



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ACERCA  
DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL Y LAS DEMENCIAS DEL  
2000 AL 2009**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIO GARCÍA ISLAS

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## CAPITULO 1 ENVEJECIMIENTO

### Introducción

- 1.1 Concepto
- 1.2 Antecedentes históricos
- 1.3 Teorías del envejecimiento
- 1.4 Características del envejecimiento
- 1.5 Datos demográficos entre mujeres y hombres mayores de 60 años en México
- 1.6 Envejecimiento físico
  - 1.6.1 Envejecimiento cognitivo
  - 1.6.2 Envejecimiento psicológico
  - 1.6.3 Envejecimiento social
- 1.7 Educación
- 1.8 Ocupación laboral
  - 1.8.1 Ocupación en el envejecimiento
- 1.9 Trastornos psicológicos
  - 1.9.1 Demencia
  - 1.9.2 Delirium
  - 1.9.3 Depresión
  - 1.9.4 Insomnio
  - 1.9.5 Ansiedad
  - 1.9.6 Abuso de alcohol y otras sustancias

## CAPITULO 2 DEMENCIA

- 2.1 Concepto
- 2.2 Antecedentes históricos
- 2.3 Factores de Riesgo
- 2.4 Epidemiología
- 2.5 Etiología
- 2.6 Clasificación
- 2.7 Tipos
- 2.8 Características
- 2.9 Diagnóstico
- 2.10 Tratamiento

## CAPITULO 3 METODOLOGIA

- 3.1 Pregunta de investigación
- 3.2 Objetivo general
- 3.3 Procedimiento
- 3.4 Tablas
- 3.5 Análisis de la información
- Conclusiones
- Sugerencias y limitaciones

## REFERENCIAS

## Introducción

El aumento en la esperanza de vida, los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina, la reducción progresiva de la mortalidad junto con la disminución de las tasa de nacimientos ha generado que el mundo actual se enfrente a un proceso de envejecimiento progresivo por lo cual, cada día son más las personas que sobrepasan los 65 años.

Aunque hay diferencias importantes entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, el envejecimiento global está cambiando la naturaleza social y económica del planeta conllevando a desafíos difíciles. Actualmente en España se estima que, 313 millones (62 por ciento) de la población mundial tienen 65 años o más y viven en países en vías de desarrollo. Según datos estadísticos entre 2008 y 2040 este porcentaje aumentara a 160 por ciento.

En México uno de cada veinte mexicanos tiene más de 60 años, calculándose que para el año 2030 sea uno de cada ocho y que para el 2050 la cifra llegué a uno de cada cuatro (Trujillo S., Zoila, 2008)

No obstante, las personas que sobrepasan este rango de edad también presentan problemas de salud, se pueden observar cambios orgánicos que afectan sus capacidades físicas, cambios en su comportamiento, en sus valores y en sus creencias, siendo la demencia la que más se presenta en estos casos.

El incremento de los ancianos mayores de 65 años ha ido acompañado de múltiples enfermedades que día a día minan su salud. Dentro de estas enfermedades existe una mayor preocupación por aquellas que tienen que ver con las capacidades cognitivas del individuo, siendo la demencia la que mayor preocupa a los investigadores.

La demencia es una palabra que designa un grupo de síntomas causados por trastornos que afectan el cerebro. No es una enfermedad específica. Las personas con demencia pueden dejar de ser capaces de pensar lo suficientemente bien para llevar a cabo las actividades normales, tales como vestirse o comer. Pueden perder su capacidad para resolver problemas o controlar sus emociones. Puede haber cambios de personalidad.

Los pacientes pueden estar agitados o ver cosas que no existen por lo tanto se considera una enfermedad que afecta no solo al individuo sino al entorno social (Trujillo S., Zoila, op. cit.)

Actualmente existen más de 35 millones de personas en todo el mundo que sufren algún tipo de demencia y según cálculos estadísticos para el 2030 existirán 65 millones y en el 2050 se tiene un dato aproximado de 115 millones de personas con algún tipo de demencia (Informe Mundial 2009 de la federación Alzheimer Disease International)

En nuestro país existen entre 500 y 700 mil personas mayores de 65 años que presentan alteraciones en el juicio, memoria y lenguaje como consecuencia de algún tipo de demencia (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, 2008)

Las cardiopatías, la enfermedad vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Parkinson y Alzheimer son las enfermedades crónico-degenerativas que con mayor frecuencia afectan a la población de adultos mayores, por lo que es necesario identificar tempranamente las enfermedades, para brindar atención adecuada, mejorar su funcionalidad y en lo posible disminuir los factores de riesgo para contraer alteraciones neuronales (Trujillo S., Zoila, 2008)

De igual manera, envejecimiento y demencia van ligados uno con otro, a mayor edad mayor riesgo de padecer algún tipo de demencia por lo que es necesario conocer que sucede en ambas situaciones.

El objetivo de la presente investigación bibliográfica es analizar las distintas investigaciones que hay acerca del tema envejecimiento-demencia en la Universidad Nacional Autónoma de México del 2000 a 2009.

La importancia de abordar la siguiente investigación radica en que se trata de un problema de salud al que todos los seres humanos estamos expuestos y el cual se va acrecentando conforme avanza el tiempo, es por ello importante conocer los avances sobre el tema realizados en México.

## CAPITULO 1 ENVEJECIMIENTO

### 1.1 Concepto

La senectud o envejecimiento es una etapa compleja y pluridimensional, debido a que el envejecimiento es a la vez un hecho biológico, social y psicológico (Moraleda, M., 1999).

El envejecimiento no es un proceso simple y unitario, sino complejo, asincrónico y diverso, con diferencias dentro del propio individuo, de unos individuos a otros, de unas generaciones a otras y de una población a otra (Claver, Martin., 2002).

También es un proceso multifactorial, sometido al contexto psicológico, relativo al contexto social; educable y no originable, es decir, que no es posible asignarle un origen absoluto. En esta transformación, al lado de múltiples cambios, existe y predomina cierta continuidad. El envejecimiento es un proceso adaptativo, lento y continuo, que supone una serie de modificaciones en todos los ámbitos, y en el que intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales

El envejecimiento es un hecho biológico previsto en el propio código genético. Envejecer y morir son inherentes en el ser humano en crecimiento. No obstante, el envejecimiento biológico no basta para explicar el fenómeno global de la senectud, ya que no existe una correspondencia exacta entre el envejecimiento físico y el deterioro psicológico, sino cuando este envejecimiento físico llega a un determinado nivel crítico.

El envejecimiento también es un hecho sociocultural ya que en él ocurren una serie de acontecimientos, como son la jubilación, la pérdida de seres queridos, etc., que introducen profundas alteraciones en el desarrollo de la persona. Pero también se dan otra serie de hechos sociales que introducen importantes características diferenciales como son la consideración que según el tipo de sociedad da a los ancianos, las distintas posibilidades de ocio, cuidados médicos y psicológicos (Moraleda, M. op. cit.).

Es aquí, en esta doble matriz, donde se producen los hechos psicológicos que caracterizan el envejecimiento. Sin embargo, estos hechos no están en función ni de los cambios biológicos ni sociales y tampoco se alimentan sólo de las experiencias que en cada momento vive el anciano. El sujeto en desarrollo es depositario de una experiencia previa, de una historia que de una u otra forma contribuye a alimentar los contenidos psicológicos del sujeto que envejece.

Así pues, en la vejez tienen lugar procesos involutivos y alteraciones diversas que, además de los aspectos biológicos, pueden estar relacionados con factores ambientales y personales (Buendía, José. 1996).

Es difícil establecer con precisión el concepto pero en general todos los autores coinciden en que se trata de un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Entonces, el envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. Esta disminución origina una pérdida de vitalidad en el organismo para realizar sus funciones biológicas ante cualquier agresión externa o situación de estrés, conduciéndolo en último término a la muerte.

Así, el envejecimiento es un proceso irreversible e involuntario que opera acumulativamente con el tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales: físicos, biológicos, psicológicos y sociales (Galicia A. Marlene A., 2008).

## 1.2 Antecedentes históricos

Para efectos del presente trabajo se empezará esta revisión histórica haciendo una remembranza de los diferentes poetas y pensadores de la antigüedad que alabaron a la vejez en su momento.

En el corazón mismo del pensamiento humano primitivo, existen leyendas y mitos sobre el envejecimiento y la prolongación de la vida. La literatura y la tradición oral han expresado a menudo ideas sobre la existencia de una época o de un lugar en los que ciertas personas viven eternamente o por larguísimos períodos de tiempo.

Por ejemplo, en el libro de Génesis de la Biblia desde el capítulo 5 se menciona que Adán vivió 930 años, Enoc, trescientos sesenta y cinco años, Matusalén su hijo, vivió más que cualquier otro hombre, hasta los novecientos sesenta y nueve años.

Hombres famosos de la antigüedad como Noé, dicen las Escrituras que vivieron novecientos cincuenta años. Patriarcas como Abraham ciento setenta y cinco años, Isaac, ciento ochenta, Jacob, ciento cuarenta, José, ciento diez años, Aarón, ciento veintitrés y Moisés ciento veinte.

En el Génesis 6:3 se habla del límite de 120 años. No obstante en el Libro de Salmos 90:10, escrito cientos de años después menciona que "...los días de nuestros años son setenta años; y si debido a poderío especial son ochenta años, sin embargo, su insistencia está en penoso afán y cosas perjudiciales."

Así, en el Antiguo Testamento se realizaba la dignidad y la sabiduría del anciano, cualidades que para la sociedad de ese entonces hacían que este ocupara puestos elevados dentro de la misma.



Los griegos tenían en alta estima la sabiduría de los ancianos y por ello muchas familias mandaban a sus hijos a aprender los conocimientos que estos habían obtenido a lo largo de su existencia.

Platón (427-347 a. C.) en su libro *La República*, da importancia a la experiencia que tienen los humanos a lo largo de su vida y dice que si estas experiencias son bien encaminadas el anciano puede llegar a tener una vejez tranquila y sin preocupación alguna.

Pero si Platón exalta la sabiduría del anciano Aristóteles (384-322 a. C.) lo hace de manera contraria, para este filósofo los hombres avejentados son sujetos débiles que requieren de cuidados especiales. El pensador griego en su obra *Investigación sobre los animales* dice que "la enfermedad es una vejez prematura, y que la vejez es una enfermedad natural".

Galeno de Pergamo (129-199 d. C.) consideró que el envejecimiento no es una enfermedad, aunque no por ello queda exenta de padecer algunas anomalías en su desarrollo.

Cicerón (106-43 a. C.) habla de los cambios psíquicos y sociales del anciano, si el adulto mayor ha ido practicando su inteligencia, su razón moderación y tolerancia puede llegar a viejo sin preocuparse demasiado por su salud mental en las etapas finales de la vida.

Dentro del pensamiento de este filósofo existen varias razones que merman el proceso de la vejez y estas son: 1) el no permitir el ejercicio de una actividad fructífera y el estar encadenado a la pasividad; 2) la debilidad física y los achaques corporales; 3) la privación de satisfacciones y 4) la conciencia de la cercanía de la muerte.

De igual manera, da importancia al papel que juega la sociedad en el desarrollo de una vejez sana, una sociedad que no trata con prejuicios las capacidades del anciano ayuda a que este tenga un mejor rendimiento en las etapas finales de la vida.

Shakespeare (1564-1616) piensa que el envejecimiento trae consigo cambios físicos y psicológicos, que el anciano se hace más achacoso conforme pasan los años y que a su vez sus capacidades intelectuales van en descenso.

Goethe (1749-1832) en sus "Máximas y reflexiones" le sugiere al anciano decidirse por una de estas dos razones "cesar toda actividad o aceptar con voluntad y conciencia los nuevos papeles", el anciano que quiera seguir viviendo plenamente debe de optar por lo segundo ya que ello determinará la buena salud psíquica.

De esta manera se nota que los poetas y pensadores antiguos o bien, negaban el envejecimiento como tal o lo aceptaban sin excusa, para ellos un envejecimiento puede ser sano si se han ido trabajando sus capacidades intelectuales correctamente de lo contrario la vejez se verá minada de múltiples enfermedades físicas y psicológicas.

Metchnikoff (1903) introduce la palabra gerontología en el vocabulario medico y significa estudio científico de los procesos de envejecimiento en todos los seres vivos. Pero en cuanto al hombre, incluye también aspectos sociológicos, psicológicos y otros. Hoy en día, el interés en el estudio científico de la biología del envejecimiento es mayor que nunca en la mayoría de los países desarrollados.

Ya en tiempos más actualizados vemos que James Birren destaca tres periodos históricos en la investigación psicológica del envejecimiento: el periodo inicial lo sitúa entre 1835-1919, el intervalo de las dos guerras mundiales donde se da el comienzo de la investigación sistemática del envejecimiento y la "fase de expansión" de esta investigación científica al termino de la segunda guerra mundial (Breve historia de la psicología del envejecimiento, 1961).

Así, el comienzo de la investigación sistemática del envejecimiento se dio en el periodo comprendido entre 1918 y 1940, periodo en el que proliferaron estudios científicos que trataron de explicar porque los ancianos respondían de diferente manera a los estímulos presentados.

Por otra parte, los especialistas de la salud mental empiezan a estudiar los cambios psíquicos del envejecimiento; su bajo rendimiento intelectual, su incapacidad para relacionarse socialmente, sus dificultades de adaptación y su incapacidad para aprender cosas nuevas.

En 1929 el investigador ruso N. A. Rybnikov (citado en Strib & Orbach 1967) le da un nuevo significado al término de gerontología, como la ciencia que tiene como objeto “la investigación de la conducta durante la edad avanzada, esta se convertirá en un campo especial de las ciencias de la conducta. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y la cuidadosa descripción de las modificaciones que con regularidad se vayan produciendo progresivamente en la conducta y que estén relacionadas con la edad del individuo” (Strib & Orbach, 1967)

Se debe de apuntar que a partir de 1950 se funda la Asociación internacional de gerontología y que cada cuatro años celebran congresos donde se analizan los cambios y avances en la materia.

Así, concluimos esta breve revisión histórica refiriendo que “durante los últimos veinte años los gerontólogos se han ido percatando de la utilidad, sumamente limitada, de una concepción global y simple del envejecimiento.

En lugar de suponer la existencia de un proceso uniforme o mono causal del envejecimiento, la investigación ha comprendido la necesidad de considerar las influencias mutuas de los procesos biológicos, de los factores psicológicos, de las fuerzas sociales y ecológicas y de las singularísimas formas de conducta y de las cargas que pesan sobre los individuos, relevantes todas ellas, para la salud.

Envejecer no se debe a un único mecanismo de fondo, el envejecimiento debe considerarse hoy en día como expresión de un gran número de procesos que producen cambios en el individuo, actuando en parte independiente unos de otros, y en parte en conjunto con otros procesos, a todo lo cual denominamos envejecimiento” (Shock y otros 1984, p. 207).

### 1.3 Teorías del Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y factores ambientales. Hasta el momento no se sabe bien a ciencia cierta porque envejece el cuerpo.

Hoy en día hay tantas teorías sobre las causas del envejecimiento que es imposible mencionarlas todas. Sin embargo, las teorías modernas tienen sus raíces en ideas antiguas, que es útil tener en cuenta porque han influido en la manera actual de pensar a este respecto. Por ejemplo, Francis Bacon, en el siglo XVI, argumentaba que el envejecimiento podía ser superado si los procesos de reparación que se producen en el hombre y en otros animales, pudieran hacerse perfectos y eternos. Son ejemplo de procesos de reparación, la curación de las heridas, la regeneración de tejidos, y la capacidad que tiene el cuerpo de recuperarse de una enfermedad.

Actualmente la mayoría de la gente acepta dos enfoques básicos, el envejecimiento programado que sostiene que el cuerpo envejece según un patrón de desarrollo normal incorporado en cada organismo; y solo está sujeto a modificaciones menores y dado que cada especie tiene su propia expectativa de vida y su propio patrón de senectud este debe de ser predeterminado y congénito y la teoría del desgaste que sostiene que el cuerpo envejece a causa del uso continuo, y que el deterioro es el resultado de “insultos” acumulados. Los defensores de esta teoría ven al cuerpo humano como una maquina cuyas partes periódicamente se atrofian, e igualmente, dentro del organismo existen estresores internos y externos que facilitan el proceso de envejecimiento.

En la Actualidad solo se consideran o se aceptan dos tendencias aparentemente opuestas (Toussaint, O., 1993):

a) Teorías estocásticas

Nos hablan del envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y que hacen que este fenómeno del envejecimiento sea producto del azar y deba de ser analizado por medio de cálculos probabilísticos. Dentro de esta teoría se encuentran:

#### ❖ Teoría del error catastrófico

Esta teoría fue propuesta por Orgel (1963) aproximadamente hace como 45 años y desde entonces ha sido una de las más estudiadas. Propone que en la síntesis de proteínas se va acumulando una serie de errores que llevan a la catástrofe celular. Así una acumulación cada vez mayor de estas proteínas anómalas o una disminución en la capacidad de eliminación de las mismas por los sistemas de defensa del organismo, ya sea por encontrarse sobrepasados o defectuosos, conducirá a la catástrofe celular.

No obstante, se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría, está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de RNA defectuoso con la edad, etc.

#### ❖ Teoría del entrecruzamiento

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a la opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

#### ❖ Teoría del desgaste

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la

muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN, se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios en animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN por lo que no envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

#### ❖ Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue propuesta por Denham Harman en 1956 y es la hipótesis más aceptada. Expone que al metabolizarse los alimentos se producen una serie de productos tóxicos que lesionarían la estructura y función celular. El organismo está provisto de mecanismos de defensa frente a estas sustancias, pero grandes cantidades de estos tóxicos superarían la capacidad de depuración. El aumento de la edad del individuo también podría significar una disminución en la capacidad de contrarrestar estas sustancias.

