenta de que su hija la visita y otras veces la insulta y corre para que no regrese.

Padece diabetes hace algunos años, no refiere cuantos pero desde que le diagnosticaron la enfermedad hasta la fecha no toma ningún medicamento para controlarla, lo que toma todos los días por la mañana es un licuado de nopal, choconostle, perejil y algo de jugo de naranja. Dice que no ha tenido ninguna alteración de la enfermedad ya que aunado a eso cuida su alimentación, no come alimentos dulces ni grasas por ultimo no ha tenido ningún accidente ni cirugía.

Participante 2. M. R. 83 años, viuda sin hijos, residente en casa hogar por decisión propia, la visita una sobrina y a veces sale a la calle con ella, coopera con las labores en casa hogar ayuda en la cocina y es independiente para todas sus actividades personales.

Es una persona que lee la Biblia y esta muy apegada a la religión católica no habla casi nada de su vida pasada sólo comenta que está tranquila y le gusta sentirse útil en la casa hogar.

Padece de hipertensión arterial para lo cual toma captopril una tableta cada 24/h, Analaprin una tableta cada 24/h y no ha tenido ningún accidente ni cirugía.

Participante 3. L. A. 72 años, soltera sin hijos, residente en casa hogar por ayuda del DIF ya que es una persona discapacitada con mucha educación respetuosa, nadie la visita no habla de ningún familiar o amigo fuera de la casa de abuelos y dentro de ella se relaciona con pocas personas ya que casi no sale de su habitación.

Emocionalmente se siente devastada por estar sola, nunca haber tenido una pareja por causa de accidentes y lesiones en la columna que la mantuvieron invalida por años, se siente miserable por no haber sido madre y vivir económicamente dependiente de la casa a pesar de ser una persona inteligente con amplios conocimientos, no tiene entrada económica debido a que por complicaciones en su trabajo la liquidaron y ya no pudo trabajar más.

Camina con muletas ya que tiene fuertes lesiones en la cadera, padece de hipertensión arterial esporádica para lo que toma captopril una tableta cada 24/h. En la infancia sufrió de una caída llevando un fuerte golpe en la cabeza quedando inconsciente y sin poder caminar, posteriormente estuvo en tratamientos médico hasta que le colocaron una férula en la cadera con lo que volvió a caminar con secuelas. Posteriormente le quitaron la férula para ponerle una de metal, dejó de caminar dos años, disminuyó de manera notoria su estatura camina con muletas a consecuencia de esto durante su estancia en Marillac a sufrido de fuertes caídas en el baño dándose golpes en la cabeza que dice, han hecho que hable más despacio y tenga periodos de olvidos. También tuvo severas complicaciones con la matriz, por lo que se la quitaron incluyendo los ovarios.

Participante 4. M. L. G. 83 años. divorciada hace décadas, vivió maltratada físicamente, residente en casa hogar por decisión de su hijo con quien vivía antes, ella aceptó debido a que sus enfermedades son de cuidado y estaba causando molestias y preocupaciones en su casa.

Emocionalmente se siente merecedora de todo el dolor que padece, es católica y piensa que Dios le manda ese castigo por que el también sufrió y ella no tiene por que no sufrir un poco de lo que el sufrió, aunque poco tiempo después le exigía cesara el dolor con la muerte.

Padece artritis reumatoide deformante desde años atrás, conforme avanza el tiempo la enfermedad se agrava y aumentan los dolores, para esto toma Naproxeno 2 tableta cada 8/h Diclofenaco 2 tableta cada 8/h, Mobicox solución inyectable en ocasiones de dolor intenso. Es la única enfermedad que padece la cual, ya no le permite caminar ni tiene movilidad en las manos ya que todo el tiempo esta vendada. Comenta que los dolores son intensos y disminuyen levemente con los analgésicos ya que no hay cura ni posible mejora para su caso.

Participante 5. A. V. 69 años. divorciado, residente en casa de abuelos debido a problemas económicos ayudado por el DIF entró a casa hogar Marillac, no le gusta estar ahí pero es un buen

lugar que encontró para vivir, lo visita esporádicamente su hija, no sale de casa, es independiente para realizar todas sus actividades.

Lee libros escucha música todo el día, no le gusta convivir con sus compañeros por que no quiere terminar dependiente como ellos por lo que todo el día está en su habitación y sólo sale a comer. En últimas fechas ha padecido de presión alta, hernia hiatal con acidez estomacal, ataques de epilepsia ocasionales (cada 4 años aproximadamente) como secuela de un derrame cerebral en un accidente automovilístico el tratamiento que toma es, Teofilina una tableta cada 24/h, Ranitidina ocasional y Fenitoina una tableta cada 24/h sin interrupción.

Emocionalmente vive con miedo a caer en decadencia y que lo tengan que asear y darle de comer en la boca no le gustaría llegara a eso, también teme morir asfixiado de noche cuando nadie lo auxilie como le a pasado a algunos de sus compañeros. También siente temor por el hecho de tener pulsiones sexuales acompañados de recuerdos ya que le dicen eso es malo a su edad y tiene dudas al respecto.

Integrantes del grupo experimental de Casa Hogar Marillac

Participante 6. G. U. 84 años, viuda, residente en casa de abuelos por decisión familiar madre adoptiva de una hija quien la visita junto con una hija (nieta de Guadalupe) ambas son las únicas personas cercanas y la frecuentan una vez por semana relativamente. Muestra un deterioro cognitivo considerable y señales de demencia ya que invoca a seres divinos los cuales la visitan, le dicen que realice determinadas acciones (como escapar de la casa y visitar templos sagrados) y afirma toman su cuerpo, lo cual ella permite, por que son seres divinos. Su deterioro físico es leve ya que aún es independiente, mantiene control de esfínteres, come, camina y se asea por si sola.

Padece diabetes, hipertensión arterial y disminución de agudeza auditiva en últimas fechas por lo que toma Captopril 2 tabletas cada 24/h, Givenclamida una tableta cada 8/h, reporta que últimamente su presión varia constantemente, se siente cansada todo el día con ganas de dormir, sin accidentes ni cirugías.

Emocionalmente está constantemente abatida por el hecho de no vivir en su antigua casa cerca de su familia, en todas las actividades decía visitar su casa y querer regresar a ella para cuidar de su nieta. Manifestaba ser una persona vieja, inútil para aprender nada por lo que trabajar con ella era pérdida de tiempo, pasa la mayor parte del tiempo en su habitación rezando o en la capilla de la casa hogar.

Participante 7. P. L. 92 años, divorciado varias décadas atrás, residente en casa hogar por decisión de sus hijos, ingresado con engaños en contra de su voluntad, por lo que cada día piensa en escapar y regresar a donde vivía, lo visitan tres de sus hijos muy pocas veces ya que no tiene buena relación con ninguno de ellos, por haberlos, maltratado, abandonado, negarlos como hijos suyos etc.

Presenta complicación por insuficiencia venosa crónica, con hinchazón severa de piernas y úlceras que no cicatrizan. También se le realizó un electrocardiograma en donde aparecieron alteraciones graves. Para esto toma desinflamatorios de los cuales no se dio a conocer el nombre, a lo largo de su vida no tuvo ningún accidente, ni tampoco alguna cirugía u hospitalización.

Emocionalmente, está triste y decepcionado por vivir en la casa de abuelos, tiene un semblante cansado y abatido, manifiesta constantemente que, se va a morir y no quisiera que fuera en esa casa sino en donde vivía, come muy poco, no se asea, no tiene total control de esfínteres y su deterioro físico es crónico, por lo que necesita ayuda pero no permite que lo hagan y no habla con nadie más que con la cuidadora de su sección, todo el día permanece sentado en su habitación o frente a la puerta de salida no hace ninguna otra cosa.

Participante 8. O. V. 65 años, divorciada décadas atrás, sin hijos, residente en casa hogar por decisión de sus hermanas y propia debido a una mala relación con sus familiares ya que ellos no querían que siguiera viviendo con ellos, manifiesta estar tranquila y a gusto en casa de abuelos, la visitan dos amigas de toda la vida y una vez al mes salen a convivir, sus familiares prácticamente no la visitan. Le molesta la imposición de actividades, si algo no le gusta no lo hace, dice que ya está grande para que le manden a hacer cosas. Físicamente se encuentra estable, es incontinente nocturna y realiza todas sus actividades por si sola, camina con la ayuda de bastón.

Reporta diversas enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, hernia hiatal y una lesión en el corazón, para lo que toma Captopril 2 tabletas cada 24/h, Givenclamida 4 tabletas cada 24/h,

Metformina una tableta cada 24/h, Ranitidina en caso de agruras o acidez, Naproxeno en caso de dolor, Furosemida 2 tabletas cada 24/h. También tiene fuertes problemas de hemorroides para lo que no toma ningún medicamento ni lleva una dieta adecuada. No ha tenido ningún accidente o lesión física independiente de sus enfermedades.

Emocionalmente, a veces entristece por que quiere mucho a sus hermanas no entiende por que la rechazan y no la visitan, se relaciona con algunas compañeras a otras las rechaza completamente por que la desespera el hecho de que no entienden o son necias, le gusta tejer y en eso ocupa la mayor parte de su tiempo no realiza ninguna otra actividad.

Participante 9. G. S. 80 años, dos veces viuda, madre de un hijo que murió en 1985 brindando auxilio después del terremoto en la Ciudad de México, residente en casa hogar por decisión propia, la visitan sus sobrinos y algunas veces la llevan a convivir con ellos y su demás familia, dice que está muy tranquila en la casa ya que vivió mucho y ahora sólo le queda descansar y esperar en paz la muerte.

Es independiente realiza todas sus actividades por si sola aunque no le gusta limpiar su habitación, lavar su ropa, sus compañeras lo hacen por ella y constantemente la reprenden, no realiza ninguna actividad se la pasa caminando de un lado a otro o sentada todo el día.

No ha padecido ninguna enfermedad crónica o grave a lo largo de su vida y pocas veces toma medicamento, en ultimas fechas por temporada de frío comenzó con dolores en las manos de reumatismo y sólo cuando el dolor es intenso toma Naproxeno una tableta cada 24/h, sin intervenciones quirúrgicas ni tampoco accidentes.

Emocionalmente está tranquila ya que es conciente de que se quedo sola en la vida y no quiere estorbarle a su familia ya que la mayoría son jóvenes y no quiere ser una carga para nadie, algunas veces manifiesta batimiento y tristeza por no salir a ningún lado y por que no la visita nadie.

Participante 10. C. E. 91 años, viuda décadas atrás, madre de un hijo que reside hace varios años en Los Ángeles California con el que no tiene ningún contacto, residente en casa de abuelos por

decisión de su hermana quien pensó que ya no podía vivir sola por su edad y necesitaba que la cuidaran, ella es su único familiar cercano la cual no la visita ni llama, nunca sale de casa hogar.

No tiene capacidad de atención, concentración, no razona, ni sigue las indicaciones, lo más notable es una pérdida de memoria grave al grado de no acordarse donde está su habitación, se le olvida la hora de los alimentos incluso si comió o no, no lo sabe, a veces no recuerda su pasado, si fue casada o tuvo hijos, otras veces habla como si fuera una niña de 10 años y cuenta su vida de ese tiempo en presente. Físicamente tiene leves problemas de oído (no escucha muy bien), y presenta somnolencia o un sueño pesado día y noche.

Emocionalmente dice estar tranquila por que fue muy feliz en su vida y que a veces se acuerda de su hijo pero sabe que no le importan nada de lo que dejó en México y que no se acuerda de que tubo madre, se relaciona muy poco con sus compañeras pasa la mayor parte del día en un lugar soleado sentada o en su habitación.

Integrantes del grupo control de INAPAM

Participante 11. C. H. 76 años, viuda hace varios años, vive independiente muy cerca de una de sus hijas quien la ayuda en lo que necesita y la cuida cuando se enferma, con sus demás hijos y nietos lleva buena relación aunque se frecuentan poco, económicamente se mantiene de una pensión del IMSS que le otorgaron cuando murió su marido.

De las actividades que brinda el centro sólo asiste a bordado, pintura en tela o tejido, no asiste de manera constante y se duerme en las clases, físicamente es independiente para realizar todas sus actividades no tiene mucha agilidad física solamente práctica un poco de yoga esporádicamente.

Padece hipertensión arterial, diabetes, artritis reumatoide, constantes crisis de bronquitis, una marcada disminución de agudeza visual y auditiva, para la bronquitis no lleva tratamiento médico, toma té de hierbas o medicamento naturista, para los tres primeros padecimientos toma, Metformina 2 tabletas cada 24/h, Peroxicam 2 tabletas cada 24/h, Diclofenaco una tableta cada 24/h, Captopril una tableta cada 24/h.

Emocionalmente se muestra seria, triste, habla poco de su vida no le gusta participar en ninguna actividad, constantemente dice que es inútil que no sabe nada no sirve de nada que aprenda algo por que ya esta muy vieja se auto sabotea de manera cotidiana.

Participante12. G. G. 77 años, casado por más de 50 años vive con su esposa y lleva excelente relación con su esposa y sus hijos todos viven independientes y en se reúnen únicamente en grades festividades, vive de su pensión por parte del IMSS de manera desahogada, viajan constantemente y comenta sigue disfrutando de su matrimonio.

Participa en todas las actividades que le brinda el grupo y es constante en su asistencia, físicamente es una persona activa, es atleta competidor en maratones desde joven, actualmente en torneos de tercera edad completamente independiente en todas sus actividades y con una fuerte condición física.

Presenta disminución de audición por lo que porta un aparato auditivo que le ayuda moderadamente a escuchar mejor, algunas veces padece crisis de gastritis para lo que toma Ranitidina una tableta cada 24/h.

Emocionalmente se siente feliz y en plenitud por todo lo que ha logrado en la vida, por tener sus años y sentirse muy bien.

Participante13. G. H. 68 años, viuda hace vario años, vive con una de sus hijas quien está casada y tiene dos hijos, económicamente se mantiene de una pensión del IMSS otorgada al morir su marido.

Asiste al grupo porque le gusta estar entre personas de su edad y tiene un sentido del humor que les simpatiza a muchos. Con respecto a las actividades que brinda el grupo no realiza ninguna debido a que está perdiendo la vista y no puede esforzarse.

A sufrido caídas con golpes severos en cabeza y espalda, padece hipertensión arterial diabetes, disminución de agudeza visual y cataratas los medicamentos que toma son, Gibenclamida 2 tabletas cada 8/h, Captopril 3 tabletas cada 24/h. Acude a control médico mensual, en donde le realizan pruebas de sangre y orina ya que su diabetes tiende a elevarse de manera brusca incluso a

caído dos ocasiones en coma diabético de los que a logrado recuperarse, le realizaron una operación de cataratas la cual no fue exitosa y sigue con el padecimiento.

Emocionalmente se muestra con mucho ánimo, aunque a veces recaen sobre ella las enfermedades y entristece, por lo que busca siempre compañía, para no derrumbarse antes de tiempo.

Participante 14. I. F. 75 años, casado vive con su esposa y un nieto de 22 años que estudia a quien le costean la carrera, económicamente se sostiene de una pensión del IMSS viven sin carencias, sus hijos no los frecuentan ya que viven en otros estados de la república.

Realiza sólo algunas de las actividades que brinda el grupo y le gusta leer, físicamente es independiente para realizar todas sus actividades y procura mantenerse activo para mantenerse con buena salud, no presenta ningún padecimiento tampoco toma medicamentos, sólo se queja de disminución de agudeza visual ya que es lector y tiene que hacerlo ahora con lentes únicamente, por último no tiene antecedentes de accidentes o enfermedades graves en su familia.

Emocionalmente está tranquilo con lo que tiene y se siente satisfecho por estar acompañado de su esposa y por todo lo que vive.

Participante 15. A. Z. 64 años, viuda hace un par de meses vive sola, sus hijos viven cerca de ella y la frecuentan constantemente se mantiene económicamente de una pensión otorgada por el IMSS al morir su marido.

Su llegada al grupo es reciente, realiza todas las actividades, centra su atención en alfabetización, tiene especial interés en aprender a leer y escribir, físicamente es independiente para realizar todas sus actividades, practica yoga y piensa aprender a bailar.

Padece asma bronquial para lo cual toma, Difenhidramida 1tableta cada 8/h, Iqfadina 1 tableta cada 12/h, esta dosis la suspende cuando disminuyen las crisis.

Emocionalmente se encuentra triste, desconcertada y preocupada, dentro de su matrimonio, no se le permitió hacer cosas por ella misma todo lo hizo su marido y ahora que el no está, no sabe por

ejemplo, pagar un recibo, salir de compras sola, por lo que quiere perder el miedo que siente y salir adelante.

Integrantes del grupo experimental de INAPAM

Participante 16. C. H. 67 años, viuda hace más de 20 años, su entonces esposo tuvo una muerte repentina (asesinado en un asalto), por lo que trabajo como comerciante y sacó adelante a sus hijos los cuales son profesionales, viven independientes a excepción de su hija menor quien estudia el grado de licenciatura y reside con ella. Su situación es desahogada ya que tiene su propio negocio.