#### b) Teorías no estocásticas

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, correspondiendo a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un *gen* único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

#### ❖ Teoría del marcapasos

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1970.



#### ❖ Teoría genética:

Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados, esta teoría postula que el entorno celular es el responsable de los daños provocados en el DNA.

#### 1.4 Características del Envejecimiento

La iniciación de la senectud es el periodo de la vida marcado por cambios en el funcionamiento físico asociados con el envejecimiento.

Hoy en día la mayoría de las personas pueden llegar a la vejez y esto se debe, principalmente, a dos áreas del progreso médico; la disminución en la mortalidad de niños e infantes y el desarrollo de nuevos tratamientos para enfermedades que anteriormente eran mortales.

Estudios recientes demuestran que ha habido menos muertes al nacer que muertes provenientes de condiciones relacionadas con la edad.

Sin embargo, el cuerpo humano está programado biológicamente para desintegrarse, fallando al responder a un problema o a varios, una caída, la gripe, o incluso al clima caliente.

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que hemos hecho durante nuestra vida; del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella; de cómo y dónde hemos vivido nuestra vida.

A pesar de los avances más recientes, la mayoría de los mecanismos biológicos básicos implicados en el proceso del envejecimiento siguen sin conocerse. Lo que sí sabemos es que:



- 1) El envejecimiento es universal y común a todos los miembros de cualquier especie;
- 2) El envejecimiento es irreversible, a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse y;
- 3) El envejecimiento incluye mecanismos perjudiciales que afectan a nuestra capacidad para llevar a cabo varias funciones (Organización Mundial de la Salud OMS, 1998)

Actualmente el envejecimiento es un fenómeno mundial. Con el continuo crecimiento de las poblaciones de la tercera edad en las sociedades modernas, la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a manejarse independientemente en la comunidad y, fundamentalmente, mejorar la calidad de sus vidas, se ha convertido en un asunto cada vez más urgente. La incidencia de muchas enfermedades y discapacidades crónicas aumenta con la edad. La población mundial de 65 años o más es el grupo etario de crecimiento más rápido (OMS, 2003)

El envejecimiento de la población es un triunfo de la sociedad moderna que refleja la mejora de la salud mundial, pero también plantea retos especiales para el siglo XXI, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. La esperanza de vida en países como el Japón y Francia era superior a 80 años ya en 2005, y también está aumentando en los países en desarrollo: un niño que nazca hoy en Chile, Costa Rica, Jamaica, el Líbano, Sri Lanka o Tailandia puede esperar una vida de más de 70 años (OMS, 2003).

También hay importantes desigualdades dentro de un mismo país. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América los grupos socioeconómicos más favorecidos tienen una esperanza de vida hasta 20 años mayor que los menos favorecidos.

En 2050, cerca del 80% de las muertes corresponderán a personas mayores de 60 años. El gasto sanitario aumenta con la edad y se concentra en el último año de vida, pero cuanto más tarde muera una persona menores

serán los costos concentrados en ese periodo. El aplazamiento de la edad de la muerte gracias a un envejecimiento saludable y a políticas apropiadas para el final de la vida podría proporcionar grandes ahorros en materia de atención sanitaria.

Las personas mayores también representan un recurso para sus familias, comunidades y economías. La inversión en salud a lo largo de la vida produce dividendos a cualquier sociedad. Muy pocas veces es demasiado tarde para cambiar comportamientos de riesgo y promover la salud. Por ejemplo, el riesgo de muerte prematura disminuye en un 50% si se deja de fumar entre los 60 y los 75 años.

Para promover la salud, prevenir la enfermedad y tratar las enfermedades crónicas en pacientes dependientes y frágiles es fundamental una atención primaria eficaz a las personas mayores. En general, la formación de los profesionales sanitarios tiene un pequeño o nulo contenido en materia de atención a las personas mayores. Sin embargo, el tiempo que pasan atendiendo a este sector de la población va en aumento. La OMS sostiene que todos los prestadores de atención sanitaria deben poseer formación geriátrica, independientemente de cuál sea su especialidad.

1.5 Datos demográficos entre mujeres y hombres mayores de 60 años en México.

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad.

Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad.

La reducción en los niveles de la mortalidad es uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo, que fue posible por la expansión de la cobertura de los programas y servicios de salud en el país, con lo que se logró incrementar el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en enfermedades respiratorias, y con ello una ganancia en la expectativa de vida de todos los grupos de edad, pero particularmente en niños y ancianos (Cárdenas, 1998).

En 1930 morían 156 niños por cada mil que nacían, mientras que en 1990 esa cifra se redujo a 40 y a 31 en el año 2000. En 1930 los hombres vivían en promedio 33 años y las mujeres 35 años. La esperanza de vida al nacer aumentó a 59 años para hombres y a 63 años para mujeres en 1970, y alcanzan valores en promedio de 72 y 77 años, respectivamente para el año 2000.

Por su parte, entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres (CONAPO, s/f), con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años.

El descenso de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población del país a partir de los años setenta.

Entre 1970 y 1990 la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo a la mitad (promedio de 6.8 hijos por mujer a 3.4). En el año 1999, según resultados censales, se estimó que la fecundidad era alrededor de 2.9 hijos por mujer.

Dicha caída de la fecundidad significó un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide de población y el desplazamiento de

generaciones numerosas hacia los grupos de edad centrales, es decir, hacia las edades comprendidas entre los 15 y 59 años.

De esta manera, pese a que la población menor de 15 años se incrementó en 46.2% entre 1970 y 2000 (de 22.3 a 32.6 millones de personas), esa misma población disminuyó su importancia relativa respecto de la población total, de 46.2 a 33.4 por ciento. En tanto, el grupo de 15 a 59 años aumentó su monto en 2.4 veces, al pasar de 23.2 millones de personas en 1970 a 55.9 millones en el año 2000.

Cabe señalar que la reducción observada en la tasa global de fecundidad obedeció básicamente a cambios en los ideales reproductivos y con ello a modificaciones en la conducta reproductiva.

Estas transformaciones se relacionan con la aceleración del proceso de urbanización experimentado en el país, con el aumento en la escolaridad, con los cambios en la organización doméstica, con la mejora en el acceso a los servicios de salud, en particular los de salud reproductiva, y con la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

Estos factores influyeron sobre las pautas conyugales y en las prácticas anticonceptivas. Así, entre 1976 y 1995 los patrones matrimoniales determinaban en mayor medida la fecundidad del país, mientras que a partir de la década de los ochenta el descenso de la fecundidad se ha asociado principalmente con la utilización de métodos anticonceptivos (Mendoza, 1998).

En el periodo comprendido entre 1970 y 2000 la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 2.4% promedio anual, mientras que la del grupo de edad de 60 años o más fue de 3.2 por ciento. Este mayor ritmo de crecimiento propició que los adultos mayores aumentaran su presencia tanto en términos absolutos como relativos: en 1970 este grupo contaba con 2.7 millones de individuos, para el año 2000 aumentó a casi 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso.

Según las previsiones del Consejo Nacional de Población se espera que para el año 2025 la proporción de personas de 60 años o más sea cerca de 15% y para el 2050 de alrededor de 28% (CONAPO, 2002).

Estos cambios no se dan de forma homogénea entre los sexos, la sobre mortalidad masculina derivada de la conjunción de diversos factores biológicos y culturales produce una feminización de la población que se acentúa con el proceso de envejecimiento demográfico en todo el país.

Entre la población de 60 años o más hay 88 hombres por cada 100 mujeres. Esta relación es más marcada conforme aumenta la edad; así, en el grupo de población de 60 a 64 años se cuentan 91 hombres por cada 100 mujeres, mientras que para el grupo de 85 años o más la relación es de 74 por cada cien.

#### 1.6 Envejecimiento físico

Las personas de edad avanzada realizan la mayoría de las cosas que hacen los jóvenes, sin embargo, reconocen un retraso en su funcionamiento y son muy precavidas en sus actividades cotidianas ya que tienen menos fortaleza que antes y sus reflejos se ven disminuidos conforme va pasando el tiempo.

La mayoría de los ancianos son razonablemente saludables, en especial si siguen un estilo de vida sano. La mayor parte presenta condiciones crónicas, pero estas por lo regular no limitan de manera considerable las actividades o interfieren con la vida diaria. La proporción de ancianos con discapacidades físicas ha disminuido. Sin embargo, los ancianos necesitan más atención médica que los jóvenes.

La mayorías de los sistemas corporales por lo general continúan funcionando bastante bien, pero el corazón se vuelve más susceptible a la enfermedad, el ritmo se vuelve mas lento y mas irregular, se empiezan a formar

depósitos de grasa alrededor que interfieren con su funcionamiento y se eleva la presión sanguínea (Papalia, 1997).

Aunque el cerebro cambia con la edad, las variaciones por lo general son modestas. Incluyen pérdida o reducción de las células nerviosas y respuestas más lentas.

Disminuyen las destrezas físicas, en particular la audición y la visión, aunque estos problemas interfieren con la vida diaria, a menudo pueden ser corregidos. El daño irreversible resulta de la degeneración macular relacionada con la edad o el glaucoma.

La pérdida de visión o audición tiene fuertes consecuencias psicológicas, ya que privan a las personas de actividades, vida social e independencia.

La presbicia (dificultad para ver las cosas de cerca) se presenta en el hombre aproximadamente a los 60 años, actualmente los avances en la ciencia óptica han permitido que los ancianos utilicen anteojos o lentes de contacto que les permiten tener una mejor visión. Después de los 65 años los problemas de visión empiezan a presentarse con más continuidad, el anciano no puede leer, no distingue entre cerca y lejos, el color no se percibe adecuadamente y en general experimenta dificultad para realizar tareas que dependan de la visión.

Los problemas visuales en el anciano surgen de deficiencias en cinco áreas: visión de cerca, sensibilidad a la luz, visión dinámica, velocidad de procesamiento de lo que se ha visto y búsqueda visual (Kosnik, 1988 citado en Papalia D. Sexta ed. 1997). Aparte de restringir actividades diarias, los problemas de visión causan accidentes en el hogar y fuera de este (Branch, Horowitz y Carr, 1989).

Otro de los problemas físicos por los que atraviesa el anciano es el relativo a la audición, las personas que presentan este tipo de anomalía consideran que ello interfiere de manera notoria en su vida diaria. Presentan dificultad para percibir sonidos y oír lo que otras personas hablan, mas aun si se está escuchando la radio o la televisión.

No obstante, esto se puede solucionar utilizando algún tipo de aparato auditivo, sin embargo, muchas personas no lo utilizan por vergüenza ya que es una manera de demostrar a los demás que los achaques de la vejez se están haciendo presentes en ellos.

Las pérdidas en el gusto y el olfato conducen a una mala nutrición, de igual manera la pérdida de los dientes afecta seriamente la nutrición. Las personas de la tercera edad se quejan de que sus alimentos ya no saben a nada y esto es porque sus papilas gustativas en la lengua son menos y porque el bulbo olfatorio en el cerebro se ha ido atrofiando con la edad.

Existe una afectación en la percepción de la temperatura. El cuerpo del anciano se adapta más lentamente al frío y se enfría con mayor facilidad que el de una persona joven.

Se empieza a notar que el adulto mayor empieza a dormir menos de lo habitual ya que el sueño de estos es más ligero y cualquier ruido puede ocasionar algún tipo de insomnio, sueñan menos y presentan periodos de sueño profundo más cortos (Webb., 1987; Woodruff., 1985)

Estos cambios en los sistemas y órganos corporales son sumamente variables y pueden ser el resultado de alguna enfermedad, la cual a su vez es afectada por el estilo de vida que llevo la persona.

Existen múltiples cambios físicos que son visibles a cualquier observador, la piel se vuelve más pálida y presenta una textura como de pergamino, se cuelga y presenta múltiples arrugas, el pelo de mujeres y hombres se torna blancuzco, principalmente, en la cabeza.

El cuerpo se ve más pequeño debido a que existe un deterioro en sus vértebras espinales, los huesos se vuelven más débiles y existe un mayor riesgo de sufrir algún tipo de fractura.

También se ha observado que si el envejecimiento va acompañado de sobre peso pueden existir problemas en el aparato digestivo que se verán reflejados en sistema circulatorio, los riñones y el metabolismo del azúcar.

Las personas de esta edad son susceptibles de accidentes y caídas. Se hace más lento el funcionamiento de los músculos, disminuye la capacidad de los pulmones y los huesos se vuelven porosos y propensos a las fracturas.

Muchos de los defectos y la lentitud sistemática de la senectud no son universales; tal vez sean resultado de enfermedades anteriores, accidentes o influencias ambientales, como la contaminación. Algunos pueden mantenerse bajo control o aun revestirse con ejercicio, una mejor alimentación y cuidado de la salud.

A pesar de que existen múltiples cambios físicos en la mayoría de los ancianos, la salud de ellos no es tan precaria, gozan de buena salud y pueden llegar a vivir varios años más.

La sexualidad se encuentra presente desde el nacimiento y hasta la muerte y se manifiesta de diferentes maneras. En el anciano este aspecto físico no se observó hasta la década de los 60's (Master y Johnson) donde a través de estudios longitudinales se observó que el adulto mayor saludable puede seguir presentado actividad sexual hasta los 80 años.

Las relaciones sexuales tienen un menor grado de intensidad pero siguen existiendo, muchos ancianos son sexualmente activos, aunque la frecuencia e intensidad de la experiencia sexual por lo general son menores que para los adultos jóvenes (Papalia, 1968)

Dentro de esta etapa de la vida tanto mujeres como hombres siguen disfrutando su sexualidad, sin sentir vergüenza y es más el daño que ocasiona la sociedad al tomar actitudes distintas hacia ello.

#### 1.6.1 Envejecimiento cognoscitivo

Estudios realizados por distintos autores (Baltes y Schaie, 1974) argumentan que la capacidad intelectual del anciano no disminuye, sin embargo, otros dicen lo contrario (Horn y Donaldson, 1976).



El funcionamiento intelectual de una persona tiene que ver mucho con su salud, con el trabajo que realiza e inclusive hasta con su educación.

Aunque se ha dicho que la habilidad cognitiva disminuye en forma marcada durante la senectud, algunos estudios indican que las pérdidas no son substanciales. La disminución real se da gradualmente en relación al desempeño físico y mental, sin embargo, gran parte de ellas pueden atribuirse a un deterioro de la salud, al aislamiento social, a la falta de educación, a la pobreza y a la escasa motivación.

Una señal característica del envejecimiento es la pérdida gradual de la memoria, sin embargo, esta varía de persona a persona.

Para algunos autores la memoria se divide en tres diferentes sistemas de almacenamiento:

a) la memoria sensorial donde se guarda todo aquello que es captado por los sentidos (vista, tacto, olfato, gusto y audición) pero que permanece muy poco en la memoria del sujeto sino es trasladada a la

b) memoria a corto plazo donde la información es retenida por mas tiempo, por ejemplo; la capacidad para recordar una cantidad de dígitos hacia adelante se conserva bien con el transcurrir de los años no siendo de igual manera para una serie de dígitos hacia atrás; y por ultimo

c) la memoria a largo plazo donde es almacenada la información durante largos periodos, aquí debemos aclarar que si una persona mayor aprende cosas nuevas estas pueden ser olvidadas más fácilmente, en cambio, lo que el adulto mayor aprendió a temprana edad no sale de su memoria tan fácilmente ( Craik y Poon, 1985).

Las personas de la tercera edad son tan aptas como los jóvenes en lo referente a la memoria episódica (la capacidad para recordar episodios o sucesos específicos).

También se observa que la memoria procedimental (recordar cómo se hace algo, como pasear en bicicleta) y la memoria para el conocimiento general se conserva muy bien en los adultos de mayor edad (Camp, 1985).

Los ancianos se pueden desempeñar bien en las pruebas de memoria si la información es psicológicamente válida para ellos, si reciben instrucciones cuidadosas acerca de cómo ordenar y organizar el material a utilizar, o si desarrollan estrategias para enfrentarse con la pérdida de memoria.

También se ha observado que los ancianos pueden resolver problemas mejor que la gente más joven cuando pueden echar mano de sus experiencias pasadas. Los expertos, jóvenes y viejos, hacen uso de las memorias bien organizadas, selectivas para analizar y solucionar problemas de una manera eficiente.

Algunos aspectos de la memoria, como la memoria sensorial, la memoria semántica y la procedimental son casi tan eficientes en los ancianos como en la gente joven. Otros aspectos, principalmente la capacidad de memoria de trabajo y la habilidad para recordar eventos específicos o información aprendida recientemente, a menudo son menos eficientes.

Se han propuesto varias hipótesis para explicar porque se va deteriorando la capacidad de memoria en el anciano y entre ellas está la que indica que los cambios neurológicos y fisiológicos están conectados y es por ello que si una persona presenta deterioro físico existe la posibilidad que presente una baja en su memoria.

Sin embargo, este enfoque biológico explica más el deterioro de la memoria en personas que tienen daño cerebral u otras condiciones patológicas, que en personas de edad avanzada que gozan de buena salud y presentan un envejecimiento normal (Poon, 1985).

De acuerdo con estudios de memoria, algunos ancianos sobreestiman su pérdida de memoria, debido quizás a los estereotipos del envejecimiento.

De acuerdo con los estudios de Baltes (1985) la sabiduría no se relaciona con la edad, sino que personas de todas las edades dan respuestas sabias a problemas que afectan a su propio grupo de edad.

El aprendizaje a lo largo de toda la vida ayuda a los ancianos a mantenerse mentalmente alertas.

Los programas educativos para estos están proliferando. La mayoría de estos programas ponen énfasis practico-social o una educación mas seria.

La gente de la tercera edad aprende mejor cuando los materiales que se le proporcionan así como los métodos son orientados a las necesidades de este grupo.

Durante esta etapa de la vida los ancianos pueden sufrir alteraciones en su capacidad cognitiva, incluso pueden presentar cualquier tipo de demencia, la cual se define como el daño cerebral irreversible que lleva al deterioro del pensamiento y de los patrones de conducta. Este tipo de enfermedad es causada por factores como el Alzheimer o ataques vasculares entre otros, lo cual se describirá en el capítulo 2.

#### 1.6.2 Envejecimiento psicológico

El envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas, tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria.

Los problemas ambientales y físicos de la senectud imponen una pesada carga psicológica a la generalidad de la gente.

Los cambios psicológicos de una edad a otra de la vida son más que cuantitativos propiamente cualitativos, por lo que el papel del estudioso de la conducta humana se impone la tarea de describir las características psicológicas propias de cada edad.

Hasta hace aproximadamente tres décadas los tratados o manuales se ocupaban solo de la psicología de la infancia y de la adolescencia, ignorando los cambios psicológicos que tienen lugar en la edad adulta y la vejez.

En estos últimos años los psicólogos tienden a considerar cada vez más y con el mismo interés, la psicología de todos los momentos de la vida, desde la infancia, adolescencia, edad adulta y hasta la muerte (Monedero, C., 1986)

La psicología del niño y del adolescente ha sido mucho más estudiada que la del viejo. La razón de esto es, sin duda, que estas psicologías que preceden a la edad adulta han sido consideradas como de una ayuda inestimable para conseguir la educación de estos seres en formación. En la mayoría de los casos la llamada educación no era otra cosa que el intento, más o menos forzado, de adaptar al niño a los modelos humanos de una sociedad determinada.

El adulto mayor, sin embargo, ha venido siendo considerado como no educable y estando llamado a ocupar un lugar cada vez menos relevante en la sociedad, por lo que hasta hace unas cuantas décadas la mayor parte de nuestros conocimientos sobre su psicología carecían de rango científico.

En estas circunstancias no debe de extrañarnos que los psicólogos participasen de los mismos prejuicios del hombre de la calle a la hora de enjuiciar su psicología. En los últimos años está cambiando radicalmente este planteamiento, y los estudios científicos sobre la psicología de la vejez se están multiplicando de forma llamativa.

Aunque la incorporación plena de la psicología de la vejez a la ciencia ha sido bastante tardía, se está beneficiando muy rápidamente de los métodos de investigación psicológica contemporánea.

Se ha hablado de la infancia, de la adolescencia, de la edad adulta y de la vejez. Estas psicologías de las edades representan aspectos parciales de la psicología del ciclo vital humano, que deben de ser incluidos en la evolución

psicológica total. Pero ocurre con frecuencia que cuando se limita el estudio psicológico a una determinada edad, puede perderse el sentido evolutivo de la psicología de esa edad, ofreciendo una visión más estática de ella.

Eso es lo que se observa, por ejemplo, en muchos trabajos sobre psicología infantil. Los psicólogos experimentales, por cuestiones simplemente de oportunidad, han utilizado con mucha frecuencia sujetos infantiles para sus investigaciones, sin llegar a plantearse cuestiones propiamente evolutivas. Si acaso, vienen a concluir en que la psicología del “niño” es así. Algo análogo ocurre en esos libros que tratan sobre la psicología de la adolescencia que, a pesar de ocuparse de una etapa de transición psicológica, tienden a caracterizar al joven según una serie de rasgos inmutables (Monedero, C., 1986).

En relación a los cambios psicológicos parece ser que el signo de la etapa de la vejez es el de la pérdida de relaciones objétales que han sido la base de las propias vivencias que genera un estado constante de frustración que lleva al adulto mayor a replantear por completo su vida, es decir, tiene que analizar sus valores, los que posee y quiere conservar, los que “intuye” que va a perder y los que han aparecido y no quiere aceptar, pero que ya son parte de su realidad. Entre estos, está su esquema corporal y, una de las luchas más fuertes, es la aceptación de sus cambios físicos, sus impotencias y sus incapacidades (Laforest, 1991; Neri, 2001 citado por Carvalho, 2002).

En cuanto a su conducta, sus reacciones son distintas pues el mundo y él mismo se perciben de otra manera, aunque sus instintos, motivaciones y necesidades de toda índole sigan siendo las mismas o, inclusive, aumenten. Su energía sigue produciéndose, razón por la cual, tiene que buscar nuevos objetos e intereses o variar sus relaciones objétales y esto es más difícil aun cuando la sociedad en que está inmerso no le proporciona o facilita opciones.

Cuantas menos opciones tenga el adulto mayor para canalizar su energía, mas riesgo tiene de alterar su salud mental y llegar a la incapacidad pues se requiere de un grado mínimo de integración social para preservar la salud mental del individuo (Moragas, 1991).

Se espera que el desarrollo de una persona desde su nacimiento hasta que fallece pasando por la vejez, marque una evolución psicológica sin que se presenten trastornos que limiten e impidan ser funcional en todas sus áreas, con un pensamiento reflexivo con el que se contemple todo lo que ha vivido, aceptando su proximidad a la muerte manteniendo siempre su integridad como tal y conservando sus capacidades cognitivas y psíquicas entonces estaríamos hablando de que ha podido llegar el individuo a un envejecimiento psicológico y físico óptimo.

Aunque los cambios esperados en el proceso de envejecimiento, como disminución de la memoria y los cambios afectivos estos últimos debidos a las pérdidas de figuras parentales y personas significativas en su vida, con las que mantenía fuertes lazos a nivel emocional y afectivo, marquen un deterioro en su salud física y mental, de tal manera que como resuelva sus pérdidas y logre adaptarse a nuevas circunstancias es como se podrá evaluar el curso de los cambios psicológicos con miras a la normalidad o anormalidad.

Durante este periodo de la vejez parece acentuarse la incidencia de manifestaciones psicopatológicas. La depresión, que es la forma propia de reaccionar ante una pérdida importante, aparece en este periodo con unos caracteres peculiares.

Se trata de depresiones muy teñidas de angustia, que con desesperación tratan de emprender ciegamente el camino que recompensará de los fracasos pasados. El hombre depresivo adulto hace duelo por el objeto amoroso perdido; el de esta etapa de la vida hace un duelo narcisista por la pérdida de su propia personalidad que, seguramente, es el objeto amoroso por excelencia.

El anciano debe cambiar sus conceptos de sí mismo a medida que pierde su autonomía y se vuelve más dependiente respecto a los demás para satisfacer sus necesidades diarias. Algunos se adaptan mejor, otros en cambio no. A menudo, la evaluación física de la persona es un buen indicio de

bienestar psicológico. A medida que la gente envejece, empieza pensar en términos de que tanto tiempo de vida les resta.

El envejecimiento afecta al hombre y a la mujer en forma distinta. Gutmann (1968) descubrió que los hombres se tornan más pasivos y se permiten expresar rasgos más femeninos en la senectud; en cambio, las mujeres se vuelven más agresivas, manipuladoras y dominantes. Algunos estudios han encontrado algunas tendencias generales a la excentricidad, menor sensibilidad ante la gente, preocupaciones internas y disminución de la capacidad de afrontar situaciones difíciles. Otros estudios, en cambio, no han encontrado cambios constantes en la orientación de la vida y en los valores. De la reacción ante el envejecimiento depende la eficacia con que uno se adapta a él y como continúa en la senectud el desarrollo de la personalidad.

El envejecimiento trae al hombre actitudes más conservadoras acerca de temas políticos, económicos y sociales en comparación con gente de menor edad, suelen ser más consistentes en su conducta como votantes, pueden ser menos liberales en sus actitudes hacia el aborto, divorcio e igualdad entre sexos (Berryman, J., 1994). Sin embargo, estas evidencias de cambio de actitudes son difíciles de demostrar ya que no existen elementos fidedignos de ello.

Dentro de estos cambios que afectan al anciano, la jubilación constituye un importante cambio de estatus en los últimos años de la adultez. Las reacciones del hombre ante la jubilación dependen de factores como el deseo de retirarse, la salud, la situación económica y las actitudes de los colegas.

Algunos ancianos continúan trabajando por un salario, pero la mayoría se jubila. Sin embargo, muchas personas jubiladas inician nuevas carreras, tienen un trabajo asalariado de medio tiempo o hacen trabajo voluntario. La jubilación es un fenómeno en etapas.

La edad tiene efectos tanto positivos como negativos en el desempeño en el trabajo, pero las diferencias individuales son más significativas que las diferencias de edad. Los ancianos tienden a estar más satisfechos y

comprometidos con su trabajo que los jóvenes. Para muchos adultos de edad madura actuales, el financiamiento para la jubilación es un asunto delicado.

La jubilación es un proceso en marcha y su impacto emocional debe ser evaluado en cada contexto. Los recursos personales, económicos y sociales, así como el tiempo que la persona ha estado jubilada, también afectan la moral.

Los patrones comunes después de la jubilación incluyen un estilo de vida centrado en la familia, la inversión equilibrada y el esparcimiento serio.

A medida que se incrementa la esperanza de vida, también lo hace la longevidad potencial del matrimonio. Mas hombres que mujeres están casados en la vejez. El matrimonio que se prolonga hasta la edad adulta tardía suele ser satisfactorio.

Las parejas que aun se encuentran casadas después de los 65 años consideran que su matrimonio ha sido satisfactorio y que va mejorando conforme pasan los años (Gilford, 1986).

No obstante, estudios recientes han revelado que la satisfacción matrimonial en la vejez puede tener varias explicaciones, tanto buenas como malas, y hasta la fecha sigue debatiéndose cual tiene más peso sobre la otra. Si se es más feliz porque los hijos se han ido o si se ha permanecido juntos por más tiempo, si se cuenta con más tiempo para estar con la pareja, etc., etc.

Es necesario llevar a cabo más investigaciones que permitan tener una visión más amplia de lo que sucede en el matrimonio de personas mayores.

Las personas que llegan a la edad adulta y aun se encuentran casados han reportado que el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos, así como el respeto y los intereses comunes tienen un peso mayor en el matrimonio (Papalia, 1989).

Para Zube (1982) el éxito de un matrimonio depende de la capacidad de la pareja para adaptarse a los cambios de personalidad de la edad adulta



intermedia, lo que con frecuencia lleva a hombres y mujeres en direcciones opuestas, por ejemplo, el que el esposo deje de involucrarse menos en el trabajo y más en la intimidad puede ocasionar que la esposa pueda interesarse más en el crecimiento personal y la autoexpresión.

Para Gilford (1986) los matrimonios de edad avanzada se ponen a prueba por las dolencias de salud de uno de los cónyuges. Si uno de ellos debe de cuidar de su pareja incapacitada puede ocasionarle sentimientos de aislamiento, enojo y frustración y más aun si el (ella) presenta problemas de salud.

Tanto la personalidad como el desempeño externo influyen en la manera como los responsables del cuidado pueden adaptarse a las exigencias que se les presentan (Hooker, et al 1992).

Se pensaría que la jubilación o retiro puede tener beneficios para el matrimonio pero estudios hechos por G.R. Lee y Sheham (1989) demuestran lo contrario. Según estos autores, los problemas surgen con más facilidad ya que al permanecer más tiempo juntos ocasiona mas numero de conflictos entre la pareja.

El divorcio es poco común entre los ancianos, la mayoría de los adultos mayores que se han divorciado contrajeron nuevas nupcias. El divorcio es especialmente difícil para la gente mayor. En cambio, las nuevas nupcias en la vejez son más relajadas.

Aunque una proporción creciente de hombres son viudos, las mujeres tienden a sobrevivir a sus maridos y es menos probable que vuelvan a casarse.

Así mismo, la viudez y la perdida de amigos íntimos son sucesos que provocan fuerte estrés en esta etapa de la vida. En la población de mas de 65 años, las viudas superan en número a los viudos con una proporción de casi seis a uno, las viudas ancianas tienden menos a contraer segundas nupcias que los viudos.

Para muchos ancianos, vivir solo plantea problemas de soledad y de independencia involuntaria, pero también puede brindar nuevas oportunidades de crecimiento mental.

### 1.6.3 Envejecimiento social

El envejecimiento se ha visto influido a partir de mediados del siglo pasado y hasta la actualidad por estereotipos de conducta y condiciones apropiadas a la edad (Berryman, 1994).

En todas las sociedades industrializadas el porcentaje de varones ancianos en la fuerza laboral ha bajado. Esto se debe al fenómeno reciente de la jubilación pero también a los problemas de empleo relativos a la edad.

Con el paso de los años las personas de la tercera edad van perdiendo capacidades físicas y cognitivas y suelen ser desplazados por gente más joven que, en muchas ocasiones, los trata con menosprecio por considerarlos fuera de época, no entrenables y poco productivos.

El anciano dentro del campo laboral se ve minimizado ya que conforme avanza el tiempo va perdiendo fuerza y sus reacciones ya no son las mismas así como estar más propenso a accidentes laborales (Berryman, 1994).

Al no contar con un empleo digno el anciano se ve limitado en sus ingresos familiares y esto trae como consecuencia fuertes cargas psicológicas, se siente menos feliz, está menos satisfecho con la vida y su autoestima es muy baja; lo cual puede originar problemas de salud física y mental (Berryman, op. cit.).

Se restringen sus actividades y sus contactos sociales. Se vuelven sedentarios solo durmiendo o viendo televisión, es por ello importante diseñar programas que ayuden al anciano a ocupar mejor su tiempo libre y con ello subir su autoestima.

La inserción de los adultos mayores en el mercado de trabajo tiene implicaciones en su seguridad económica (así como efectos psicológicos). En

México la edad de retiro de la actividad laboral está regida por disposiciones legales y con variaciones según la ley que la regule (oscila entre los 60 y 65 años). Sin embargo, al llegar a estas edades hay quienes continúan trabajando, como resultado de un deseo personal o bien de la necesidad económica.

La baja cobertura de la seguridad social y los reducidos montos de las jubilaciones propician que algunos adultos mayores estén obligados a continuar trabajando. Dentro de los que se retiran, hay quienes lo hicieron voluntariamente a causa de limitaciones derivadas de su salud o porque desean iniciar su descanso. También están aquellos que necesitan seguir en el mercado laboral para costear su subsistencia, pero que desisten de buscar trabajo, ante la discriminación sufrida por la edad y las “desventajas comparativas” respecto a personas más jóvenes y con más calificación en un mercado con altos niveles de desocupación.

### 1.7 Educación

Entre las necesidades que persisten a lo largo de toda la vida, se encuentran las de desarrollo personal e intelectual; así, los servicios para los mayores deben incluir, además de una pensión digna, cuidado sanitario, vivienda y transporte, la oportunidad de aprender nuevos conocimientos, tareas y actividades a través de programas de educación continuada (Kalish, 1991).

La educación, en su sentido más amplio, debe servir para conformar una ética social que dé respuesta a los requerimientos de la planeación del desarrollo; en el plano individual debe tener fines prácticos tales como proveer conocimientos, habilidades, capacidades y hábitos ya sea para la inserción a la actividad económica, el ejercicio de un oficio, o la adecuación a las condiciones y transformaciones del sistema productivo.

La carencia de alfabetización y escolaridad refiere inevitablemente a los grupos sociales más desfavorecidos. Buena parte de la población de 60 años o más se encuentra en el llamado rezago educativo, es decir, no completó la educación básica; con ello es más probable que se vean limitadas las

habilidades y actitudes que este sector requiere para tener un desempeño básico en sociedad.

Los cambios experimentados en el perfil educativo de la población no se dieron de manera homogénea y los adultos mayores son un segmento de la población para el cual todavía en el 2000 se presentan rezagos significativos.

Los niveles de analfabetismo en este grupo son muy altos, con diferencias entre hombres y mujeres muy marcadas y que dan cuenta de los contrastes en las oportunidades educativas que prevalecían en el pasado.

Tres de cada diez personas de 60 años o más no saben leer ni escribir un recado, condición que es casi 50% más alta para las mujeres respecto a los hombres.

Conforme avanza la edad, la proporción de personas que tienen estas habilidades se reduce significativamente.

Así, entre la población de 85 años o más, la tasa de alfabetismo es de apenas 55.6 %, con 61.6% para los hombres y 51.1% para las mujeres.

Entre la población de 60 años o más el número medio de grados aprobados apenas rebasa el equivalente al tercer año de primaria, donde los hombres promedian casi un año más que las mujeres.

Resalta el hecho de que para este segmento de la población las diferencias más significativas en el promedio de escolaridad de hombres y mujeres se dan entre los grupos menos envejecidos.

El nivel de instrucción alcanzado entre hombres y mujeres de la tercera edad da una idea de la dificultad que enfrentó la mayor parte de las personas que nacieron antes de 1940, para incorporarse en la educación formal o continuar en ella hasta concluir el nivel básico.

En la actualidad, más de la tercera parte de la población de 60 años o más no cuentan con instrucción, y esta proporción rebasa el 53% entre las mujeres de 85 años o más. De igual modo, destaca que sólo 13 de cada 100 adultos mayores aprobó algún grado del nivel secundaria o más.

Cabe señalar que los años de estudio que logró acumular este segmento de población están condicionados en gran medida por los factores sociales y económicos que prevalecieron en la época de su juventud, así como por los servicios educativos a los que se tenía acceso durante ese tiempo.

Sin embargo, todavía en el presente se observan diferencias conforme al tamaño de la localidad de residencia y que se vinculan con los contrastes en la disponibilidad y acceso de los servicios educativos, principalmente en los niveles más altos.

Así, se observa que en las localidades rurales poco más de la mitad de los adultos mayores no cuentan con instrucción, mientras que en las ciudades esta proporción se reduce a menos de la cuarta parte.