Recibe clases de alfabetización y lee un poco en su tiempo libre, físicamente se encuentra integra, independiente en todas sus actividades, además práctica yoga y baile regional.

Padece diabetes e hipertensión arterial para ello toma, Felodipino 1 tableta cada 24/h, Gibenclamida 1 tableta cada 24/h, Metformina 1 tableta cada 24/h. Asiste a control médico constante, se le realizan pruebas de sangre y orina cada tres meses debido a que la diabetes se ha mantenido en un nivel moderado sin cambios drásticos, la hipertensión es variable lo que provoca en algunas ocasiones aumente la dosis de medicamento hasta controlarla nuevamente.

Presenta problemas de hipertensión arterial y alto nivel de colesterol sin tratamiento, sufrió una embolia 25 años atrás por un golpe en la cabeza lo que le dejó secuelas físicas, rigidez en medio rostro, brazo y pierna en ocasiones tiene dolor de cabeza y mareos para lo que toma, Vontrol 1 tableta cada 24/h, Naproxeno 1 tableta cada 24/h, por último no se ha realizado estudios para conocer su estado de salud actualmente.

Emocionalmente se encuentra tranquila y feliz con lo que tiene en la vida y con lo que ha logrado tiene buena relación con todos sus hijos y sale con sus amistades a viajes, fiestas, todos los días asiste al grupo a realizar diversas actividades y se siente completamente integrada y en plenitud.

Participante 17. J. A. 66 años, soltero sin hijos, vive con su mamá, tiene hermanos con quién se relaciona poco, muchos años de su vida residió en San Luis Potosí y se dedicó al boxeo tiempo

después sufrió una embolia lo que lo incapacitó dejó el deporte y regresó a su casa, económicamente depende de su mamá quien vive de su pensión del IMSS.

Ocupa la mayor parte de su tiempo en estudiar y realizar todas las actividades que en el grupo realizan, físicamente es activo e independiente en todas sus actividades, ahora se hace cargo de su mamá quien está enferma y mucho mayor.

Emocionalmente está feliz y tranquilo aparentemente ya que asegura nunca haber querido casarse y no se queja de lo que tiene ni pide más, aunque algunas veces está callado, molesto y aislado de los demás.

Participante 18. C. P. 65 años, viuda años atrás, vive sola, tiene buena relación con sus hijos y nietos, quienes la frecuentan constantemente, se mantiene de una pensión del IMSS que le fue otorgada al morir su marido y vive sin carencias.

Realiza todas las actividades que les brinda el grupo y es independiente para realizar todas sus actividades.

Padece artritis reumatoide con inflamación y constante dolor desde hace 7 años aproximadamente para esto toma, Plaquenil 1 tableta cada 24/h, Diclofenaco 1tableta cada 24/h, Atrexel 4 tabletas cada 24/h por 8 días y suspende 1 mes, Calcium 1 cada 24/h por 8 días y suspende un mes, Calcort 1 tableta cada 3 días, Acido fólico 1 cada 24/h por dos semanas y suspende un mes, se realiza análisis de 5 elementos cada 2 meses.

Emocionalmente dice estar conforme la vida que le tocó y en ésta etapa de su vida se siente tranquila y agradecida por estar bien y tener a toda su familia cerca, intercambiando conversación con ella, no expresa sentimientos o sensaciones su presencia es plana con poca expresividad facial y física no hace ademanes al hablar y comenta lo necesario.

Participante 19. G. R. 72 años, viuda hace algunos años, vive sola, lleva buena relación con sus hijos quienes viven cerca de su casa y la frecuentan constantemente incluyendo a sus nietos, se mantiene de una pensión del IMSS que le fue otorgada al morir su marido. Realiza todas las

actividades que le brinda el grupo, yoga, baile regional, de salón, camina constantemente y realiza todas sus actividades de manera independiente.

Padece hipertensión arterial, dolor de cabeza frecuente y síntomas de diabetes no declarada para lo que toma, Captopril 1 tableta cada 24/h, Gibenclamida 1 tableta cada 24/h, Debesafibrato una tableta cada 2/h, Acido acetilsalicílico una tableta cada 24/h. asiste a control médico mensual en donde le realizan pruebas de sangre y orina para estar al tanto del posible desarrollo de diabetes.

Emocionalmente se encuentra feliz, tranquila y con mucho ánimo de vivir, divertirse y no sentirse anciana inútil espera tener una vejez larga y sana como sus abuelas y madre que rebasaron los 95 años de edad con buena salud.

Participante 20. A. C. 65 años, viuda hace algunos años vive sola, lleva buena relación con sus hijos y nietos quienes la frecuentan todos los días se dedica al comercio tiene un negocio de donde se mantiene ya que no recibe pensión de ninguna institución.

Realiza todas las actividades que le brinda el grupo, incluyendo alfabetización, físicamente es una persona independiente para realizar todas sus actividades, practica yoga y camina constantemente.

Padece hipertensión arterial y diabetes para lo que toma, Gibenclamida 2 tabletas cada 8/h, Metformina 3 tabletas cada 24/h, Metroporol una tableta cada 24/h.

Emocionalmente se encuentra tranquila por la buena relación que tiene con su familia, es una persona tranquila, poco comunicativa, de semblante serio y rígido aparenta agotamiento o fatiga aunque dice estar bien como es cotidianamente.

IMPLICACIÓN

Aquí me corresponde explicar y describir como llevé a cabo este proyecto de investigación con la finalidad de que el lector interesado en el tema conozca paso a paso cómo se realizó el trabajo y las consecuencias que trajo consigo la intervención con población de adultos mayores, que cabe recalcar es complicado en sobremanera por lo que me llevó a enfrentarme al futuro visto en el presente en otras personas.

Ahora bien el proyecto comenzó como una buena opción para titulación, un tema novedoso y poco explorado con excelentes especialistas a cargo, además de entrar a un campo de trabajo en el cuál la mayoría de estudiantes no quieren entrar al trabajo con población de adultos mayores.

El siguiente paso fue elegir un tema concreto de investigación, en este caso fue la pérdida de memoria, tenía interés de saber por qué a mayor edad mayores son los olvidos y saber como ésta situación afecta a las personas que lo padecen, en la primera parte de seminarios y recolección de información teórica todo estaba claro en cuanto a lo que quería trabajar; evaluar memoria en adultos mayores con una prueba especializada y analizar los resultados. El proyecto empezó a cambiar cuando empecé a buscar a la población de adultos mayores donde aplicaría dicha prueba ya que el INAPAM me brindó todas las facilidades para trabajar en un grupo antes de obtener el permiso en casa hogar que era la idea principal, una vez que obtuve este permiso y teniendo el compromiso anterior tomé la decisión de evaluar en ambas instituciones.

Hablar de mi implicación en la realización del proyecto es algo que me provoca una avalancha de sensaciones y pensamientos ya que fue un trabajo constante, agotador, lleno de sorpresas, en primera instancia dio un giro total de lo que al principio se planeó ya que comenzó como, pérdida de memoria en adultos mayores, lo cual se evaluaría con una prueba sencilla en un grupo de personas de la tercera edad y se presentarían los resultados obtenidos a lo que hoy es un estudio comparativo de deterioro cognitivo entre población anciana perteneciente a dos tipos de institución abierta y de estancia permanente.

El hecho de haber trabajado en las dos instituciones enriqueció tanto a la investigación como a mi experiencia personal como profesional me permitió ver dos opciones de vida cada una con ventajas y/o desventajas, viví un periodo de experiencias que me hicieron cambiar enormemente

de ideas, me atrevo a decir que a partir de esto soy un ser humano distinto. Encontré situaciones que me provocaron miedo, tristeza, cansancio excesivo, fuertes cargas emocionales que tenía desde hacía tiempo, además de que no creía importante trabajar con ellas, hasta que la misma experiencia de las personas me permitió expresar sentimientos y mejor aún trabajar con ellos para poco a poco para ordenarlos y no arrastrarlos más.

Aprendí también que ninguna situación o acontecimiento en la vida es gratuito todo tiene un motivo, un momento de presentarse, aprendí a ser paciente también pude entender que corriendo no es la mejor manera de llegar, sino ir al paso de la situación, detenerse a saborear lo que provoca, vivir, sentir a cada momento lo que se presente como dolor, molestia, duda, satisfacción, etc., todo esto me llevó al principio del verdadero aprendizaje el que se da en el contexto real de la vida cotidiana.