### 1.8 Ocupación laboral

En este rubro es notorio cómo el número de horas dedicadas al trabajo disminuye conforme aumenta la edad, las personas de entre 30 a 59 años destinan casi 50 horas a la semana al trabajo y los adultos mayores alrededor de 30 horas. Dentro del grupo de 60 años o más la disminución de horas sucede de modo paulatino: el grupo de 60 a 64 años tiene lapsos de trabajo de poco más de 40 horas, el grupo de 65 a 69 años ocupa cinco horas menos a la semana, y así sucesivamente hasta llegar al grupo de 80 años o más que destina alrededor de 15 horas a la semana, es decir, poco más de dos horas diarias.

En el país residen poco más de 9 millones de personas de 60 años o más, de ellas 3.3 millones realizan alguna actividad económica, lo que equivale

a que 36.5% del total de adultos mayores se encuentran en el mercado de trabajo.

Entre los adultos mayores, a medida que aumenta la edad es más común que no se encuentren en el mercado de trabajo y esto se refleja directamente en sus tasas de participación; entre los 60 y 64 años, 5 de cada 10 personas siguen laborando, mientras que al llegar a ochenta años de vida todavía 1 de cada 10 personas continúa en el mercado de trabajo.

Entre los hombres de 60 años o más la inserción en el mercado de trabajo muestra una tendencia decreciente conforme se incrementa el nivel de instrucción alcanzado; sin embargo, la tasa de participación económica no tiene grandes cambios conforme aumentan los años de estudio, es decir, más de la mitad de las personas de este sexo realizan actividades económicas.

Por otra parte, para las mujeres de 60 años o más sí se aprecia una relación muy marcada, una de cada cinco mujeres que no alcanzaron a aprobar algún grado de escolaridad participa en la actividad económica, mientras que entre las que alcanzaron niveles de profesional o más, la tasa neta de participación es alrededor de 50% más elevada en relación con la de las primeras.

#### 1.8.1 Ocupación en el envejecimiento

En México la diversidad de ocupaciones vinculadas con la actividad económica es amplia. La población ejerce actividades que van desde las clasificadas como servicios (donde se ubican, por ejemplo, los peluqueros, sastres, boleros, taxistas y meseros); pasando por los que desempeñan servicios administrativos y que se agrupan en la categoría de oficinistas (cajeros, secretarías, gerentes); hasta los que realizan trabajo doméstico (recamareras, cocineras y jardineros, por citar algunos).

Otras actividades se relacionan con el comercio (donde están los vendedores, ya sea en un establecimiento fijo o ambulante), con la industria (supervisores,

capataces, obreros, operadores de maquinaria, entre otros); así como con maestros, técnicos calificados y profesionistas.

Con el paso de los años, la experiencia acumulada permite que se logren conocimientos y habilidades que modifican el tipo de ocupaciones que la población desempeña. Aunado a lo anterior, el más alto nivel de instrucción de las generaciones más jóvenes propicia que realicen en mayor medida actividades de mayor calificación.

Así, se observa que una de cada diez personas de entre 15 y 29 años desempeña labores de oficina, mientras que en los de 60 años o más esta proporción no alcanza los tres puntos porcentuales.

Actualmente se aprecia que para el grupo de adultos mayores el comercio es la ocupación que les permite en mayor medida continuar en la actividad económica, debido principalmente a la poca oferta de empleo para este conjunto de personas en los otros sectores.

### 1.9 Trastornos psicológicos

En la vejez tienen lugar procesos involutivos y alteraciones diversas que, además de los aspectos biológicos, pueden estar relacionados con factores ambientales y personales.

Así pues, el envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas, tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria.

Los trastornos psicológicos en los ancianos son el resultado de diversos factores que tienen que ver con un envejecimiento patológico, no se puede perder de vista que en la vejez no solo tienen lugar ciertos deterioros o pérdidas, sino que también se mantienen e incluso se despliegan funciones vitales y psicológicas.

El proceso de envejecimiento comporta, pues, una secuencia de cambios que tienen lugar a un nivel biológico, psicológico y social, siguiendo un proceso temporal creciente y simultáneo de ganancia o pérdida (Buendía, J. 1996).

Así, el envejecimiento conlleva especiales riesgos que tienen que ver con el declive de la salud física y con importantes pérdidas de personas queridas, de roles sociales y de autonomía (Buendía, J. 1996).

Por otro lado, el crecimiento de la población anciana ha puesto de relieve los problemas de salud relacionados con el envejecimiento, y entre ellos, los trastornos psicológicos. La razón fundamental para ello se basa en la elevada prevalencia de trastornos psicológicos entre los ancianos, con cifras que oscilan entre el 15-20%, según diferentes estudios, (Ver tabla 1).

Entre ellas se destaca la negación de algunas manifestaciones psicopatológicas con el envejecimiento normal, la comorbilidad con trastornos somáticos, y la importancia de los factores psicosociales.

**Tabla 1.** Prevalencia de los trastornos psicológicos del anciano.

Demencia	5.8%
Delirium	25% de los ancianos hospitalizados
Depresión Mayor	1-3%
Distimia	2%
Síntomas depresivos	5-20%
Trastornos por ansiedad	5%
Esquizofrenia	1%
Insomnio	10%
Alcoholismo	2-5%

Tomado de Geriatric psychopathology, 1992

### 1.9.1 Demencia



El síndrome de pérdida de memoria en el anciano se debe en la mayoría de los casos a un síndrome de demencia, y especialmente es una enfermedad neurodegenerativa, conocida como Alzheimer.

La demencia se puede definir como un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el desempeño social, laboral o bien, en ambos (Ostrosky 2003). Autores como Cummings et al (2003) enfatizan diversos trastornos característicos en por lo menos tres áreas de la actividad mental como son memoria, lenguaje, habilidades viso espaciales, personalidad o estado emocional, abstracción, juicio y conceptualización.

La prevalencia de síndrome demencial por encima de los 65 años de edad se cifra en el 5%, con un aumento gradual conforme la edad aumenta, de forma que supera el 20% entre los mayores de 85 años. Hay más de 60 enfermedades asociadas con síndrome demencial, siendo las más frecuentes: la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Para determinar la causa de la demencia, es necesario una evaluación clínica: examen somático y psiquiátrico, una entrevista con un familiar cercano, bioquímica sanguínea, radiografía torácica, TAC o RMC, y análisis del LCR en contados casos (Tabla 2). Dado que la enfermedad de Alzheimer tiene típicamente un inicio insidioso, es de gran utilidad investigar y registrar la forma de comienzo de los síntomas.

**Tabla 2.** Protocolo de diagnóstico del síndrome demencial.

- Historia clínica	Comienzo, evolución, antecedentes familiares
- Exploración psicopatológica	Funcionamiento cognoscitivo, síntomas psiquiátricos, alteraciones del comportamiento
- Exploración somática	Exploración neurológica
- Analítica	Hematimetría completa, bioquímica sérica (ionograma, glucemia, enzimas hepáticas), bioquímica de orina, pruebas de función tiroidea, vit. B12, folatos, serología de lúes y VIH
- Radiografía de tórax	- ECG

- EEG	- TAC craneal
-------	---------------

Tomado de the epidemiology of Alzheimers, 1990

La Enfermedad de Alzheimer comienza típicamente con pérdida de memoria, seguida de cambios en el carácter o en la afectividad. La desorientación, como consecuencia de la amnesia, también aparece relativamente pronto, seguido de afectación del lenguaje - afasia nominal -, mientras que las dispraxias y el deterioro del pensamiento y la capacidad de juicio aparecen más tardíamente. La demencia vascular, secundaria a múltiples infartos cerebrales, tiene típicamente un comienzo más brusco, con síntomas y signos de tipo neurológico, así como con afectación de tipo emocional precoz, seguido de un deterioro escalonado típico, que se contrapone al deterioro progresivo e inexorable de la enfermedad de Alzheimer. En ambos tipos de demencia tienen una gran importancia los síntomas de tipo psiquiátrico, como apatía, agresividad, deambulación incontrolada, insomnio, agitación, depresión o delirios.

#### ❖ Tratamiento de la demencia

Para Martínez Lage (1998) el tratamiento de los síndromes demenciales, debe de abarcar cinco modalidades fundamentales. En primer lugar la prevención de factores de riesgo, más notable en el caso de la demencia vascular, a través del control de la HTA y de otras medidas tendentes a evitar el daño vasculocerebral, como el empleo de antiagregantes o de bloqueadores de los canales de calcio.

En segundo lugar, nos encontramos con las terapias que desde un punto de vista rehabilitador tratan de enlentecer la progresión de la enfermedad, mediante la estimulación y el aprendizaje de técnicas que permitan aumentar la "reserva cerebral".

El tercer lugar, estaría ocupado por las sustancias que mejoran el funcionamiento cognitivo. Tradicionalmente se han empleado sustancias

conocidas como agentes nootrópicos, con un pretendido efecto de mejora del metabolismo cerebral pero con escasa o nula eficacia clínica demostrada. Sin embargo, recientemente se han realizado descubrimientos basados en la teoría colinérgica de la memoria, demostrándose la importancia de este sistema de neurotransmisión en la producción del déficit mnésico. Finalmente, se ha llegado a la comercialización de los primeros fármacos con una eficacia clínica pequeña pero significativa en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, siguiendo una línea de trabajo similar a la que se llevó a cabo cuando se descubrió que la enfermedad de Parkinson estaba relacionada por un déficit dopaminérgico.

En cuarto lugar, tienen un papel muy destacado para el tratamiento de la demencia los fármacos psicótropos, como antidepresivos, neurolépticos y benzodiacepinas. Este hecho se debe a la presentación frecuente de síntomas psiquiátricos en el curso de los síndromes demenciales del anciano, especialmente síntomas depresivos, insomnio, síntomas psicóticos como alucinaciones o ideación delirante, y trastornos del comportamiento, como agresividad, fugas o deambulación incontrolada. De hecho, con frecuencia estos síntomas afectan más a la calidad de vida del paciente y de sus familiares que el propio deterioro cognitivo, y condicionan con frecuencia la institucionalización del paciente.

Por último, el tratamiento de los síndromes demenciales en el anciano no puede olvidarse de los familiares y cuidadores de los pacientes. A lo largo de los últimos quince años se ha producido un gran aumento de los estudios científicos acerca de las consecuencias del cuidado de pacientes ancianos aquejados de síndromes demenciales sobre las personas que lo ejercen. Como resultado de esta labor, contamos con evidencias bien documentadas acerca de las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener sobre la salud física y psíquica, las actividades sociales, y los recursos económicos del cuidador.

### 1.9.2 Delirium

El delirium es un síndrome orgánico cerebral causado por uno o varios factores que dan lugar a una disfunción cerebral global. Los factores orgánicos son principalmente de cuatro tipos: enfermedades primarias cerebrales, enfermedades sistémicas que afectan al cerebro, agentes tóxicos exógenos y la abstinencia de sustancias que producen dependencia (Tabla 3). Los estudios sobre factores desencadenantes en ancianos encuentran con frecuencia agentes como fármacos, trastornos metabólicos, infecciones, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca y cáncer. Entre los factores precipitantes se encuentran la edad, el daño cerebral previo, o la presencia de enfermedades degenerativas, como la enfermedad de Alzheimer. De hecho, no es raro que un cuadro de delirium ponga de relieve una demencia subyacente que hasta entonces había pasado desapercibida.

**Tabla 3.** Causas de confusión aguda en el anciano.

- Enfermedad Cerebral Primaria	Hematoma subdural, ACVA, arteritis temporal
- Intoxicación	Fármacos (anticolinérgicos, ansiolíticos, hipnóticos, Alcohol
- Abstinencia	Alcohol, benzodiazepinas
- Cardiopulmonares	IAM, insuficiencia cardiaca, arritmias, embolismo pulmonar, postcirugía
- Enfermedades sistémicas	Infección: vías urinarias, neumonía Desequilibrio hidroelectrolítico: deshidratación, equilibrio ácido-base, alteraciones Ca, Na, K o Mg Alteraciones metabólicas: hipoxia, hipoglucemia, insuficiencia renal o hepática, déficits vitamínicos, disfunción tiroidea o paratiroidea Anemia

Tomado de Serna I, 1996

Clínicamente, el delirium es un cuadro de inicio brusco y curso fluctuante, con empeoramiento típico durante la noche o al atardecer. Los rasgos clínicos más destacables son la alteración de la atención/concentración y la desorganización del pensamiento.

El paciente experimenta una disminución de la capacidad de mantener la atención a los estímulos ambientales y de la capacidad de variar su centro de atención de un grupo de estímulos a otro. El pensamiento está desorganizado,

y en consecuencia, también el lenguaje, que se vuelve prolijo y con pérdida de meta.

Otros síntomas que pueden aparecer son alteración del nivel de conciencia, alucinaciones, alteraciones motoras como agitación o inhibición, delirios, desorientación y deterioro de la memoria reciente, así como alteraciones emocionales (ej. miedo, ansiedad, irritabilidad, ira) y trastornos del comportamiento (ej. agresividad, intentos de quitarse sondas o vías, etc.)

El síndrome de confusión aguda o delirium es uno de los trastornos más frecuentes en los ancianos. Puede presentarse en cualquier edad; sin embargo, es más frecuente en ancianos debido a la mayor disminución de la "reserva cerebral", especialmente por la preexistencia de demencia.

La frecuencia del delirium entre la población anciana es difícil de estimar, ya que son muchos los episodios que no se detectan debido a su brevedad. La mayor parte de las estimaciones sobre su prevalencia van del 15 al 25% en unidades médicas y quirúrgicas, especialmente en la recuperación de cirugía cardiovascular.

#### ❖ Tratamiento del delirium

Para Sánchez Ayala (2002) el tratamiento consiste en identificar los factores causantes, manteniendo la seguridad del paciente. Todas las medicaciones con riesgo de causar delirium deben ser suspendidas temporalmente. Debe establecer la adecuada estimulación sensorial, asegurando la luminosidad durante el día y la oscuridad y el silencio durante la noche. La presencia de un familiar en la habitación para reorientar y reasegurar al paciente es de gran ayuda.

De forma general, en caso de que sea necesario el empleo de fármacos, se deben de emplear dosis bajas de un neuroléptico de gran potencia, como el haloperidol. Las benzodiazepinas u otros hipnóticos pueden ser de utilidad de forma sinérgica para regular el ritmo de sueño, pero se debe recordar el efecto paradójico que a veces poseen estos agentes.

En caso de delirium producido por la abstinencia de tóxicos, las benzodiacepinas y el clormetiazol son fármacos de gran utilidad. De la misma manera, en caso de delirium inducido por sustancias anti colinérgicas, puede ser de utilidad la fisostigmina.

### 1.9.3 Depresión

La depresión y la edad geriátrica se consideran íntimamente unidas. Para algunos autores este punto de vista se ve justificado por el gran número de pérdidas al que deben hacer frente los ancianos, y no es difícil encontrar referencias que lo apoyan. Por ejemplo, la frase de Burton “después de los 70 años, todo es preocupación y dolor...” que viene en su Anatomía de la melancolía, publicado hace aproximadamente 300 años.

El hecho de que la depresión sea una de las causas más frecuentes de atención médica, pueda tratarse de un modo efectivo y existan indicios epidemiológicos de déficit en su detección, hacen del trastorno una de las alteraciones centrales en la psicopatología del anciano.

No es frecuente que la depresión aparezca por primera vez después de los 60 años, aunque la mayoría de las depresiones graves tras cumplir dicha edad son recaídas. En la población anciana, la depresión con regularidad se diagnostica mal, o no se reconoce, o queda enmascarada por síntomas somáticos o por deterioro cognoscitivo. La depresión no tratada puede tener consecuencias dramáticas, como la institucionalización, enfermedades físicas, deterioro psicosocial o el suicidio (Franco, M., 1996).

Para hacer un diagnóstico acertado de la depresión en los ancianos se debe de tomar en cuenta dos criterios: 1) Ausencia de causa orgánica iniciadora o mantenedora del cuadro depresivo, y 2) Trastorno no debido a una reacción de duelo normal ante la pérdida de un ser querido.

Se ha observado que existen múltiples variables que pueden disparar la depresión entre los adultos mayores, por ejemplo, el desempleo, vivir en zonas

urbanas, estar separado, soltero, o divorciado, sin pareja (Vázquez, C. 1995), sin embargo, la salud física es el detonante principal para disparar la depresión en los ancianos (Murrel, 1983).

Para Vázquez y Sani (1991) los trastornos depresivos se pueden confundir con otros trastornos psicopatológicos en los que pueden existir también síntomas depresivos intensos, como pueden ser:

a) El trastorno maniaco depresivo, en estos casos el episodio depresivo, cuando aparece, es prácticamente indistinguible del que se da en las depresiones mayores,

b) Alcoholismo, algunos alcohólicos tienen una historia de trastorno afectivo y la ingesta puede ser una respuesta, un modo inadecuado de “enfrentamiento” de síntomas depresivos,

c) Duelo, el duelo no complicado puede incluir tanto síntomas depresivos como somáticos y cognitivos, sin embargo, a pesar de que existen muchos tópicos sobre como los seres humanos reaccionan ante desgracias irreparables, lo cierto es que solo un 17% de las personas que han perdido a un esposo(a) o alguien muy cercano están clínicamente deprimidas un año después (Clayton, 1974).

Igualmente, a los treinta días de la muerte del esposo, un 88% de las personas que enviudan se sienten tristes. Pero solo un 35% presenta depresión diagnosticable con criterios operativos estrictos (Wortman y Silver, 1989).

d) Demencias, este tipo de enfermedades están todavía incluidas dentro de las clasificaciones de los trastornos mentales, ya que cursan con muchos síntomas psicológicos y aun no existen pruebas diagnosticas de laboratorio sensibles que permitan detectar este trastorno.

En ocasiones, un trastorno diagnosticado como depresión puede ser en realidad, una demencia (seudodepresión), otras veces, un cuadro que inicialmente tiene el aspecto de una demencia (pérdida significativa de memoria, dificultad para mantener la atención, labilidad emocional, etc..) sea en realidad un trastorno afectivo (seudodemencia). Se ha demostrado que, en algunos estudios, hasta un 50% de los diagnósticos de demencia eran en realidad depresiones (Vázquez, C. 1995).

Existen evidencias de que la prevalencia de depresión es mucho mayor entre los ancianos institucionalizados. Aproximadamente, entre el 10-20% de los individuos de edad igual o superior a 60 años ingresados en camas hospitalarias sin deterioro cognitivo tienen una depresión mayor (Cervilla B., J. A. 2001).

La depresión se asocia con frecuencia a las enfermedades médicas en los ancianos. Los síntomas de la depresión en los ancianos pueden ser diferentes de los que aparecen en adultos más jóvenes, lo que acarrea dificultades para el diagnóstico, y conduce a que un elevado porcentaje de depresiones en el anciano carezca del tratamiento apropiado.

Otro problema que aparece con frecuencia es que la depresión en el anciano sea considerada como una consecuencia natural del proceso de envejecimiento o de otras enfermedades concomitantes. Esta falsa convicción conduce a no emplear los tratamientos antidepresivos, que alcanzan actualmente un alto grado de eficacia, de cerca del 70%.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en la población anciana. Tiene una prevalencia del 1-4% en personas de edad superior a 65 años, y origina el 60% de los ingresos psicopatológicos en sujetos ancianos.

Por otra parte, también está presente en el 30% de los pacientes ancianos afectados de enfermedades médicas, agudas o crónicas. Dada su relevancia social y la afectación tan importante de la calidad de vida de los que



la sufren, debería existir una sensibilidad hacia el problema en todos los niveles asistenciales, y especialmente en atención primaria, donde se produce con más frecuencia la solicitud de ayuda médica por parte de los ancianos con depresión (Carrasco, M., 1996).

No existen diferencias muy notables en la clínica de la depresión mayor en el anciano y en adultos más jóvenes. Sin embargo, sí cambia la importancia de determinadas características a la hora de establecer un diagnóstico. Los pacientes ancianos se quejan con menor frecuencia de baja autoestima y sentimientos de culpa, mientras que las quejas somáticas, el deterioro cognoscitivo (ej. memoria, capacidad de concentración) y la fatigabilidad son más comunes.

Por otra parte, el hecho de que algunos fenómenos relacionados con el proceso de envejecimiento se confunden con los síntomas clínicos de la depresión puede conducir a dificultades en el diagnóstico.

Además de los cambios asociados al envejecimiento, el duelo normal ante la muerte de un ser querido también puede confundirse con la depresión. Por otra parte, en ocasiones la depresión en el anciano adopta formas clínicas relativamente poco frecuentes, como las denominadas "depresión psicótica", "depresión enmascarada" o "depresión regresiva", que deben tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico. Resulta especialmente importante el diagnóstico diferencial entre el deterioro cognitivo asociado a la depresión, la denominada "pseudodemencia depresiva", y el causado por un síndrome demencial (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diferencias entre síndrome demencial y depresivo con afectación cognitiva ("pseudodemencia depresiva").

	Depresión	Demencia
Historia y Curso Evolutivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio bien definido.</li> <li>2. Evolución rápida y corta (semanas).</li> <li>3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio insidioso.</li> <li>2. Evolución lenta y larga (años).</li> <li>3. No antecedentes previos.</li> </ol>
Cuadro Clínico	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo.</li> <li>5. Poco esfuerzo en responder.</li> <li>6. Síntomas afectivos presentes.</li> <li>7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>8. Mejoría vespertina.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad.</li> <li>5. Se esfuerza para responder.</li> <li>6. Afecto plano, apatía.</li> <li>7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>8. Empeoramiento vespertino y nocturno</li> </ol>
Exploración	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba ("no se").</li> <li>10. Patrón de déficit incongruente.</li> <li>11. Lagunas de memoria específicas (ej. puntos "sensibles").</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Respuestas intentando disimular el déficit.</li> <li>10. Patrón de déficit congruente.</li> <li>11. No hay lagunas específicas.</li> </ol>

Tomado de Menchon J., 1996

También es importante tener en cuenta que muchas enfermedades somáticas y diversas medicaciones y tóxicos pueden producir síntomas

depresivos; por lo tanto, es necesario efectuar una valoración cuidadosa de los ancianos que presentan síntomas depresivos, incluyendo la utilización de medicaciones y tóxicos, y realizando una cuidadosa exploraciones médica.

Entre las enfermedades somáticas que se asocian con mayor frecuencia con síntomas de tipo depresivo podemos contar los trastornos cardiovasculares, enfermedades del Sistema Nervioso Central, trastornos autoinmunes y anomalías endocrinológicas. También pueden jugar un papel importante la malnutrición, las anomalías electrolíticas, la anemia, la pancreatitis, el dolor crónicos y las enfermedades pulmonares.

Para Ruiz Navarro (1994) existe un gran número de sustancias que pueden producir depresión, como los fármacos antihipertensivos, los analgésicos, y otras muchas sustancias con acción sobre el Sistema Nervioso Central. El empleo de alcohol es una causa frecuente de depresión. La mejor manera de determinar el papel de una determinada sustancia en la etiología de la depresión es llevar a cabo una historia cuidadosa, a fin de constatar si existe una relación temporal entre el empleo del fármaco y la aparición de los síntomas depresivos.

Los síndromes demenciales, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, la demencia en la enfermedad de Parkinson y la demencia multiinfarto, también se asocian con frecuencia a depresión, así como los traumatismos craneoencefálicos. Por último, no debemos olvidar que los factores estresantes de tipo psicosocial y las dificultades económicas prolongadas también pueden causar síntomas depresivos.

A la hora de efectuar un diagnóstico diferencial de depresión en el anciano, también deben tenerse en cuenta los trastornos del sueño. El hecho de que los ancianos requieren normalmente menor tiempo de sueño que las personas más jóvenes pueden confundirse con el despertar precoz propio de la depresión. De nuevo, la historia clínica es fundamental para aclarar este punto, ya que si los trastornos del sueño son posteriores a la aparición de los síntomas depresivos, es muy posible que sean secundarios a la depresión.

Los trastornos del carácter - formas poco adaptativas de relacionarse con el entorno - suelen generar más conflictos en la juventud, pero también continúan haciéndolo en edades avanzadas. Es probable que determinados trastornos de personalidad, como el trastorno dependiente de personalidad, con rasgos como desesperanza y baja autoestima, puedan entorpecer el diagnóstico de la depresión.

Para diferenciar bien ambos trastornos, la herramienta básica es la historia clínica. La presencia de algunos síntomas depresivos, como las alteraciones del apetito y del sueño, puede ser útil a la hora de clarificar el diagnóstico. En ocasiones, conviene realizar una prueba terapéutica para comprobar si el tratamiento mejora los síntomas, lo que apoya la presencia de depresión.

La consecuencia negativa más grave de la depresión es el suicidio. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, especialmente en varones. Las tasas de suicidio en mujeres alcanzan un máximo hacia los 50-60 años, para disminuir más tarde.

Finalmente, para cerrar este subtema se hará mención de que actualmente existen múltiples instrumentos para evaluar la depresión en los ancianos siendo la entrevista, el auto informante, el autorregistro y la observación los más utilizados

#### ❖ Tratamiento de la depresión

Las estrategias para el tratamiento de la depresión deben tener en cuenta la respuesta en episodios previos, la posible presencia de efectos adversos, y las características clínicas del cuadro como elementos básicos de decisión.

Se acepta generalmente que las intervenciones de tipo psicológico, como la psicoterapia individual, familiar y grupal tienen un efecto sumatorio sobre las terapias somáticas y farmacológicas, que se mantienen como el tratamiento de elección para la depresión del anciano, especialmente en caso

de presencia de síntomas vegetativos y psicóticos, de deterioro cognitivo o de trastornos de personalidad.

#### 1.9.4 Insomnio

Actualmente existe un interés creciente por los problemas de salud de las personas mayores y esto ha aumentado también el interés por cómo duermen y los problemas de sueño de los ancianos.

Estudios realizados en Europa y Estados Unidos demuestran en los ancianos un menor número de horas de sueño por las noches y además un menor grado de satisfacción con su sueño.

Se calcula que más de la mitad de las personas mayores que viven en su domicilio y hasta dos tercios de las que padecen enfermedades de larga evolución están afectadas por trastornos del sueño.

Este aumento progresivo de la prevalencia del insomnio con la edad hace que los trastornos del sueño sean reconocidos como uno de los problemas de salud más comunes en la tercera edad.

El envejecimiento biológico está marcado por cambios en los patrones de sueño-vigilia que tienden a reducir la intensidad, profundidad y continuidad del sueño, disminuyendo su calidad e incrementando su vulnerabilidad a otros factores.

Así, los trastornos del sueño en el anciano pueden ser resultado de: a) cambios fisiológicos del envejecimiento; b) trastornos primarios del sueño, algunos de los cuales también pueden estar afectados por la edad; c) trastornos secundarios a una o varias causas dentro de la frecuente pluripatología somato psíquica o de su tratamiento y de los factores psicosociales propios del anciano, y d) una deficiente higiene del sueño.

Esta multiplicidad de causas hace que el diagnóstico diferencial de los trastornos del sueño en el anciano pueda llegar a ser un problema especialmente complejo.

Es por ello que los especialistas de la salud deban de tener en cuenta de manera muy especial la valoración y el tratamiento de los trastornos del sueño en la tercera edad, puesto que producen un alto grado de estrés subjetivo así como un riesgo de posibles caídas e incluso la muerte, lo cual aumenta las posibilidades de institucionalización y cuidados a largo plazo, y deteriora, en suma, su calidad de vida y su capacidad cognitiva funcional.

Las quejas de sueño inadecuado son muy comunes entre los ancianos, y plantea numerosos problemas de diagnóstico. Cerca del 35% de los ancianos presenta problemas relacionados con el sueño, especialmente de insomnio. El diagnóstico diferencial del insomnio en el anciano comprende las siguientes entidades:

a. Cambios en el sueño con la edad.

El envejecimiento se asocia con un descenso en la calidad y en la cantidad de sueño. Esos cambios han sido bien documentados en individuos sanos. Estudios polisomnográficos demuestran que los ancianos tienen más dificultades para quedarse dormidos, se despiertan con frecuencia por la noche y están menos tiempo dormidos, y permanecen despiertos periodos de tiempo cada vez más largos.

A su vez, se despiertan muy temprano por las mañanas, lo cual es una queja muy común en la vejez junto con la tendencia a dormirse antes por la noche y a padecer somnolencia diurna y pasar más tiempo en cama y dormitando.

b. Insomnio asociado con enfermedades mentales.

Prácticamente todos los trastornos psiquiátricos - demencia, delirium, depresión, ansiedad, trastornos psicóticos - pueden producir insomnio, así como las reacciones de adaptación a acontecimientos vitales estresantes.

c. Insomnio asociado a enfermedades somáticas.

Las enfermedades somáticas asociadas a dolor crónico (ej. artritis reumatoide), a dificultades respiratorias (ej. EPOC, insuficiencia cardiaca), o a obstrucción urinaria (ej. prostatismo, infecciones urinarias crónicas), pueden producir insomnio con gran frecuencia. También pueden dar lugar a insomnio la mioclonía del sueño y la apnea del sueño.

d. Insomnio asociado con tratamientos.

Los agentes simpaticomiméticos (ej. descongestionantes y broncodilatadores), las xantinas, algunos antidepresivos (ej. fluoxetina) y sustancias como la cafeína pueden interferir con el sueño, especialmente si se consumen por la tarde.

e. Insomnio relacionado con trastornos de la respiración

Por ejemplo, la apnea del sueño

f. Mioclonus nocturno

Movimientos o sacudidas periódicas de las piernas que alteran el sueño.

g. Insomnio Primario.

Si todas las causas anteriores se han descartado, nos encontramos frente a un insomnio primario.

❖ Tratamiento del insomnio

El tratamiento del insomnio debe ir encaminado en primer lugar a eliminar las posibles causas. En cualquier caso, antes de iniciar cualquier tratamiento se deberá optimizar el cumplimiento de las normas de higiene del sueño.

Los métodos de relajación pueden emplearse con buenos resultados cuando el paciente ha desarrollado un insomnio condicionado, en el que la

propia expectativa del sueño favorece la aparición de ansiedad que impide el sueño.

En cuanto al empleo de sustancias hipnóticas, existen varios fármacos disponibles, pero se deben emplear con precaución. Si se analiza la relación riesgo/beneficio, se deben establecer unas pautas concretas para la utilización de fármacos hipnóticos en el anciano.

El tratamiento farmacológico del insomnio no complicado se basa normalmente en el empleo de benzodiacepinas (BZD), las cuales son los hipnóticos de mayor utilización, pese a sus inconvenientes. La mayoría de ellos se deben a que los ancianos tienen una hipersensibilidad no explicada a estos fármacos.

#### 1.9.5 Ansiedad

La ansiedad es un síntoma relativamente menos frecuente en ancianos que entre sujetos más jóvenes, especialmente las formas de comienzo a edad avanzada. Quizás por ello han recibido poca atención en la literatura especializada, aunque diversos estudios epidemiológicos establecen que hasta un 20% de la población mayor de 65 años puede presentar síntomas patológicos de ansiedad.

En cuanto a la forma clínica de los trastornos de ansiedad en el anciano, la más frecuente son los trastornos de ansiedad generalizada, que pueden alcanzar hasta el 5% de la población, y los trastornos de adaptación a circunstancias estresantes y adversas, frecuentes en la vejez.

Otro factor que afecta al reconocimiento de la ansiedad entre los ancianos es la abundancia de síntomas somáticos de ansiedad. Esta ansiedad "somatizada", que se traduce en una queja o en una demanda de atención a nivel somático, generalmente a un médico no especialista, suele pasar fácilmente inadvertida.

Por otra parte, en los ancianos abundan más que en sujetos más jóvenes las formas de ansiedad asociadas a enfermedades médicas (Tabla 5),



lo que siempre debe tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico. Por otra parte, no debemos olvidar que la ansiedad acompaña con frecuencia casi a cualquier tipo de trastorno psicopatológico, pero de forma especial en el anciano a las demencias y a los trastornos depresivos.

También tener en cuenta la posibilidad de que los síntomas de ansiedad se deban a un miedo justificado. Existen numerosas situaciones en la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades y en ancianos que viven solos, que pueden causar miedo e inseguridad a las personas mayores, especialmente las amenazas a su seguridad personal.

**Tabla 5.** Causas somáticas de ansiedad en ancianos.

- Cardiovasculares	IAM, prolapso mitral, taquicardia paroxística atrial, arritmias
- Dieta	Cafeína, déficit vitamínico
- Uso de sustancias	Acatisia, anticolinérgicos, antihipertensivos, digitalismo, abstinencia (alcohol, bzd), intoxicación.
- Endocrinológicos	Insulinoma, feocromocitoma, hiper/hipotiroidismo, hipo/hipercalcemia, síndrome carcinoide, enfermedad de Cushing, menopausia, síndrome premenstrual.
- Hematológicas	Anemia
- Inmunológicas	LED
- Neurológicas	Epilepsia del lóbulo temporal, demencias, tumores del III ventrículo, TCE, infecciones
- Pulmonares	EPOC, neumonía, hipoxia

Tomado de Flint, A., 1994

## ❖ Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento comprende tanto terapias no farmacológicas como farmacológicas. Aunque las primeras han sido tradicionalmente poco empleadas en pacientes ancianos, los escasos datos existentes permiten suponer que mantienen su eficacia en sujetos mayores. Ejemplos de estas terapias son la relajación, la reestructuración cognitiva y otras terapias cognitivo-conductuales así como terapias breves centradas en el problema de inspiración psicodinámica.

En cuanto a las terapias farmacológicas, durante muchos años se emplearon las benzodiazepinas como las sustancias de elección en este tipo de trastornos. Sin embargo, en la década de los ochenta una serie de trabajos pusieron de relieve los peligros que entrañaba el tratamiento prolongado con esta sustancia, particularmente en los ancianos (Evans, S., 1995).

Entre estos destacaban el riesgo de dependencia, con la aparición de síndromes de abstinencia y fenómenos de tolerancia, la afectación del rendimiento cognitivo y la aparición de sedación excesiva, con riesgo aumentado de caídas.

Posteriormente, se ha reconocido el papel que todavía pueden jugar estas sustancias en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque existe un acuerdo generalizado en que los tratamientos deben ser breves (alrededor de 6 semanas como máximo), puesto que los efectos adversos se asocian casi indefectiblemente a los tratamientos prolongados o indefinidos.

Las benzodiazepinas son especialmente útiles en las reacciones de adaptación ante estrés agudo, y están menos indicadas en pacientes con síntomas crónicos de ansiedad. En cuanto al tipo de sustancia, se recomienda emplear benzodiazepinas de vida media intermedia, como el bromacepan, oxacepan, loracepan y alprazolam.

### 1.9.6 Abuso de alcohol y otras sustancias

En nuestro entorno social el alcoholismo es uno de los problemas más importantes de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad, además de su notable impacto económico.

El fenómeno de la dependencia de sustancias se encuentra asociado a la población joven, aunque estos problemas se producen en cualquier grupo de edad.

El trastorno por uso de sustancias, en particular por alcohol e hipnosedantes, constituye un fenómeno creciente entre los adultos mayores de 60 años. Sin embargo, esta situación sigue subestimada, mal identificada y mal diagnosticada y, por todo ello, poco valorada (San Molina, L. 2001).

Hasta hace relativamente poco tiempo el trastorno por el uso de sustancias en personas ancianas no era contemplado en la bibliografía científica relacionada con las toxicomanías como con la gerontología.