Conocí historias de vida de todo tipo por ejemplo de personas social y económicamente poderosas, que vivieron con lujo y riquezas, otros humildes con posición económica media y baja que en la actualidad personas de ambos casos compartían la misma situación de soledad en un asilo de ancianos donde aprendí que cada uno de ellos de distinta forma hicieron o dejaron de hacer cosas para llegar a esta situación de vida y entendí que lo que yo haga o deje de hacer a lo largo de la vida me permitirá decidir cual de las situaciones es la que quiero vivir en el futuro, experimenté situaciones de colapso físico, emocional, pensé dejar de vivir además comencé a padecer enfermedades como infecciones, migrañas, somnolencia dolor muscular, de articulaciones, tristeza, miedo desgano, desinterés, entre otras.

Entrar al mundo de los viejos también me permitió resignificar mis ideas sobre esta etapa de la vida, pude ver de otra forma al envejecimiento, entiendo el proceso como parte del crecimiento personal de las personas, además de ver que es posible llegar a la tercera edad siendo personas funcionales, útiles, saludables, activas con muchas cosas por hacer y disfrutar siempre y cuando se prevea desde la juventud y se construya una vida con sentido y cada día haya algo nuevo que hacer, no es válido envejecer pensando en el final o en la decadencia, entendí que es decisión y trabajo personal lo que se ve reflejado en la tercera etapa de la vida.

Trabajar con adultos mayores, conocer de cerca diferentes situaciones de vida me permitió ver mi situación lo cual me llevó a tomar fuertes decisiones que cambiaron por completo mi contexto, pude hacer cosas con menor temor que en otro momento, entendí que todo lo que me proponga lo

puedo hacer con trabajo, dedicación y humildad que es el aprendizaje máspreciado que me dejó la investigación. Aprendí a no juzgar al otro, a recibir opiniones, consejos, comentarios de otros, tomando lo necesario sin ver a nadie en un nivel menor que el mío, encontré mi valor personal que me hace sentir capaz de seguir adelante con lo que quiero luchar por mis ideales y dejar lo que no quiero para mi vida y no dejarme vencer por difícil que se presente la situación de eso se trata mucho la vida, de superar pruebas complicadas que tiempo tendrán recompensa o consecuencia de cada vivencia.

La experiencia de trabajo me dio un aprendizaje personal acerca de mis sentimientos, a entender los de mi familia, a encontrarme con personas de mi entorno que me quieren, las cuales siempre han estado conmigo; tener actitud positiva modificó de manera dramática el entorno, mi comportamiento y ambiente paralelamente, también hubo quienes se marcharon dejándome experiencias que hicieron viera el proceso de muerte como la conclusión del aprendizaje gestado en una vida.

Participar en investigaciones de este tipo, donde hay una relación personal frecuente y continua permite que se cambie la vivencia del investigador como persona y ante la vejez.

Para finalizar un tema que es y será de los más interesantes a lo largo de la investigación psicológica es la soledad, que en un tiempo de la vida sabe a libertad a no compromiso, no tener que compartir, después sin lugar a duda se convierte en la peor compañía, la menos deseada, la que más pesa, hace sufrir, su único aliado es el silencio, aburrido triste y no hay nada más, el único antídoto es trabajar a lo largo de la vida en la creación de redes sociales y relaciones interpersonales sólidas además de no evadir las posibilidades que presenta la vida para estar acompañado.

CONCLUSIONES

Uno de los objetivos de ésta investigación esta relacionado con conocer y reportar la situación actual de las instituciones en México al respectó se encontró información relevante.

Se puede concluir que la organización institucional tiene efectos no esperados o deseados en la dinámica que se genera en sus asistentes. El tipo de instalación, las actividades cotidianas, los programas institucionales, los recursos disponibles y las características del personal y asistentes suelen centrarse en actividades que aparentemente movilizan a la población, pero no son actividades que ayuden a modificar o desarrollar patrones de comportamiento adaptativo ya que se limitan a ocupar parte de su tiempo en la elaboración de manualidades sin un fin determinado. El personal que labora en las instituciones no ésta capacitado ni recibe información sobre las actualizaciones en lo que se refiere al cuidado de adultos mayores aunado a la falta de recursos económicos disponibles para cubrir todos los gastos de casa hogar en donde es poco probable se destinen fondos para la capacitación del personal y obtener una mejora en la calidad de vida de los residentes.

Durante el proceso de adaptación a la nueva situación de institucionalización surgen diversos tipos de comportamiento por parte de los recién llegados adultos mayores como aislamiento, falta de apetito, desanimo, tristeza y la necesidad de regresar al entorno familiar, en algunos otros casos más esporádicos, se encuentran serenos, amables con la idea de que se encuentran en un espacio tranquilo sin presiones y donde podrán descansar de la situación social cotidiana para vivir la última etapa de su vida tranquila y cuidada en caso de ser necesario.

Dentro del comportamiento adaptativo, también pueden identificarse cuando hay comportamientos exploratorios y de descubrimiento esto se refiere a la libertad con que los nuevos residentes de casa hogar pueden conocer los espacios donde habitarán de ahora en adelante, aquí es importante saber que en Marillac está restringido el acceso a algunas áreas del asilo ya que las normas de la institución no permiten la convivencia entre hombres y mujeres funcionales en el mismo espacio cerrado ya sea en habitaciones o salas exclusivas para cada grupo masculino o femenino, lo cual daña el proceso adaptativo.

En este tipo de comportamiento hay una diferenciación perceptual del entorno que se encuentra asociado a los procesos cognitivos naturales que incluyen: memoria a corto y largo plazo, memoria de trabajo, semántica, atención, orientación, percepción, concentración pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo, habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

En el caso de Casa Hogar Marillac podemos observar que el trabajo con el grupo experimental no fue el más apropiado, ya que empezaban a hablar de situaciones o experiencias irrelevantes como por ejemplo, cómo está el clima, a qué hora van a comer, quien va a visitar a quien hoy, por lo que se distraen con facilidad o casos en que el compañero que están sentados al rededor responden y en su turno no lo hace causando mucha distracción en el trabajo con dos o tres personas en el mismo espacio, por lo que se evidencia que los procesos de atención, concentración y percepción no funcionaban o lo hacían en un nivel bajo, esto como consecuencia del nivel de deterioro cognitivo, por los cambios acelerados en la población adulta mayor fisiológicos, psicológicos y sociales.

Las personas que conforman este grupo son físicamente independientes y se trasladan por sí solas aunque cuando hay cambios drásticos de temperatura se les complica caminar constantemente por dolores de huesos y se resfrían con facilidad, mantienen control de esfínteres, se bañan y comen por sí solas.

Son una población pasiva, ya que no realizan ningún tipo de actividad física, artística o de recreo. El personal que labora en casa hogar no cuenta con el tiempo, ni la preparación necesaria para mantener activos a los residentes, lo que trae como consecuencia un deterioro mayor de las funciones cognitivas, aquí se involucra el efecto tiempo debido al cual se desarrollaron cambios en su mayoría negativos; con este grupo se fue dando un notable y progresivo deterioro con indicadores como falta de apetito, somnolencia constante, enfermedades crónico-agudas como falta de movilidad, presión arterial elevada, insuficiencia venosa, por mencionar las más constantes en el grupo.

Los cambios de ánimo variaban constantemente, en ocasiones las personas tenían más energía y entusiasmo de comenzar el día y trabajaban en las sesiones, pero en otras ocasiones (puntualmente cuando fallecían personas de la casa) el ambiente y su comportamiento se tornaban planos, simples sin ganas de hacer nada y había temor, tristeza, incluso melancolía por pensar en su próxima muerte. Su rendimiento en las actividades de memoria mostraba un claro avance en la disminución de las funciones psicológicas planteadas principalmente en atención y concentración.

Sobre las relaciones sociales de este grupo se observó que no tienen, ni propician relaciones interpersonales con sus compañeros (entre ellos no se toleran) están aislados (todos de todos) y las visitas de familiares son esporádicas o inexistentes, lo que los afecta de manera considerable se lamentan, enojan o entristecen al saberse solos y/o abandonados, sin poder salir a la calle a ver cosas nuevas o visitar e intercambiar información del mundo con personas conocidas.

En comparación tenemos al grupo control de casa hogar Marillac en donde se encontró con una población mucho más deteriorada físicamente con enfermedades crónico-agudas como artritis, diabetes y depresión, en su mayoría. Algunos de los integrantes del grupo son dependientes para comer, asearse, trasladarse, no tienen control de esfínteres o la misma enfermedad propicia el uso del pañal, residen en salas de cuidados especiales donde se encuentran los más enfermos.

Padecen de fuerte dolor físico y emocionalmente se sienten abatidos, decepcionados y también resignados a padecer el sufrimiento que los aqueja, y lo único que desean es morir para descansar y no estar más en ese lugar.

La otra parte del grupo son personas de igual manera enfermas pero con independencia sin necesidad de ser atendidos ni alimentados en alguno de los casos hay libertad para salir a la calle.

En la parte psicológica encontramos que el grupo tiene un alto nivel de deterioro cognitivo que aumenta de manera acelerada con el paso del tiempo y también por la intensidad y acelerado desarrollo de las enfermedades que los aquejan (incluso el fallecimiento de dos personas del grupo). Emocionalmente se sienten traicionados, engañados, fracasados y con grandes resentimientos arraigados; la soledad es un sentimiento que está presente en todos y cada uno de ellos lo que los lleva a pensar que sus familiares son villanos por haberlos abandonado o que

ellos mismos son responsables de la miserable vida que llevan por haber o no haber hecho algo en otros tiempos.

Todo el grupo está más aislado que el anterior ya que hay impedimentos físicos graves que no permiten moverse, incluso hablar con alguien más, están en zona restringida algunas personas no salen de sus habitaciones por temor a relacionarse con otros y terminar en peores condiciones que sus compañeros, es general el hecho de que ninguno interactúa con otros residentes y este grupo casi en su totalidad no recibía ninguna visita de amigos o familiares.

La Casa Hogar Marillac es una institución de arquitectura visiblemente cerrada e impersonal la percepción del lugar es siempre la misma y donde las personas que la habitan, no tienen variación en sus lugares de descanso ni en horarios esto es, que siempre están las mismas personas en los mismos sitios, a la misma hora a menos de que causas extraordinarias les impidan salir de sus habitaciones y también, hay muchas personas que no salen de sus habitaciones en todo el día, únicamente a tomar alimentos en tiempo exacto y regresan a esperar el día siguiente así día con día, no se permiten ni se les permite tener más movilidad todo es siempre cotidianamente igual, lo cual genera que los adultos mayores se retiren de la convivencia social y vivan aislados.

Todo lo anterior nos muestra que Casa Hogar Marillac es una institución que por su organización desencadena una gran cantidad de efectos negativos y degenerativos en sus habitantes por falta de actividades, físicas, intelectuales, atención personalizada por parte de los cuidadores, entre otros factores que no benefician a la población institucionalizada.

En comparación con el primer caso tenemos al grupo experimental de INAPAM en donde el trabajo en grupo se daba de manera fácil y fluida, ya que el tipo de institución, permite tener a la población en constante actividad, las instalaciones se prestan mucho a manejar el trabajo como académico y la misma población se adjudica el papel de educandos, buscan trabajar siempre en equipo. Sus recursos son mucho más amplios ya que es una institución fuertemente apoyada y cuentan con personal capacitado para tener a la población en constante actividad física e intelectual. Sus actividades no son las necesarias (tejer, bordar, pintar tela, etc.) o las más adecuadas pero si marcan una fuerte diferencia con población que no tienen ni estos recursos como el caso de Marillac.

Regresando al caso INAPAM también se pudo ver que es una población bien adaptada a su institución ya que los reconforta y les hace saber que están en perfecto tiempo de ser útiles y de seguir aprendiendo un sin fin de cosas que no esperaban. Sus procesos cognitivos son funcionales en comparación con el grupo experimental de casa hogar ya que es una población constantemente estimulada, independiente y socialmente activa, incluso hay personas que trabajan para mantenerse, por lo que se encuentran en situación de ventaja física, psicológica y social.

Son una población activa que ocupan la mayor parte de su tiempo en realizar actividades académicas; aprender a leer y escribir, actividades físicas; yoga, baile regional, baile de salón, gimnasia básica, concursos en maratones y olimpiadas municipales, actividades artísticas; pintura (en papel, telas y cerámica), tejidos y bordados, entre otras. Debido a esto sus procesos cognitivos están constantemente trabajando por lo que su deterioro puede ser más lento y es visiblemente menor.

El estado de ánimo de este grupo se comportaba estable ya que mantenían un constante nivel de entusiasmo y se empeñaban en las actividades a realizar, algunas veces lo que se presentaba era un ambiente de tensión por discusiones en el grupo que afectaban de manera moderada el trabajo, pero no se estancaban en el sentimiento buscaban la solución para encontrar nuevamente la armonía con los compañeros de equipo.

En cuanto al estado físico, fue notorio que la hipertensión arterial, era una de las enfermedades recurrentes, cuando variaba el nivel de presión había decaimiento en las personas, su desempeño disminuía considerablemente acompañado de somnolencia persistente, falta de atención, concentración y un escaso nivel de retención en las actividades de memoria.

Por otra parte el entorno social donde se desenvuelve este grupo, fuertemente vinculados con familiares, hijos, nietos, en unos casos bisnietos, están rodeados de amigos y compañeros que en su mayoría conocieron en el grupo con quienes realizan viajes cortos o excursiones, se frecuentan en fiestas se divierten juntos fuera del horario en el que asisten a la institución por lo que constantemente solidifican sus redes sociales, no se sienten solos, a pesar de que la mayoría viven independientes de sus familiares y/o son viudas.

Otro caso es el del grupo control de INAPAM, un grupo activo aunque, inconstante en su asistencia al centro, son personas difíciles de convencer para realizar actividades que involucren procesos cognitivos, preferían las actividades de tejer, bordar y más por actividades físicas lo que los mantiene en una estable condición.

Este grupo se conformó por personas que tenían ideas negativas, se consideraban inútiles, torpes para aprender algo nuevo y que de nada serviría enseñarles algo por que todo se les olvidaba de inmediato aunque mantenían un buen ánimo mientras estaban conviviendo con los demás.

Sus procesos cognitivos se encontraron disminuidos en comparación con los del grupo experimental de esta misma institución ya que su memoria mostró poca retención en la prueba y se desesperaban con facilidad cuando se les insistía en preguntas de la evaluación.

Hablando del estado de ánimo que presentaba el grupo control, encontré personas que mostraban tranquilidad pero también una notable tristeza por el hecho de haberse quedado en soledad además de vivir completamente independientes de familiares, por padecer enfermedades, dolores agudos que les impedía descansar satisfactoriamente. Parte del tiempo que estaban en las instalaciones del centro se dormían, no entraban en discusión con los demás compañeros, lo que buscaban era sentirse acompañados encontrar la tranquilidad y resignación a su soledad.

Físicamente eran personas más enfermas que los demás participantes con enfermedades como artritis, diabetes e hipertensión arterial en grado avanzado presentaban sintomatología severa derivada principalmente de la diabetes ceguera y cansancio constante, lo que los llevaba a faltar o dormirse a todas horas.

Socialmente el grupo era de igual manera activo ya que siempre asistía a las festividades o salidas recreativas que organizaba la institución además de llevar una buena relación con hijos y nietos que frecuentemente los visitaban, estaban al tanto de su salud y de que no tuvieran carencias. En ese aspecto todos los integrantes de este grupo estaban rodeados de personas que los estimaban, ese sentimiento los mantenía seguros y animados.

En general este grupo de INAPAM mostró un menor índice de mortalidad por lo que no se dieron afecciones causadas por pérdidas humanas en el transcurso de la intervención.

En las sesiones de musicoterapia se dio un fenómeno de coherencia de comportamiento ya que las personas de Marillac e INAPAM se comportaron de acuerdo a la música de esta manera se pudieron guiar las actividades de manera satisfactoria, además de llevar a los grupos a revivir recuerdos, sensaciones y sentimientos de situaciones puntuales con detalles exactos de mucho tiempo atrás reviviendo en ellos cosas inesperadas.

En otro aspecto los grupos de INAPAM mantienen ánimo y armonía no obstante llegan a tener riñas y diferencias en estos casos buscan una solución para evitar a toda costa que crezcan los malos entendidos y se divida el grupo, dicen que si están de acuerdo pueden hacer mejores cosas ya que constantemente están compitiendo en equipo con otros grupos de la misma institución y saben que haciendo equipo obtienen mejores resultados lo cual les trae satisfacciones enormes a cada uno.