La bibliografía médica reciente demuestra que el alcohol y la dependencia de drogas constituyen un problema de salud pública de proporciones moderadas en el anciano.

Sin embargo, los médicos han tardado en reconocer estos problemas, en parte debido a la opinión errónea propuesta en varios artículos durante la década de 1960, de que estos trastornos se observaban en raras ocasiones a partir de los 40 años.

Se pensó que los alcohólicos y los adictos a drogas podían morir prematuramente o recuperarse de manera espontánea, y que el comienzo tardío de la adicción era raro. Entrenados en esta opinión, los médicos no esperaban encontrar esas alteraciones en personas ancianas.

Para complicar más este problema está el hecho de que los síntomas del abuso de sustancias en el anciano pueden simular síntomas de otras enfermedades médicas y de alteraciones del comportamiento, lo que conduce a errores diagnósticos (Atkinson, M., Roland., 2001).

En los ancianos, el abuso de sustancias no está bien definido ya que para algunos autores bien puede ser los sedantes (San Molina, 2001) y para otros el uso del tabaco (Atkinson, M., Roland., 2001) o bien el uso de alcohol.

Los factores predisponentes son similares en todas las edades. Los que pueden incrementar el nivel de exposición y de consumo de una sustancia y de esta forma establecer las etapas de abuso o dependencia en algunos individuos, incluyen: factores demográficos, enfermedades crónicas para las cuales, a menudo, se prescriben regularmente sustancias controladas; institucionalización a largo plazo en establecimientos para el cuidado de ancianos, y varios factores psicológicos y sociales, en especial afectividad negativa asociada con pérdidas y soledad.

Los geriatras han atribuido el problema del consumo de sustancias en la etapa tardía de la vida a pérdidas importantes y otras tensiones de la vida, pero no es fácil determinar si un acontecimiento particular de la vida es la consecuencia o la causa del abuso de sustancias (Atkinson, M., Roland., op. cit.).

Entonces, se dice que el trastorno más frecuente es el abuso o dependencia de fármacos hipnosedantes cuya fuente de obtención suele ser el colectivo médico.

El consumo de esta clase de sedantes-hipnóticos ha sido habitual durante los últimos 40 años debido a su relativa seguridad y eficacia en el tratamiento del insomnio y la ansiedad.

Otro de los trastornos por uso de sustancias de mayor prevalencia en la población anciana es el abuso o dependencia de alcohol con características diferenciales cuando aparece en este grupo poblacional.

La estimación del consumo de alcohol en la tercera edad resulta más difícil por las propias limitaciones socioculturales planteadas en cuanto al consumo de la población general, y en segundo lugar, porque se dispone de pocos datos sobre estudios comparativos de consumo en subgrupos específicos de población, entre los que se encuentran los ancianos.

Así, los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la vejez, sobre todo los de comienzo tardío, a menudo se describen en la bibliografía geriátrica como una consecuencia de pérdidas tardías y otras tensiones de la edad.

Personas con aumento de los problemas con el alcohol asociados a pérdidas importantes son frecuentes en la práctica clínica. Una vez establecido un patrón de consumo excesivo de alcohol, la desaparición de estados afectivos negativos (p. ej., depresión, tristeza, aburrimiento, ira, tensión) puede disparar episodios repetitivos de consumo de bebida.

Por otro lado, el uso de drogas ilegales como la marihuana (cannabis), la cocaína o la heroína no es frecuente en la población geriátrica, en estudios realizados (Epidemiologic Catchment Area, ECA) se observó que la dependencia de drogas ilegales era menor que en la población general.

En otras palabras, el abuso de drogas ilegales en ancianos es poco común, solo se suele hallar en los criminales y adictos a largo plazo de heroína. Esporádicamente, se observa un fenómeno reciente de abuso de sustancias en personas mayores susceptibles a la influencia de las personas queridas jóvenes que si son consumidoras.

El consumo de drogas ilegales puede deteriorar el funcionamiento social y exponer a riesgos legales y de salud.

La adicción al opio es la forma de abuso que más se ha estudiado en los ancianos, principalmente en los países europeos; habitualmente, los adictos son hombres cuya adicción es de muchos años, lo que los conduce a una vida de aislamiento social y a ser reservados acerca de su consumo.

Por último, la dependencia al tabaco es el trastorno más común en los ancianos, aunque es menos probable que fumen los ancianos comparados con los adultos jóvenes. Actualmente no se hacen los esfuerzos necesarios para establecer el diagnóstico y, posiblemente, esto explique que la incapacidad médica y la mortalidad en el anciano sean mayores que el abuso de todas las demás sustancias combinadas.

Debido a su baja toxicidad conductual, sin embargo, la dependencia del tabaco ha tenido poco interés para los psiquiatras. El consumo compulsivo de tabaco tiene sus raíces, no obstante, en un patrón de comportamiento anormal que merece la atención de los profesionales de la salud mental (San Molina, L., op.cit).

En resumen, la negación del abuso de sustancias es frecuente en personas afectadas de todas las edades. Las razones para esto incluyen la amnesia inducida por las sustancias debido a episodios de intoxicación, vergüenza por la dependencia del alcohol o drogas, pesimismo sobre la recuperación y, por supuesto, el deseo de continuar con su uso (Atkinson, M., Roland., op. cit.).

#### ❖ Tratamiento del uso de alcohol y otras sustancias

Actualmente no existe unanimidad de criterio sobre si debe de ser la abstinencia total, el consumo moderado o la reducción del daño producido por el alcohol.

Para San Molina (2002) el éxito del tratamiento no sólo debe de valorarse por el consumo de alcohol, sino que deben considerar otras variables

como la mejora en el estado orgánico o psicológico, la calidad de vida o el funcionamiento en general.

Cualquier intervención que aumente la posibilidad de que una persona con un problema de alcohol o de otro tipo inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional.

Desde el punto de vista farmacológico, estos pacientes pueden precisar un tratamiento de desintoxicación o de mantenimiento para disminuir el deseo de consumo hacia el alcohol.

Es decir, las personas mayores pueden beneficiarse de estos fármacos con la precaución de adaptar las dosis a su edad y de tener presentes las posibles interacciones farmacológicas con otros tratamientos concomitantes por problemas orgánicos asociados.

El objetivo del tratamiento del abuso de sustancias en el anciano consiste en estabilizar y reducir el consumo de sustancias, en el tratamiento de los problemas concomitantes y la preparación de intervenciones psicológicas y sociales apropiadas para reducir los riesgos de recaídas (Atkinson, R., 2005).

El tratamiento de los problemas concomitantes puede ser un paso crucial, sobre todo cuando el dolor crónico, el insomnio crónico o un trastorno del humor han sido el factor principal para el mantenimiento de la dependencia de la sustancia o cuando existen complicaciones médicas graves causadas por el abuso de sustancias (Atkinson., op. cit.)

Las intervenciones psicosociales varían desde planes informales, acuerdos para un aumento de las visitas de seres queridos o la inscripción en un programa de actividades para jubilados o un centro de día, a intervenciones formales, admisión en un programa de abuso de sustancias para jubilados o en una residencia para su cuidado.

## CAPITULO 2 DEMENCIA

### 2.1 Concepto

La palabra demencia deriva del latín de (ausencia de) + mens (mente) + ia (estado de), lo que literalmente sería un estado de privación o falta de mente de uno mismo, (Myron F. Weiner).

Para Burns (2005) la palabra demencia procede de la palabra latina demens, que significa, literalmente, sin juicio.

Apareció por primera vez en el diccionario popular de Blancard en 1726 (Blancard, 1726), definida como “la extinción de la imaginación y el juicio”.

El adjetivo, demenciado, se recogió por primera vez en el Oxford English Dictionary de 1644.

Esta enfermedad se caracteriza por ser de naturaleza crónica y/o progresiva, en la que existe déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (Martínez Lage, 1996). En ella encontramos una reducción o alteración de múltiples capacidades cognitivas (incluyendo la memoria) suficiente para interferir en el propio cuidado, en el trabajo o en las relaciones sociales (Myron F. Weiner).

### 2.2 Antecedentes históricos

El término “demencia” fue utilizado por varios autores a lo largo de la historia, pero su sentido ha ido cambiando. En el siglo I a. C. el poeta romano Lucrecio lo usó en su obra *De rerum natura* con el sentido de “locura” o “delirio”. Cicerón (106-43 a. C.) contemporáneo de Lucrecio en su ensayo *De Senectute* ya mencionaba que la pérdida de memoria en el anciano es una enfermedad cerebral que va acompañada de deterioro cognitivo y conducta anormal.

En el siglo I a.C. Celso, en su *Enciclopedia*, hace mención de la palabra Demencia en un contexto médico. Cien años después, Areteo de Capadocia, habla ya de Demencia Senil.



Tuvieron que pasar varios siglos hasta que en el siglo IV d. C. Oribasio describió la atrofia cerebral dando un origen mas específico a la enfermedad.

Pablo de Aegina, siglo VII, separo el deterioro cognitivo debido a demencia del de la demencia que acompaña al retraso mental.

En la Edad Media los médicos del Islam tuvieron terminología y conceptos semejantes a los utilizados por los grecorromanos para diferenciar la demencia de otras enfermedades.

A finales del siglo XVIII, los trastornos cognitivos ya estaban claramente identificados, existiendo una buena descripción de los principales síntomas y signos de estos trastornos y se identifico la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque no se diferenciaban aun como entidades autónomas los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos.

Es entonces que la palabra demencia empieza a aparecer en diccionarios y enciclopedias (Blancard, 1726) ya como una definición medica que se distingue de otras enfermedades mentales como la manía y el delirio, siendo Philippe Pinel quien, en el siglo XVIII, uso el termino amentia y morosis para referirse a los trastornos cognitivos (comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, oscurecimiento del juicio) en los ancianos.

Esquirol dio una aproximación descriptiva de las demencias, sin discutir las causas que la originan (Des Malaladies Mentales, 1838), hizo la distinción entre demencia y retardo mental. Este autor y varios de sus discípulos enfatizaron la variedad clínica de estos cuadros, variabilidad y matices que hacen difícil elegir un síntoma distintivo para describir la demencia.

Emil Kraepelin (1845) al estudiar cerebros de pacientes con demencia, localizo que algunos de ellos presentaban infartos que atribuyo a procesos arterioscleróticos y otros que solo tenían atrofia cortical, utilizo el término de “demencias orgánicas” para designar todas aquellas psicosis originadas por alguna enfermedad del sistema nervioso central, dando inicio a una definición más significativa de la palabra demencia, siendo también el que dio nombre a

la demencia más conocida y estudiada en los últimos años, la enfermedad de Alzheimer.

Hacia 1900 (Burns op. cit.) se describieron tres tipos de demencia: senil, arteriosclerótica y subcortical. Otros trastornos relacionados incluían la parálisis general de la locura, la demencia precoz y el deterioro cognitivo asociado a la psicosis funcional (depresión y manía, conocidas como demencias vesánicas, que después pasaron a denominarse pseudodemencias).

Alois Alzheimer (1906) describió en base a un caso clínico de una mujer de 51 años que desarrollo, en un periodo breve de tiempo y de modo progresivo, pérdida de memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia, parafasias y manía persecutoria. Al estudiar el cerebro de esta paciente observo la presencia de neurofibrillas (ovillos neurofibrilares) y de depósitos de una sustancia anómala(amiloide) que asoció a una marcada perdida de neuronas en la corteza cerebral, estas degeneraciones neurofibrilares son propias de la ancianidad normal y la enfermedad de Alzheimer las comparte conjuntamente con otras alteraciones.

La presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles en la demencia había sido descrita cinco meses antes (Fuller, 1907) y desde hacia veinte años se sabía que las placas se asociaban a la demencia (Beljahow, 1889). Las ideas delirantes y alucinaciones habían sido descritas junto con el deterioro cognitivo (Marcé, 1863).

Binswanger (1894) fue el primero en descubrir la asociación entre la encefalopatía vascular subcortical progresiva con signos focales y las lesiones en la sustancia blanca cerebral

A principios del siglo XX se clasificó a todas las demencias bajo el titulo de trastornos mentales de la arteriosclerosis cerebral. Fue hasta 1950 que el tema de las demencias crece a grandes pasos existiendo un gran auge de investigación científica. Se forman grupos interdisciplinarios que tratan de diferenciar la demencia de otras enfermedades.

Actualmente los estudios científicos se han centrado en investigar las causas de la enfermedad de Alzheimer y en la demencia senil, existiendo un sinnúmero de publicaciones que hablan del tema.

Para Alberca (1998) “la demencia es un síndrome con diferentes causas etiológicas, que comprendes desde procesos degenerativos primarios del SNC hasta trastornos vasculares, tóxicos, traumatismos craneales, tumores, etc., y en ocasiones múltiples factores”.

Así, “el paradigma para el estudio de las demencias ha cambiado radicalmente y hoy las demencias ya no son vistas como una enfermedad sino como síndromes producidos por numerosas enfermedades” (Martínez, 2000).

### 2.3 Factores de riesgo

Se entiende por factor de riesgo toda aquella circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad, dentro de la demencia se han identificado múltiples factores causantes de la misma, algunos son modificables y otros no lo son, los investigadores médicos han detectado los siguientes:

**La edad:** El riesgo de adquirir la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y varios otros tipos de demencia aumenta significativamente con la edad avanzada.

**La genética:** Se han descubierto varios genes que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Aunque se considera que las personas con un historial familiar de la enfermedad de Alzheimer tienen un riesgo más alto de desarrollar la enfermedad, muchas personas con historial familiar nunca desarrollan la enfermedad, y muchas sin un historial familiar de la enfermedad sí la adquieren. En la mayoría de los casos, actualmente es imposible predecir el riesgo que corre una persona específica de desarrollar el trastorno basado solamente en su historial familiar. Algunas familias con insomnio familiar fatal tienen mutaciones en el gen de la proteína prión, aunque estos trastornos también pueden ocurrir en personas que no poseen la mutación en el gen. Las personas cuyos genes poseen estas mutaciones

corren un riesgo significativamente más alto de desarrollar estas formas de demencia. Los genes anormales claramente también son factores de riesgo en la enfermedad de Huntington, así como en varios otros tipos de demencia.

El fumar y el uso de alcohol: Varios estudios han hallado que fumar aumenta de manera significativa el riesgo de padecer de disminución mental y de demencia. Las personas que fuman tienen un riesgo más alto de arterosclerosis y otros tipos de enfermedades vasculares, lo que podrían ser las causas subyacentes para un aumento del riesgo de demencia. Los estudios también han encontrado que ingerir grandes cantidades de alcohol parece aumentar el riesgo de demencia. Sin embargo, otros estudios sugieren que las personas que ingieren alcohol de manera moderada corren un riesgo menor no sólo que las personas que toman alcohol en exceso, sino también menor que las que se abstienen completamente.

La arterosclerosis: Se le define como la acumulación de placas – depósitos de sustancias grasosas, colesterol y otras materias – en el revestimiento interno de una arteria. La arterosclerosis presenta un riesgo significativo para la demencia vascular porque interfiere con el suministro de sangre al cerebro y puede causar un accidente cerebro vascular. Los estudios también han hallado una posible conexión entre la arterosclerosis y la enfermedad de Alzheimer.

El colesterol: Niveles altos de la lipoproteína de baja densidad, el llamado “colesterol malo” parecen aumentar de manera significativa el riesgo de desarrollar una demencia vascular. En algunos otros estudios también se ha encontrado que un alto nivel de colesterol aumenta el riesgo de adquirir la enfermedad de Alzheimer.

La plasma homocistena: La homocisteína es un tipo de aminoácido. Las investigaciones han revelado que el tener un nivel de homocisteína en la sangre más elevado que lo corriente aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

La diabetes: Se encuentra presente en la enfermedad de Alzheimer y también es un factor de riesgo para la arterosclerosis y los accidentes cerebro vasculares, estas dos enfermedades contribuyen a la demencia vascular.

El deterioro cognitivo leve: Si bien no todas las personas con un deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia, las personas con esta condición sí tienen un riesgo significativamente más alto de desarrollar la demencia comparado con el resto de la población. En un estudio se encontró que aproximadamente el 40% de las personas mayores de 65 años diagnosticadas con un deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia dentro de un período de tres años.

El síndrome de Down: Los estudios han encontrado que la mayoría de las personas con síndrome de Down desarrollan las características placas y enredos neurofibrilares al llegar a la mediana edad. Muchas pero no todas, también desarrollan síntomas de demencia.

## 2.4 Epidemiología

La epidemiología es el estudio de la distribución de las enfermedades en la población, e incluye la investigación que describe con qué frecuencia aparecen las enfermedades en la población y los efectos de éstas en la supervivencia y la mortalidad.

También incluye el estudio de diferentes subgrupos de la población que tienen un mayor o menor riesgo de desarrollar enfermedades. Esta investigación acerca de los factores de riesgo y de los protectores puede ser utilizada con una finalidad preventiva, ya que éste es el principal objetivo de la epidemiología.

La contribución de la epidemiología a la demencia ha tenido lugar a dos niveles. En primer lugar, destacando el número de personas afectadas por el trastorno y, en segundo lugar, descubriendo los factores de riesgo para su desarrollo utilizando una metodología con casos y controles.

El anciano se ve afectado por diversas demencias. Sin embargo, la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular son las más frecuentes y el principal objetivo de las investigaciones epidemiológicas.

Los estudios epidemiológicos en diferentes países coinciden en la prevalencia de que éstos dos tipos de demencia, Alzheimer y demencia vascular, aumenta de forma exponencial a partir de los 65 años. La edad es factor de riesgo pero también influye el sexo, en las mujeres es más frecuente la enfermedad de Alzheimer y en los hombres las demencias vasculares.