Como pertenecen a población abierta regida por una institución pública, a los grupos de adultos mayores se les trata como alumnos de sistema escolarizado por lo que se comportan de manera semejante a un grupo de escuela, asisten puntualmente a sus sesiones con el propósito de aprender cosas nuevas. También hay algunas excepciones de personas que se sienten inútiles como algunas de las que conformaban el grupo control, en cambio con el grupo experimental, hubo asistencia total y compromiso de los integrantes en la realización de actividades. Reflejaban una gran actitud de compañerismo se apoyaban en las tareas de memoria y seguían practicando tiempo después de las evaluaciones.

En este mismo sentido encontramos datos relevantes de manera general en ambas instituciones que se presentan como puntos clave:

- El trabajo de indagación en las instituciones es más útil como indicador que como recurso de intervención y el paso del tiempo es un indicador que se debe tener muy presente en el trabajo con población de adultos mayores ya que los cambios son dramáticos y surgen en periodos de tiempo extremadamente cortos más aún en situación de institucionalización.
- Hay que tomar en cuenta de manera primordial todas las enfermedades que puedan padecer los adultos mayores ya que enfermedades como presión alta, colesterol elevado

pueden ser causa de deficiencias cognitivas, entre muchas otras enfermedades comunes en la tercera edad.

- El exceso de sueño, la falta de apetito, el distanciamiento de los compañeros, la indiferencia hacia todas las cosas que lo rodean de igual manera son indicadores de que algo está cambiando en la persona y es signo de alerta.

- En el caso de Casa Hogar Marillac la institución ha generado que las personas sean completamente dependientes y no les permiten tomar ninguna decisión propia todo lo que quieran hacer debe estar dentro de las normas de la casa lo que ha llevado a que las personas de manera permanentemente esperen ser atendidos, dependientes e inactivos.

- Se encontraron detalles importantes en la conducta cotidiana de las personas, en el caso de Marillac los grupos de trabajo presentaron una importante inconsistencia posiblemente se debe a la manera en que la institución se rige y las normas que tienen que seguir las personas que la habitan.

- La institución asilar no garantiza calidad de vida para los adultos mayores, puede garantizar alimentación, atención médica, espacios de descanso en general la seguridad de habitar un espacio protegido más no bienestar emocional, atención psicológica, compañía, actividades constantes que motiven a las poblaciones a seguir en movimiento y contacto social.

- Las instituciones particulares en México suelen tener menos apoyo económico de estas, las de tipo religioso son las menos beneficiadas lo que conlleva a mantener grandes construcciones con todo tipo de servicios únicamente con las cuotas de los residentes lo que claramente se ve no son suficientes para solventar gastos en atención especializada.

- Las instituciones con apoyos del gobierno notoriamente tienen más recursos para brindar una atención integral a los adultos mayores que asisten a estos centros aunque todos estos recursos no llegan completamente a donde se requieren por lo que también la atención tampoco es la más adecuada debido a que tampoco emplean a especialistas en el campo debido a los altos costos que esto representa.

Los grupos de INAPAM presentan una consistencia difícil de explicar pero se puede sugerir que se debe a que es población abierta, constantemente activa en un sistema escolarizado.

Otro de los objetivos de la investigación fue valorar el nivel de deterioro cognitivo de dos grupos de adultos mayores y hacer una comparación entre el deterioro que presentan las personas que asisten al centro de día y las de estancia permanente donde se encontró lo siguiente.

- En INAPAM el grupo experimental y control se sitúan dentro del deterioro normal, una de las posibles causas es que se encuentran en constante alfabetización y realizando diversas actividades físicas y manualidades que provocan el funcionamiento constante de las funciones cognitivas.
- El nivel de deterioro cognitivo del grupo experimental de Casa Hogar Marillac es severo por lo que supera al grupo control de esta misma institución con un nivel de deterioro moderado en promedio, el deterioro de casa hogar es mucho más severo que el de centro de día en ambos grupos. Entre las posibles causas tenemos, que en casa hogar el promedio de edad es mayor, son personas inactivas, que viven en soledad permanente y socialmente pasivas.
- La alimentación no es completa en cuanto a necesidad de nutrientes y en los casos de personas que olvidan los horarios o se quedan dormidos pierden el alimento en turno el cual no pueden recuperar después, no consumen la cantidad de líquido necesario y no se dan cuenta de que puede haber altos índices de deshidratación, lo cual aumenta las posibilidades de cansancio y deterioro en las funciones cognoscitivas.
- Los acontecimientos de Casa Hogar Marillac y el espacio cerrado afectan de manera diferenciada el desempeño de la población independientemente del tipo de tarea que se realice, por poner un ejemplo constante tenemos las muertes en serie que cambian el ambiente de la casa y la actitud de todos los habitantes se torna simple, temerosa, abatida, pensativa y tienen la duda constante de quien sigue, situación que no tiene manera de controlarse solamente cambia cuando empieza a llegar el olvido.

- De acuerdo con lo que escribe Escrihuela y Lafuente (2004), hay coincidencia en que el entorno social es pieza clave en el desarrollo del deterioro cognitivo de los adultos mayores de cada institución, ya que en población abierta y activa el deterioro es menor a diferencia de casa hogar que con población cerrada fuera del entorno social el deterioro es mayor.
- En investigaciones realizadas anteriormente por Christensen 1997; Farmer, 1995, se afirma que a mayor escolaridad menor deterioro de las funciones cognitivas ya que entre más estudios acumulen las personas estos crean la reserva cognitiva que protegen al cerebro de sufrir deterioro en altos niveles. En esta investigación los datos arrojaron información encontrada con respecto a este punto ya que personas con menos años escolares presentan un deterioro menor incluyendo el hecho de ser población abierta y socialmente activa.

Siguiendo con los objetivos se planteó también aplicar talleres de memoria para conocer si modifican el deterioro de los adultos mayores basado en un estudio realizado anteriormente.

- Partiendo de las investigaciones realizadas por Yesavage, (1985) en (Ostrosky & Lozano en prensa) las actividades con juegos de memoria y actividades guiadas con música, sí modifican el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores, esto se corrobora con esta investigación ya que personas de los grupos experimentales que fueron estimuladas con actividades de esta índole mejoraron el puntaje en la pos prueba.
- En las sesiones de musicoterapia donde escuchaban una melodía y realizaban un dibujo las personas manifestaron recuerdos del pasado de manera detallada y comentaron que al escuchar la melodía comenzaron a recordar todo tipo de cosas situaciones en especial que les causo alegría, tristeza, nostalgia, miedo, por lo que se apoya la teoría de Madaule (1994), en que la terapia musical se pueden llevar a cabo actividades para evocar recuerdos o situaciones significativas, haciendo salir de sí mismo creaciones inesperadas a través de la pintura, escultura o bien remontarse al pasado con la imaginación acompañado de una melodía que puede llevarnos al autodescubrimiento.

- La evaluación y tratamiento de los trastornos cognoscitivos asociados al envejecimiento normal y al envejecimiento patológico representa uno de los desafíos más importantes en la salud pública, básicamente porque afecta al segmento de población mayor de 65 años, el cual ha mostrado un ritmo rápido de crecimiento, (Ardila & Ostrosky-Solís, 2000).
- La situación de institucionalización permanente como es el caso de Casa Hogar favorece el desarrollo del deterioro cognitivo en adultos mayores debido al abandono, la soledad la aparición de diversas enfermedades propias de la edad y de personas inactivas.
- Dos situaciones a mayor edad y menor nivel de escolaridad mayor es el deterioro y más altas las probabilidades de desarrollar demencia o bien a mayor edad, mayor nivel escolar y situación de institucionalización mayores las probabilidades de deterioro severo y demencia, ambas fueron comprobadas en éste estudio por lo que ninguna se descarta.

En los centros de día de INAPAM se concluye que el personal que labora en ellos carecen de preparación especializada en personas adultas mayores debido a que la institución se maneja con fines utilitaristas sin dar la atención adecuada a las exigencias que la población demanda, utilizando recursos recreativos vistos desde su perspectiva como actividades enriquecedoras para la población, lo que en realidad son pasatiempos que cualquier persona en cualquier condición puede hacer sin necesidad de pertenecer a un grupo de tipo escolarizado, que realizan con el fin de justificar su existencia, cubrir una plantilla de personal además de un horario que permita demostrar su necesidad de existencia y a nivel social mostrar en que se emplean los recursos, lo cual no asegura que la población a la que dirigen sus servicios esté siendo realmente beneficiada.

Los lineamientos de trabajo de INAPAM son mediados por el mismo personal que labora y se limita a trabajar con técnicas de carácter meramente ocupacional cuando lo que la población requiere es trabajar en base a procesos de grupo con la finalidad de tener un crecimiento personal además de recibir la atención necesaria para mantener una calidad de vida óptima y darles armas para enfrentarse de la mejor manera posible a los retos de su vida en el futuro inmediato.