En los países occidentales prevalece la enfermedad de Alzheimer como la más frecuente y a muy poca distancia la demencia vascular, no siendo así en la ex Unión Soviética y en Japón donde predomina la demencia vascular.

Estudios realizados en los Estados Unidos (Brokmeyer et al., 1998) demostraron que la enfermedad de Alzheimer se encontraba presente 2.32 millones de personas, en una publicación del Gobierno Federal (Federal Interagency Forum, 2000) estimo que en el año 2000 existían aproximadamente 35 millones de americanos de 65 años o más con algún tipo de demencia.

En México no existe un conteo detallado del número de pacientes que padezcan algún tipo de demencia pero se puede inferir que al menos existen 500 000 pacientes con enfermedad de Alzheimer y otro tanto con enfermedad de Parkinson.

## 2.5 Etiología de la demencia

La demencia es un síndrome y puede tener diversas causas, se han descrito por lo menos 55 enfermedades que pueden ocasionarla. Del total de los casos que existen el 50% corresponde a la enfermedad de Alzheimer, el 25% a demencias vasculares y el otro 25% se divide entre una larga lista de enfermedades y procesos que cursan con deterioro intelectual y conductual.

De esta manera, algunos desequilibrios metabólicos resultan en formas de demencia si no son reconocidos a tiempo. Aparecen signos sistémicos propios de la enfermedad antes de los síntomas de la demencia. Los cambios

emocionales son muy comunes, sobre todo al principio; depresión, agitación, sentimientos paranoides. Los cambios cognitivos suelen ser lentitud de pensamiento, problemas de memoria y dificultad de abstracción.

Los trastornos más habituales son los endocrinológicos. El trastorno tiroideo puede ser un cuadro de hipotiroidismo con conductas contusionales, déficit intelectual e incluso paranoia, cambio de personalidad y violencia con formas esquizofreniformes. Las alteraciones paratiroideas pueden cursar con síntomas mentales, tanto por elevación como por disminución de los niveles de calcio en la sangre. Así, en la hipercalcemia el cuadro más usual es el estado confusional, aunque dos tercios de los pacientes tienen primariamente cambios emocionales o de personalidad. Las dificultades cognitivas casi no aparecen. Esta enfermedad también induce cambios mentales sobre todo estado confusional, alteraciones de memoria y personalidad. El pseudohipoparatiroidismo es hereditario y cursa a menudo con retardo mental y deterioro subagudo.

Los trastornos adrenales como el síndrome de Cushing pueden cursar con irritabilidad, depresión, apatía, ansiedad, llegando incluso a un nivel psicótico. La enfermedad de Addison (hipoadrenalismo) también cursa con apatía y depresión.

El hipopituitarismo puede presentarse con cambios mentales lentos; pérdida de memoria, pensamiento enlentecido y depresión. Los desordenes pancreales pueden dar labilidad emocional, irritabilidad y cambios de personalidad. Episodios de hipoglucemia frecuentes pueden llevar a un daño neurológico permanente con confusión, psicosis, alucinaciones, paranoia, afasia, déficits sensorio motrices por infarto cerebral, temblor, ataxia y demencia.

Condiciones cardíacas, pulmonares, hematológicas, hepáticas y renales pueden ocasionar síntomas mentales. La encefalopatía hepática subaguda cursa con alteraciones de conciencia, deterioro cognitivo y cambios de conducta. La encefalopatía renal dentro del cuadro clínico de uremia presenta alteraciones de conciencia y sensoriales y más tarde cambios de personalidad,

fatiga, apatía, falta de concentración, irritabilidad, pérdida de memoria y enlentecimiento intelectual.

La enfermedad de Wilson o degeneración hepatolenticular familiar es un trastorno de herencia autosómica recesiva causada por el deterioro de la excreción biliar y acumulación del cobre en el hígado, putamen y globus pallidus. En la mayoría de los casos el paciente presenta síntomas neurológicos: disartria, temblor, distonía, movimientos involuntarios. Solo un 25% presenta anomalías conductuales: impulsividad, inmadurez, labilidad emocional y promiscuidad sexual. Algunos enfermos presentan dificultades cognitivas, como alteraciones de memoria, razonamiento y pérdida de concentración. En los casos no tratados se evoluciona a una demencia generalizada.

Casi el 52% de los pacientes con tumores cerebrales manifiestan cambios mentales en el curso del trastorno. Las manifestaciones conductuales son un estado confusional secundario al aumento de la presión intracraneal o déficits específicos secundarios a patología focal. La pérdida de memoria, inatención, cambios de personalidad, inestabilidad emocional suelen ser el resultado de efectos difusos o distantes de tumores, incluyendo edema, hidrocefalia o riesgo sanguíneo alterado.

En tumores que surgen en los lóbulos frontales aparece apatía, euforia, irritabilidad, conducta social inapropiada, amnesia y confusión. En tumores temporales destaca la pérdida de memoria.

Los tumores malignos primarios cerebrales presentan una sintomatología rápidamente progresiva, excepto en casos de astrocitomas de crecimiento lento o meningiomas. Los cambios mentales suelen indicar un aumento de la presión intracraneal. Se han encontrado síndromes demenciales con tumores frontales, temporales, parietales y occipitales. La afectación de estructuras profundas como tálamo, ganglios basales, cuerpo calloso o tercer ventrículo puede originar demencia progresiva debida a compresión de estructuras locales o por distorsión de estructuras mediales e hidrocefalia.



Los tumores benignos primarios cerebrales tienen un crecimiento lento que puede causar un declive paulatino de funciones superiores, alteraciones sensoriales y cambios afectivos. Todos los tumores intracraneales benignos incluyendo meningiomas, adenomas pituitarios, neurofibromas, pinealomas y ependinomas presentan cambios mentales.

Los tumores metastasicos crecen con gran rapidez y presentan un edema en torno suyo. Pueden ser múltiples. Los más usuales son los canceres de pulmón, de mamas y el melanoma. Un cáncer sistémico puede presentar como primer síntoma un declive de las funciones mentales acompañado de dolor de cabeza, ataques comiciales y déficits focales motores o sensoriales.

Tan bien son importantes los efectos remotos de carcinomas en ausencia de metástasis. Se da una alteración emocional, ansiedad, depresión y alteración de memoria. La demencia puede ser progresiva y asociada a otros síndromes neurológicos, en especial degeneración cerebelar subaguda, poli neuropatía motora o sensorial, miopatía y mielitis.

El hematoma subdural crónico puede ocurrir a cualquier edad, pero esta asociado a pacientes ancianos. El cerebro de personas mayores presenta un cierto grado de atrofia lo cual debilita las venas subdurales que suelen llegar a romperse por algún trauma menor. Al aumentar la sangre en el espacio subdural se dan signos neurológicos focales o alteraciones del nivel de conciencia. En estos casos, el cuadro de demencia es ocasional, pero puede ser difícil de diagnosticar clínicamente respecto a su etiología.

Los procesos infecciosos suelen cursar con deterioro cognitivo. En un 80% de pacientes con meningitis bacterial el inicio es agudo y existe confusión, delirium y estupor o coma. De estos un 5 % y un 25 % de los casos quedan con secuelas: deterioro intelectual y alteraciones de conducta principalmente. De igual manera aparecen otras condiciones como hipoxia, oclusión vascular o hidrocefalia secundarias pueden contribuir al deterioro cognitivo.

En la enfermedad llamada meningitis tuberculosa las secuelas de deterioro intelectual y anormalidades psiquiátricas son mas comunes en casos infantiles.

Las meningitis por hongos cursan con deterioro de memoria y cognición y conducta inapropiada. Aunque en niños y jóvenes los signos de afectación sistémica (fiebre, letargia o vómitos) suelen estar presentes, no siempre así en adultos.

En pacientes de mediana edad suelen aparecer meningitis crónicas caracterizadas por dolor de cabeza persistente, dificultades de memoria, confusión, conciencia alterada y signos neurológicos como ataxia o crisis.

En general los síntomas mentales revierten si el tratamiento es previo a que la reacción inflamatoria de meninges cause una vasculitis extensa en los vasos y se produzca un infarto.

Entre los agentes infecciosos causantes de las encefalitis se encuentran los virus, las bacterias o las espiroquetas. El virus del herpes simple causa una infección primaria esporádica del sistema nervioso central, produciendo una encefalitis temporal y orbitofrontal con necrosis y edema. El curso es rápido y pueden quedar déficits de memoria y funciones lingüísticas, con cambios de personalidad y conducta anormal en un 50 % mínimo de los tratados.

La encefalitis letárgica produce anomalías neuropsicológicas durante la fase aguda y secuelas neuropsiquiátricas permanentes como agresividad, hiperactividad, impulsividad y alteraciones de sueño y conducta sexual. Muchas de las personas que cursan con estos cuadros presentan demencia residual.

Por otra parte, la sífilis puede producir la inflamación y destrucción de neuronas y la proliferación de astrocitos y microglia, principalmente en los lóbulos frontales. La forma de demencia causada por la sífilis ha sido denominada Parálisis General Progresiva y aparece entre 5 y 30 años después de la infección original que pudo ser incluso asintomática. Cursa con deterioro o exageración de la personalidad pre mórbida, labilidad afectiva, irritabilidad, alteraciones de memoria y concentración, confusión, desorientación y quejas sonáticas de trastornos del sueño. Sin embargo, un 45% de los pacientes solo presenta deterioro generalizado con predominancia de apatía. Al progresar la demencia, puede darse afasia, apraxia y agnosia.

En el traumatismo craneoencefálico grave un 50% de los enfermos mueren, un 5% queda en estado vegetativo, un 20 % con incapacidades graves y un 30 % con incapacidad moderada. Los factores que correlacionan con una buena recuperación cognitiva son la juventud y la ausencia de otros déficits neurológicos

La agitación durante la fase aguda predice una alteración residual de conducta desinhibida. El deterioro emocional consiste en el aislamiento social, lentitud y alteraciones psiquiátricas. La severidad del daño difuso será la que determinara la recuperación cognitiva global más que la del daño focal.

Los traumatismos craneoencefálicos menores producidos durante la práctica de deportes, si son repetidos, pueden tener un efecto acumulativo con déficits persistentes en memoria e incluso demencia progresiva. La llamada demencia pugilística cursa con signos cerebelares, piramidales y extra piramidales, deterioro de memoria, habla disartrica, pensamiento enlentecido, irritabilidad, apatía y a veces agresividad.

Entre las demencias no tratables e irreversibles se cuenta la enfermedad de Alzheimer, la de Pick, la corea de Huntington, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Creutzfeld-Jakob, la esclerosis lateral amiotrófica y la demencia dialítica.

Desde el punto de vista clínico es fundamental dejar establecida la etiología subyacente de la demencia ya que en algunos casos el síndrome es reversible y, en otros, se puede detener o demorar su avance (Moreno M. Georgina, 2007).

## 2.6 Clasificación

La clasificación de las demencias depende del criterio que se utilice, por ejemplo, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica) o los signos neurológicos que la acompañan (Galicía A. Marlene, 2008)

Se han usado principalmente los siguientes tipos de clasificación:

- a) Clasificación según la topografía de las lesiones. De acuerdo con las estructuras involucradas, se pueden clasificar las demencias como corticales (Enfermedad de Alzheimer, Demencia frontotemporal, Atrofias corticales asimétricas), las cuales se caracterizan por alteraciones cognoscitivas, al inicio de la enfermedad solo se notan sutilmente, así los síndromes de afasia, agnosia y apraxia no son evidentes en el paciente y subcorticales (Demencia con cuerpos de Lewy, Enfermedad de Parkinson, Demencias vasculares, Demencia por VIH) (Méndez y Cummings, 2003), donde se presenta una pérdida gradual de la capacidad cognitiva, esto es, en las áreas corticales de asociación posterior por lo regular no se afectan, así, la afasia, la apraxia y la agnosia están ausentes (Ostrosky. S. Feggy, 2003)
- b) Clasificación según la sintomatología clínica. El sostén principal de esta clasificación son las características de los trastornos cognitivos y/o del comportamiento, estos trastornos reflejan la disfunción de una determinada red o sistema neuronal, por ejemplo, en la demencia tipo Alzheimer predominan los trastornos de la memoria episódica y en la demencia semántica predominan los trastornos de la memoria semántica (Mesulam M. 2000).
- c) Clasificación según la etiología. Las demencias también pueden clasificarse según las causas que la originan, así, se pueden diferenciar tres etiologías principales. 1) demencias secundarias, generalmente a una enfermedad medica sistemática, como puede ser una infección o un trastorno metabólico 2) demencias vasculares, por lesiones cerebro vasculares en el cerebro y 3) demencias neurodegenerativas, por muerte acelerada de poblaciones neuronales (Méndez y Cummings, 2003).

## 2.7 Tipos de demencia:

De acuerdo a diferentes autores los trastornos de la demencia pueden clasificarse de diversas maneras. Estos esquemas de clasificación intentan agrupar los desórdenes de acuerdo a las facetas que tengan en común, tales

como si son o no progresivos, o de acuerdo a las partes del cerebro que están afectadas. Algunas de las clasificaciones usadas frecuentemente son las siguientes (Frazin, Natalie, 2006):

La demencia cortical: Es la demencia en la cual el daño cerebral afecta principalmente a la corteza cerebral o capa exterior. La demencia cortical tiende a causar problemas en la memoria, en el lenguaje, el pensamiento o la conducta social.

La demencia subcortical: Es la demencia que afecta las partes del cerebro que se encuentran debajo de la corteza. La demencia subcortical tiende a causar cambios en las emociones y el movimiento, sumado a los problemas que causan en la memoria.

La demencia progresiva: Es la demencia que empeora con el tiempo, interfiriendo paulatinamente con un mayor número de habilidades cognitivas.

La demencia primaria: Es la demencia que, como la enfermedad de Alzheimer, no resulta de otra enfermedad.

La demencia secundaria: Es la demencia que ocurre como resultado de una enfermedad física o lesión, traumatismo o infección (VIH)

## 2.8 Características

A continuación se hará una breve descripción de los diferentes tipos de demencia:

### a) Alzheimer

Alois Alzheimer, neurólogo alemán, describió el primer caso de la enfermedad que hoy lleva su nombre en un trabajo de página y media en 1907. Había seguido el curso clínico de una mujer (Auguste D) que presentaba un deterioro cognitivo y otros síntomas entre los que se incluían delirios y alucinaciones y cuya demencia comenzó a los 51 años y que acabó con su vida 4.5 años después.

Tras su fallecimiento describió las principales características neuropatológicas, placas seniles y ovillos neurofibrilares, de lo que hoy se conoce como enfermedad de Alzheimer. El término fue acuñado por Kraepelin e inicialmente sólo hacía referencia a la demencia degenerativa presenil.

Siguiendo la tradición de entonces, Alzheimer realizó un estudio anatomopatológico postmortem y encontró lesiones que nunca habían sido descritas antes; su trabajo recibió escasa atención y él nunca pudo pensar que su nombre llegaría a ser tan popular casi un siglo después.

Solo después de varias décadas, se aceptó que personas ancianas con los mismos síntomas e idénticas características patológicas tenían la misma enfermedad y que, de hecho, eran la mayoría de los casos.

Así, en la década de 1950 los libros de patología médica solo dedicaban unas cuantas líneas a la “enfermedad de Alzheimer”; era bien sabido que los ancianos padecían procesos seniles, generalmente atribuidos al “endurecimiento de las arterias” o a un mero proceso de “envejecimiento normal” (McGeer G. Edith, 1991)

La enfermedad de Alzheimer es la causa más corriente de demencia en personas de 65 años de edad o más. En la mayoría de las personas los síntomas de la enfermedad de Alzheimer aparecen después de los 60 años. Sin embargo, hay formas de la enfermedad de inicio temprano generalmente debido a un defecto genético. Pueden aparecer tan precozmente como a los 30 años.

En la enfermedad de Alzheimer, los factores de riesgo más firmemente establecidos son: a) el envejecimiento; b) la existencia de una historia familiar de demencia, en relación con los factores de riesgo genéticos, y c) la presencia de síndrome de Down.

La enfermedad de Alzheimer generalmente causa una disminución gradual de las habilidades cognitivas, usualmente durante un período de 7 a 10 años. Es una enfermedad progresiva, degenerativa e irreversible de la corteza cerebral que provoca el deterioro de la memoria, orientación, juicio, lenguaje,

personalidad y conducta, interfiriendo con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Al inicio de la enfermedad, el paciente experimenta un deterioro de la memoria, lapsos de criterio y cambios leves en su personalidad. Conforme la enfermedad avanza los problemas de lenguaje y memoria se van acrecentando, comienzan a verse afectadas las emociones y el comportamiento. Durante las etapas más avanzadas de la enfermedad, los pacientes comienzan a perder la capacidad para controlar sus funciones motoras.

Pueden tener dificultad para reconocer a sus familiares y la capacidad para hablar. La mayoría de las personas con la enfermedad de Alzheimer eventualmente manifiestan síntomas que incluyen la agresividad, la agitación, la depresión y el delirio.

Las estimaciones sobre la prevalencia de esta enfermedad todavía no son precisas, pero, a groso modo, 1 de cada 100 personas en la población general de la mayor parte de los países puede padecerla. El principal factor es la edad: por encima de los 75 años las probabilidades de sufrir una demencia son 5 veces mayores que a los 65 años ( McGeer G. Edith, op. cit.)

Strub y Black (1988) describen cuatro estadios del curso de la enfermedad de Alzheimer

#### I. Estadio inicial

Los síntomas y signos iniciales son emocionales, sociales y cognitivos. Pueden hacerse gradualmente aparentes o pueden desenmascarse abruptamente durante un periodo de estrés. A veces un estado confusional superpuesto manifiesta una demencia latente. Es decir, el paciente puede iniciar su sintomatología con un cuadro confusional provocado por el uso de algún fármaco o por el efecto de la anestesia en una intervención. Aunque la enfermedad suele ser lentamente progresiva a veces puede darse un curso

rápido, incluso de seis semanas entre el inicio de síntomas y la muerte.