Lo que se requiere trabajar en los grupos de adultos mayores debe estar enfocado a las necesidades de esta población en el sentido de mejorar su calidad de vida, mantener en la medida

de lo posible sus funciones cognitivas y motoras en condiciones favorables para mantener un nivel de autosuficiencia e independencia además de un constante trabajo psicoterapéutico en donde se maneje temáticas de motivación, autoestima, autoconcepto, depresión, superación de pérdidas y en algunos casos temas relacionados a su propia muerte, para reivindicarse como personas útiles, funcionales en su familia, grupo social y en algunos casos laboral. Se planteó reevaluar el deterioro de las poblaciones tiempo después de la intervención lo cual permitió corroborar, que las actividades planteadas si modifican el deterioro cognitivo en la mayoría de los casos, ya que mostraron un puntaje mayor en algunas áreas de la prueba, por esta causa presento una propuesta de seguimiento sobre la misma línea de investigación ya que se pueden obtener resultados semejantes y mejores con otra aplicaciones en distintas poblaciones.

Con respecto a la primera hipótesis planteadas, se corroboró que efectivamente, hay un efecto de detención del deterioro cognitivo en los participantes que recibieron talleres de memoria y musicoterapia mostrando mejoría en los puntajes del pos-test. En base a la segunda hipótesis se encontró, que en los ancianos de Casa Hogar perteneciente a la Junta de asistencia Privada, a pesar de haber sido estimulados con talleres de memoria y musicoterapia presentan un mayor deterioro, comparados con el grupo intervenido de INAPAM el cual es de población abierta.

Propuesta de seguimiento

En base a la investigación realizada sobre deterioro cognitivo en adultos mayores, y tomando en cuenta todos los cambios que tuvo a lo largo de su elaboración, presentó una alternativa para ampliar la investigación y conocer más sobre las necesidades de la población de adultos mayores en México, pues su población de ancianos crece de manera acelerada y con ello la necesidad de una atención de calidad.

Sobre el tema de instituciones asilares, propongo ampliar la investigación de la situación actual de los centros gerontológicos y casas hogar en lugares distintos de situación económica y dependencia social, tanto privada como dependiente de recursos del gobierno de la ciudad y en la medida de lo posible también de zona rural, con la finalidad de ampliar la información disponible acerca de la situación asilar en México; además es indispensable dar a conocer las características reales de las opciones institucionales que tienen los adultos mayores.

Igualmente importante es contar con información sobre el deterioro de las funciones cognitivas, con riesgo de desarrollar demencia, para lo cual propongo se siga la misma línea de investigación e intervención realizada considerando actividades que favorezcan el mantenimiento de las funciones; además de juegos de memoria y musicoterapia así como otras alternativas de intervención, considero absolutamente necesario retomar este punto ya que hay poca información escrita y más aún aplicada en escenarios reales, por lo que de continuar este proyecto se contaría con herramientas especializadas para la atención de adultos mayores mexicanos y ofrecerles a las instituciones, encargadas de su atención, opciones reales de tratamiento que de ser tomadas en cuenta y aplicadas por personal capacitado pueden ofrecer una alternativa para mejorar su calidad de vida.

Un dato importante en las investigaciones con adultos mayores es la muerte experimental, que en éste caso se dio con la muerte real de participantes; propongo como alternativa manejar un colchón de muestra extra de 20 personas aproximadamente, aunque sólo se reporten algunos datos, para que estos sean significativos en el estudio a realizar. Además es importante tratar en la medida de lo posible homologar los grupos con los que se trabaje, de manera tal que sean de características lo más similares posible en cuestión de edad, escolaridad, padecimientos, incluso nivel social, para de esta manera mostrar resultados claros y concretos de lo que se pretenda investigar. Hay que señalar que el trabajo en instituciones muchas veces se ve obstaculizado por las restricciones que las mismas imponen, esto será algo a tomar en cuenta permanentemente.

Una de las aportaciones de la presente investigación, y que propongo indiscutiblemente como necesaria, es la realización de un doble análisis; uno cuantitativo por que se puede obtener información importante en cifras como son porcentajes, varianzas o coeficientes, que pueden mostrar una tendencia de comportamiento, entre otras aportaciones de tipo estadístico; otro cualitativo pues se puede obtener información particular de la situación y los casos evaluados o intervenidos, con el análisis cualitativo la varianza toma otro sentido. Toda la información se encuentra detallada en cuanto a cómo y por qué de la diferencia de puntos, es importante no pensar siempre en homogenizar o generalizar a los grupos con que se trabaje por la semejanza estadística, hay que llegar más lejos con la única finalidad de conocer y mostrar cómo es en realidad el comportamiento humano, y no dejarlo en un promedio o una tendencia similar para todos los casos evaluados ya que cada uno tiene diferencias que deben ser mencionadas, discutidas y plasmadas para mejorar toda investigación psicológica.

REFERENCIAS

1. Alberca, S. L. (2006). *Enfermedad de alzheimer y otras demencias*. (pp. 254-287). México. Medica Panamericana.
2. Alvin, J. (1980). *Musicoterapia*. (pp. 1-9). Buenos Aires. Paidós.
3. Andon, S. A. R. (2002). *Un Estudio sobre deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos a través de la batería neuropsicológica Neuropsi*. (pp. 36-54). Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
4. Ardila, A & Ostrosky, S. F. (1991) *La incidencia de factores socioculturales en la ejecución de pruebas psicológicas y neuropsicológicas*. En Diagnóstico del daño cerebral enfoque neuropsicológico. (pp. 126-130) México. Trillas.
5. Ardila, A y Ostrosky, S. F. (1991). *Neuropsicología y psiquiatría*. En Diagnóstico del daño cerebral enfoque neuropsicológico. (131-137) México. Trillas.
6. Ardila, A. & Ostrosky, S. F. (1991). *Etiología del daño cerebral*. En Diagnóstico del daño cerebral enfoque neuropsicológico. (pp. 82-94). México. Trillas.
7. Arronte, R. A., Beltrán, C. N., Correa, M. E., Martínez, M. M L. Mendoza, N. V M. Rosado, P. J. et al (2007). *Gerontología comunitaria: manual para la evaluación gerontológico integral en la comunidad*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México Distrito Federal. Impresiones Torres.
8. Aso, E. J., Martínez, Q. J. V. & Arregui, C. R. (2004). *Concepto y clasificación*. En Aspectos medico-legales de las demencias. (pp.5-8). Barcelona. Masson.
9. Aso, E. J., Martínez, Q. J. V. y Arregui, C. R. (2004). *Demencias de especial interés medico-legal*. En. Aspectos medico-legales de las demencias. (pp.9-15). Barcelona. Masson.

10. Baqués, J. Saíz, D. & Saíz, M. (2003). *Medida de la memoria retrograda a través de un cuestionario sobre recuerdo de personajes y sucesos del pasado*. Psicothema. Barcelona 15 (3). Recuperado el 20 de mayo de 2006, de <http://www.psicothema.com>
11. Benenzon, R. (1986). *Manual de musicoterapia*. (pp. 6-7). Buenos Aires. Paidós.
12. Casanova, S. P., Casanova, C. P. & Casanova, C. C. (2004). *Deterioro cognitivo en la tercera edad*. Revista cubana medica integral. Recuperado el 17 de marzo de 2006 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-1252004000500012&script=sci_arttext
13. Castillo, P. G. (1997). *Índices electrofisiológicos de los cambios en la memoria semántica asociados a la edad*. (pp. 5-25) Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito. Federal, México.
14. Cortez, F. G., Ortiz, X. & Ostrosky, S. F. (2001). *Detección de deterioro cognoscitivo y demencia leve en población mexicana utilizando la Escala Breve del Estado Mental, la Escala de Blessed y Neuropsi*. Recuperado el 22 de julio de 2006 de <http://www.geragogia.net/editoriali/scale.html>
15. De Pascale, A. M. (2003). *Predictores neuropsicológicos del deterioro cognitivo mínimo en ancianos*. Investigación presentada en II Congreso internacional de neuropsicología en Internet. Recuperado el 18 de mayo de 2007 de <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/DePascale-Predic.html>
16. Escrihuela, E. & Lafuente, M. J. (2005). *Variables influyentes en el bienestar psicológico de los ancianos que asisten a un centro de día*. Recuperado el día 18 de junio de 2007, del sitio Web de la Universidad de Valencia. <http://www.geriatranet.com./v17n2a02v15pdfsearch=20%envejecimeinto22%cognitivo%>
17. Fernández, B. R. & Frojan, P. M. X. (1999). *Asesoramiento gerontológico*. En Gerontología Social. (pp. 401-443). México, Pirámide.

18. Franco, R. C. A. (s. f.). *Cambios en la sustancia blanca cerebral y deterioro cognitivo*. Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias. Recuperado el 23 de julio de 2006 de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol6_num1_1.pdf
19. García, P. L. V. & García, O. L. H. (2004). *Evaluación Física y funcional de adultos mayores con deterioro cognitivo*. Revista médica de Risaralda. 10 (2) recuperado el 21 de julio de 2006. de <http://www.utp.edu.co/facies/revmedica/vol10n2/pdf/Vol10No2Art03.pdf>.
20. García, R. M. & Olazarán, J. (2003). *Criterios diagnósticos sindromáticos de demencia*. En grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias de la sociedad española de neurología. guías en demencias. (pp. 3-6). Barcelona. Masson.
21. Gómez H. R. (2000). *Gerontología: una perspectiva clínica*. 12 (1) Recuperado el 18 de agosto de 2006 de <http://www.geriatranet.com./v12n2a02v17pdfsearch=20%envejecimeinto22%cognitivo%>
22. Gonzalo, S. L. M. (2002). *Distimias*. En. Manual de gerontología. (pp.196-200). Barcelona. Ariel.
23. Gonzalo, S. L. M. (2002). *Senencias de la persona humana*. En. Manual de gerontología. (pp.201-207). Barcelona. Ariel.
24. Hanser, B. S. & Thompson, W. L. (1994). *Effects of a music therapy strategy on depressed older adults*. En. Psychological sciences. (pp.265-269). Journal of gerontology. 49 (6).
25. Heres P. J. (2000) *Evaluación neuropsicológica*. En. Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z. & Dhyver, C. Geriatria. (pp.323-325). México. Mc Graw Hill interamericana.
26. INAPAM, (s f). Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 19 de abril de www.inapam.gob.mx/
27. JAP, (s f). Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal. Recuperado el 19 de abril de 2008 de

http://www.portal.jap.org.mx/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=113

28. Kalache, A. (1994). *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento de la población en el futuro previsible?* En. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90s. (pp. 453-467). Organización Panamericana de la Salud.

29. Kane, L. R, Ouslander, C. J. & Abrass, B. I. (2001). Geriatria clínica. Mc Graw Hill Interamericana. México.

30. Krassoievitch, M. (1988). *Concepto de demencia*. En. Demencia presenil y senil. (pp 3-18) México, Salvat.

31. Lerner, J. A. (2006). *Diagnostic criteria in neurology*. (pp.14-17). Totowa New Jersey. Humana press.

32. Madaule, L. P. (1993). Una invitación a escuchar, *al lenguaje al aprendizaje*. En. El método tomatis y la música.(pp. 1-7). Centro de estimulación auditiva sur S. C. México. Malsot impresiones.

33. Marqués, A., Rodríguez, J. P. & Camacho, O. L. (2004). *Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un servicio de medicina interna*). Anales de medicina interna. 21 (3) de <http://www.scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n3/original14.pdf>

34. Nogueron, G. M. G. (2000). *Deficit auditivo*. En Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z. & Dhyver, C. En. Geriatria. (pp.102-105) México. Mc Graw Hill interamericana.

35. Noyes, A. & Kolb, L. (1970). *Trastornos seniles*. En. Psiquiatria clínica moderna. (pp. 288-297). México. Prensa Médica Mexicana.

36. Ortiz A. T. (2000). *Psicología de la vejez*. Revista multidisciplinaria gerontología. 74 (10) de http://www.nwxusediciones.com/pdf/gero2000_2/g-10-2-03.pdf

37. Ostrosky, S. F., Ardila, A. & Chayo, D. R. (1996). *Rehabilitación neuropsicológica*. México. Planeta.
38. Ostrosky-Solis. F. & Lozano, G. A. (en prensa). *Evaluación neuropsicológica en el envejecimiento normal y en el envejecimiento patológico*. En. Quintanar, O. F.. Avances y propuestas en psicogerontología.
39. Ostrosky-Solis. F., Ardila, A. & Rosselli, M. (2003). *Neuropsi: atención y memoria: 6-85 años manual, instructivo y puntuaciones totales*. México. American book.
40. Parck, D. (2002). *Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo en el envejecimiento*. En. Envejecimiento cognitivo. (pp. 3-22). España Panamericana.
41. Peña, C. J. & Robles, B. A (2003). *Criterios diagnósticos sindrómicos de demencia*. En García, R. M L. y Olazarán, R. J. Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. (pp. 3-6). Barcelona. Masson S. A.
42. Pérez, B. S. A. (2004). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. Revista Cubana Médica Integral. 6 (1) recuperado el 4 de mayo de 2007 de <http://www.geriatranet.com./v06n1a01v6pdfsearch=20%envejecimeinto22%cognitivo%>
43. Perez, M. V. (2005 febrero). *Deterioro cognitivo: una mirada previsor*. Revista cubana medica integral 21 (1-2) recuperado el 16 de marzo de 2006 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-205/mgi171-205+htm
44. Piña, M. M. (2004). *La residencia como alternativa necesaria*. En. Gerontología social y aplicada visiones estragécicas. (pp.135-139). Buenos Aires. Espación.
45. Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*. 1. España. Herder.
46. Puig, A. (2001). *Objetivos de un programa de psicoestimulación preventiva*. En. Programas de psicoestimulación preventiva. (pp. 1-26). Madrid España. CCS

47. Puig, A. A. (2000). *Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: el programa de psicoestimulación preventiva (PPP)*. Revista multidisciplinaria gerontologica. 10 (3) recuperado el 22 de agosto de 2006 de http://www.nexusediciones.com/pdf/gero200_3/g-10-3-002
48. Pujol, D. J. & Azpiazu, A. P. (2004). *Alzheimer*. En. Demencias: el ocaso del cerebro. (pp. 95-103). Barcelona. Morales i Torres.
49. Rins, D. G. (2004). *Sistemas de memoria*. En. Principios de neuropsicología humana. (pp.243-259). Mc Graw Hill. México.
50. Rodríguez, A. M. & Sánchez, R. J. L. (2004). *Reserva cognitiva y demencia*. Anales de psicología. 20 (2). Recuperado el 12 de mayo de 2006 de <http://www.um.es/analesps>
51. Rodríguez, R & Mendoza, M. L. *Falla cerebral*. En. Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z. & Dhyver, C. (2000). Geriatria. (pp.207-215). México. Mc Graw Hill interamericana.
52. Rodríguez, R. P. (1999). *Residencias para personas mayores*. En. Manual de Orientación segunda edición. (pp. 21-74). Madrid España. Médica Panamericana.
53. Romero, C. A. (2006). *Mirando la vejez desde el cristal sociológico*. Revista electrónica de geriatría y gerontología. 8 (1) recuperado el 18 de febrero de 2007 de <http://www.geriatranet.com./v08n1a01v08pdfsearch=20%envejecimeinto22%cognitivo%>
54. Sánchez, J. (1997). *Musicoterapia: una opción no verbal de intervención psicológica*. (pp1-54). Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalnepantla Estado de México.
55. Ulla, D. S., Espinosa L-M. F. J., Fernández F. E., Fernández, L. A., Prieto, M. S. (2003). *Aspectos relacionados con el bienestar percibido en una residencia de mayores: análisis descriptivo*. Facultad de CC de la Educación y Humanidades. Universidad de Castilla La Mancha. 5 (1) recuperado el 4 de mayo de 2007 de <http://www.geriatrianet.com>

56. Varela, P. L., Chávez, J. H., Gálvez, C. M. & Méndez, S. F. (2004). *Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional*. Revista social peruana medico internista. 17 (2). Recuperado el 12 de mayo de 2006 de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf>
57. Zanin, L., Gil, E. & De Bortoli, M. (2004). *Atención y memoria su relación con la función tiroidea*. Fundamentos en humanidades. Universidad Nacional de San Luis. 5 (10) recuperado el 19 de mayo de 2006 de <http://www.redalyc.com>
58. Zarragoitia, A. I. (2005). *Elementos depresivos en ancianos ubicados en casa de abuelos*. Servicio de psiquiatría, hospital médico quirúrgico. 7 (1) recuperado el 2 de marzo de 2006 de <http://www.geriatranet.com./v07n1a01v14pdfsearch=20%envejecimeinto22%cognitivo%>
59. Zúñiga. E. & Gomes. C. (2002). *Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México*. (pp.141-151) recuperado el 6 de marzo de 2006 de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/11.pdf>