A menudo los cambios emocionales son el primer indicio. Incluyen pérdida de interés en el trabajo, familia y vocación o incremento de la irritabilidad. A veces el paciente busca una causa física por lo que una hipocondriasis en un anciano puede ocultar una demencia. Otros pacientes en cambio niegan la existencia de problemas, incluyendo los propios déficits. Características tempranas son también la ansiedad y la depresión que son no solo efecto de la degeneración neuronal en los lóbulos frontales y sistema límbico, sino también la reacción emocional del paciente ante su propio declive intelectual. Entre los cambios emocionales experimentados se cuentan los sentimientos de fatiga, desasosiego y pérdida de iniciativa.

La personalidad y conductas sociales puede ser una acentuación de los rasgos previos del paciente sobre un marco de apatía o euforia. Si la degeneración frontal es extensa puede desarrollarse un síndrome frontal aunque es menos frecuente en la demencia de Alzheimer que en otras como la de Pick o Huntington.

Los cambios cognitivos son precoces. La alteración de memoria se muestra en la dificultad de tomar nuevas memorias y de resolver problemas. La comprensión y expresión de ideas complejas, el pensamiento abstracto y los juicios críticos se alteran pronto al igual que la capacidad integrativa viso motora.

## II. Segundo estadio

Los cambios cognitivos, sociales y emocionales se acentúan. Los pacientes son menos capaces de llevar sus asuntos personales y negocios debido a sus fallos de memoria, falta de iniciativa e incapacidad de responder a las demandas del medio.

El lenguaje comienza a ser concreto, tangencial, perseverativo (con continuas repeticiones) y con circunloquios (rodeos) como reflejo de



la disolución del procesamiento intelectual. Al principio el habla es aun fluida pero con parafasias (sustitución de fonemas, silabas o palabras), pausas para buscar palabras y falta de nombres y verbos.

En los dos primeros estadios el paciente tiene a menudo suficiente conciencia del déficit como para desarrollar una ansiedad y una depresión secundarias. El tratamiento de esos estados emocionales puede resultar en un mejoramiento del funcionamiento general.

### III. Tercer estadio

Son distintivas la afasia, apraxia y agnosia. El lenguaje espontaneo decrece, de la ecolalia, anomia y comprensión reducida aunque la repetición puede estar preservada. La dificultad en nombrar a objetos llega al extremo de no reconocer elementos familiares, es la llamada agnosia de objetos. La apraxia llega a impedir acciones habituales como peinarse (praxia ideo motora) o encender un cigarrillo (praxia ideacional) o vestirse (praxia del vestirse). La combinación de afasia y apraxia impide llevar a cabo actividades rutinarias.

La falta de atención aumenta, se acentúan los cambios de personalidad y disminuye el "insigh", el paciente a veces parece muy consciente y otras en absoluto. A veces las emociones parecen involuntarias manifestando un estado pseudobulbar. Los reflejos primitivos comienzan a presentarse, en general solo 1 o 2 por paciente. El más común es el reflejo de succión. Puede darse paratonia y parkinsonismo. La incapacidad de relajar los miembros para la moción pasiva es resultado de la pérdida de la capacidad de inhibir los reflejos (fenómeno frontal) y de la pérdida celular en los ganglios basales.

El paciente está inquieto por la noche, con movimientos de masticación. Puede comenzar la incontinencia urinaria y fecal. Se pueden dar ocasionales arranques emocionales acompañados de

periodos de agitación. También se ha descrito el signo del espejo (el paciente habla consigo mismo).

#### IV. Estadios finales

El paciente está muy poco comunicativo, solo dice frases cortas. A menudo muestra evidencia de rasgos pseudobulbares (expresión emocional involuntaria como reír o gritar). Tiene poca interacción social y acaba apático y mudo. Un 22% de los afectos tienen crisis generalizadas el último año de vida.

A veces aparecen rasgos del síndrome de Kluver-Bucy como hiperoralidad y conducta social inapropiada. Si el paciente permanece en cama mucho tiempo, por apatía o enfermedad, puede comenzar la flexión de las piernas. Comienza a dormir en posición fetal llegando a la paraplejia en flexión. Cuando este proceso comienza es casi imposible de revertir. Un 10% de los pacientes tiene ataques epilépticos y mioclonía. En general la muerte se debe a neumonía, infección urinaria y sepsis generalizada.

Se ha sugerido que los cambios conductuales que determinan estos estadios pueden ir paralelos a cambios en la degeneración neuroanatomía. La alteración de memoria de los primeros estadios podría indicar una afectación del hipocampo. La apraxia, la afasia y la agnosia de la siguiente fase son indicativas de disfunciones corticales al igual que el razonamiento lógico. En los últimos estadios solo se conservan algunas funciones básicas correlacionando con la degeneración neo cortical extensiva.

Un subgrupo de pacientes con Alzheimer presenta síntomas clínicos atípicos en comparación con el patrón descrito. Algunos pacientes tienen síntomas tempranos que sugieren alteración focal central mientras que otros muestran anormalidades motoras importantes y en un pequeño grupo el inicio es abrupto. El deterioro de las diferentes áreas puede variar en orden. Mientras mas avanzada es

la edad de inicio del trastorno más posibilidades de factores añadidos hay; por ejemplo, la patología vascular difusa que está en relación a las anomalías motoras anteriormente señaladas.

#### b) Vascular

Durante la primera mitad del siglo XX se consideraba que la demencia de inicio tardío era una consecuencia inevitable del envejecimiento y debido a que la aterosclerosis era el sustrato popular del envejecimiento, se creía que la mayoría de las demencias eran de origen “vascular”.

Los estudios anatomopatológicos de la década 1960-1970 demostraron la importancia de la enfermedad de Alzheimer, la cual se consideraba previamente que era una demencia presenil.

Sin embargo, también era evidente que una proporción importante de demencias no Alzheimer se asociaban con infartos cerebrales múltiples y como consecuencia de ello surgió un segundo “diagnóstico” de demencia multiinfarto, que más tarde fue incluido en la categoría más amplia de demencia vascular.

Para Stewart, R. (2005) la demencia vascular es una enfermedad cada vez más incierta y controvertida tanto para los médicos como para los investigadores. Este tipo de demencia tiene dos significados, uno es el de demencia vascular, que hace referencia a la investigación de la contribución de la enfermedad arterial al deterioro cognitivo y, posteriormente, a la demencia. El otro es el de demencia vascular como categoría diagnóstica, que describe casos en los que se cree que la demencia se debe a una causa vascular.

La demencia vascular comparte factores de riesgo con el ictus: hipertensión arterial, edad, diabetes, enfermedades cardíacas, tabaquismo, alcoholismo, dislipemia, hematocrito elevado e ictus previo. El ictus eleva de cuatro a doce veces el riesgo de padecer demencia. A su vez, la localización de la lesión, el nivel educativo y la raza no caucásica son factores de riesgo de demencia tras un ictus.

Esta expresión -demencia vascular- es un rotulo general que se refiere a la demencia causada por lesión en los vasos sanguíneos en el cerebro. El daño se puede deber al bloqueo de un vaso sanguíneo por la formación de un coagulo (trombosis), a un coagulo desprendido que se aloja en una arteria (produciendo una embolia) o a una ruptura en la pared de un vaso sanguíneo (una hemorragia) que lesiona el tejido que lo rodea. El daño a su vez origina la muerte del tejido cerebral circundante, llamándose infarto al tejido muerto. La característica fundamental es que sus síntomas dependen de la localización de las zonas cerebrales dañadas, que suele ser irregular.

Representa la segunda causa de Demencia con el 20-30% de los casos. Tiene un inicio brusco, con un curso escalonado o fluctuante, que aparece en un paciente que ha sufrido uno o más **ictus**, y que presenta signos de localización neurológica como pueden ser trastornos de la marcha o la pérdida de fuerza en un miembro. Se demuestran lesiones vasculares en pruebas de neuroimagen como el **TAC** craneal, en forma de infartos cerebrales.

La mayoría de los pacientes con demencia vascular proceden de un subgrupo llamado demencia multi-infarto. Este grupo se caracteriza porque el cerebro sufre una sucesión de infartos, ninguno de ellos puede causar por si mismo cambios sensibles en el comportamiento, pero, tomados juntos, propician la aparición de demencia. Estos infartos se pueden producir en cualquier parte del cerebro y ser relativamente fortuitos. En algunos casos, se concentran en regiones particulares del cerebro.

### c) Cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy es una entidad clínica y patológica definida por el hallazgo histológico de abundantes cuerpos de Lewy en la corteza cerebral, en un paciente con demencia.

La primera descripción de las inclusiones neuronales eosinófilas que ahora se conocen como cuerpos de Lewy, la realizó Friedrich Lewy en la enfermedad de Parkinson en 1912, pero no fue hasta 1959 cuando Lipkin describió su presencia en la corteza cerebral.

Los neuropatólogos japoneses fueron los primeros en describir la presencia de cuerpos de Lewy corticales (Okazaki et al., 1961; Kosaka et al., 1976).

Los cuerpos de Lewy son cuerpos de inclusión neuronal que, cuando van acompañados por el síndrome clínico característico de temblor, rigidez y bradicinesia, definen la enfermedad idiopática de Parkinson. También suele encontrarse en las neuronas pigmentadas de la sustancia negra y en las neuronas del núcleo basal colinérgico de Meynert.

La demencia con cuerpos de Lewy es un tipo de demencia progresiva, con fluctuaciones cognitivas y alucinaciones visuales. En ella existe una muerte celular a nivel de la corteza cerebral y en lo que ha sido llamado por los neurólogos la sustancia negra (cerebro mediano). Los síntomas de esta enfermedad tienen mucha similitud con la demencia tipo Alzheimer ya que en ella se puede observar deterioro de la memoria, juicio defectuoso y confusión; así mismo, existen síntomas parkinsonianos como caminar arrastrando los pies y tomar posturas rígidas. Las personas que llegan a padecer dicha enfermedad se les da un tiempo de vida de no más de 7 años una vez que ha aparecido.

#### d) Frontotemporal:

El cuadro clínico está causado por una afección degenerativa que afecta de manera predominante a los lóbulos temporales y frontales.

Se caracteriza por una degeneración de leve a moderada de, principalmente, el lóbulo frontal y por una degeneración limitada del lóbulo temporal, caracterizada por pérdida neuronal y gliosis de las capas superficiales corticales.

El inicio clínico de la demencia frontotemporal es insidioso y suele producirse entre los treinta y cinco y los setenta años. El promedio de edad para la aparición de la demencia frontotemporal es de 56 +/- 7,6 años y el promedio de duración es de 8 +/- 3,4 años.

La fase inicial de la demencia frontotemporal se caracteriza por deterioro de la personalidad, del comportamiento y del habla más que por un deterioro cognitivo, aunque los fallos de memoria y la pérdida de concentración suelen darse casi siempre.

También es conocida como demencia frontal degenerativa. Aparece regularmente en el periodo presenil y puede llevar a la persona que la padece a la muerte antes de los 75 años.

Una característica típica de esta enfermedad es la pérdida progresiva de la expresividad del habla, con falta de espontaneidad creciente, frases estereotipadas y ecolalia, si la enfermedad se encuentra muy avanzada el paciente puede llegar a quedarse mudo.

En contraste con la enfermedad de Alzheimer, los pacientes presentan una menor amnesia y permanecen orientados en tiempo y espacio durante la mayor parte del tiempo. No hay signos físicos destacables, lo que si puede aparecer son reflejos primitivos e incontinencia, en las fases iniciales puede haber cambio en la personalidad del enfermo y desorientación conforme va avanzando la enfermedad, existe introspección y anosognosia (no tener conciencia del mal que se padece).

En la fase última de la enfermedad predomina la apatía y la abulia (falta de voluntad), el paciente da una imagen similar a la depresión.

e) Del lóbulo frontal:

Este tipo de demencia se manifiesta en una alteración del comportamiento (apatía, desinhibición, conducta estereotipada repetitiva, cambio de los hábitos alimenticios, impulsividad), disfunción ejecutiva, pérdida de introspección y afasia, que puede ser intensa. Dentro de este tipo se encuentra la Enfermedad de Pick.

f) Multiinfarto:

A este tipo de demencia se le relaciona con el infarto cerebral. Su prevalencia aumenta con el paso de los años, principalmente en personas mayores de 85 años. Se ha dicho también que este tipo de demencia puede ser mayor a la demencia tipo Alzheimer. Debido a que los infartos múltiples no son, en la mayoría de los casos, el único mecanismo causal de la demencia está haciendo que el concepto de demencia multiinfarto se cambie por la demencia vascular.

g) Inducida por el alcohol:

La cuestión de si el consumo prolongado y excesivo de alcohol produce una demencia difusa (demencia alcohólica o demencia inducida por el alcohol) todavía permanece sin definir casi sesenta años después de que Courville (1955) propusiera por primera vez dicho trastorno.

Muchas veces se ha afirmado que el alcohol es una importante causa de demencia como enfermedad vascular (Lishman, 1990), en tanto otros autores replican que, en una sociedad bebedora importante, alcoholismo y demencia a menudo coinciden sin una aparente conexión causal (Ryan y Butters, 1986; Víctor et al., 1989).

La ausencia de marcadores clínicos distintivos y neuropatología notoria específica han complicado el estudio de la demencia alcohólica, y en la nosología actual el diagnóstico de demencia persistente inducida por alcohol tiende a realizarse por exclusión.

El alcohol puede ser un factor de riesgo, al igual que lo es la hipertensión, puesto que aumenta la vulnerabilidad de presentar demencia, es decir, el alcohol actúa como una influencia más entre muchas, que pueden contribuir con la enfermedad de Alzheimer, con la demencia vascular, o con otras formas de demencia.

La exposición directa al alcohol o de manera indirecta deteriora la función y estructura del sistema nervioso central en diversas formas. Se sabe que los alcohólicos presentan un riesgo elevado de padecer traumatismos

craneoencefálicos repetidos y enfermedades infecciosas, que pueden predisponerlos a demencia.

Un gran consumo de alcohol se asocia con el agravamiento de la hipertensión y diversas enfermedades cardiovasculares, y de este modo contribuye de manera indirecta la presencia de demencia vascular.

Este tipo de demencia se caracteriza por un deterioro de las capacidades intelectuales, amnesia a corto y largo plazo, alteración del pensamiento abstracto, del juicio y del control de los impulsos. Este tipo de alteraciones son tan graves que el enfermo deja de ir a trabajar y sus relaciones interpersonales decaen. Dentro de este tipo de demencia encontramos el Síndrome de Wernicke y la Psicosis de Korsakoff.



#### h) Por el virus de la Inmunodeficiencia humana:

Este tipo de demencia se caracteriza por alteraciones cognitivas, en la actividad motora y en el comportamiento. También afecta a los infantes y en ellos se manifiesta por el retraso en el desarrollo, alteraciones cognitivas, leve crecimiento cerebral y otros síntomas neurológicos, como son: disfunción motora, poco equilibrio, marcha anormal, torpeza, dificultad para escribir. La apatía, la labilidad emocional y el retraimiento social son típicos de esta enfermedad.

#### i) Pugilística:

La demencia pugilística también llamada encefalopatía traumática crónica, o el síndrome del boxeador, es causada por un trauma en la cabeza, tal como el que padecen las personas que han sido golpeadas muchas veces en la cabeza durante el boxeo. Los síntomas más comunes de esta condición son la demencia y el parkinsonismo, los que pueden aparecer muchos años después de producirse el trauma. Las personas afectadas además pueden desarrollar falta de coordinación y el habla entorpecida. Un trauma único al cerebro también puede conducir a un trastorno llamado demencia post-traumática. La demencia post-traumática e asemeja mucho a la demencia pugilística pero por lo general también incluye problemas de memoria a largo plazo. Otros síntomas varían dependiendo de qué parte del cerebro fue dañada en el trauma. Se manifiesta por habla titubeante, pérdida de la coordinación y muerte prematura, puede existir celotipia y reacciones de ira.

#### j) Relacionada con el SIDA

Para Lipton (1997) una tercera parte los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) suelen desarrollar demencia. La demencia en el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) es un trastorno neurológico dominante con síntomas cognitivos, motores y de comportamiento característicos.

La enfermedad suele asociarse con las manifestaciones tardías del sida, y el paciente suele mostrar una inmunosupresión grave, aunque un treinta por

ciento de las personas que tienen una infección por VIH asintomática muestran una disfunción neurológica leve.

La demencia asociada al VIH es un diagnóstico clínico, y la evaluación se dirige directamente a la exclusión de otras causas de deterioro cognitivo. La neuroimagen es importante y puede mostrar atrofia cerebral, lesiones en la materia blanca y pruebas de otras manifestaciones del sida en el sistema nervioso central, como la toxoplasmosis o la criptosporidiasis.

Los factores cognitivos incluyen una ralentización mental que afecta a la memoria y la conciencia. Las manifestaciones motoras incluyen una ralentización de los movimientos rápidos de las extremidades, trastornos en el modo de andar, espasticidad e hiperreflexia. Los principales cambios en el comportamiento incluyen la apatía y el retraimiento.

Los síntomas de esta enfermedad suelen ser: apatía, repliegue social, alteración de la concentración y la memoria, disminución de la libido, problemas de movimiento. En las etapas más avanzadas existe incontinencia urinaria y fecal, también llegan a presentarse trastornos en la conducta como depresión y alucinaciones.

#### k) La enfermedad de Huntington

La enfermedad de Huntington es una enfermedad neurológica progresiva hereditaria caracterizada por una triada de rasgos clínicos: síntomas motores, deterioro cognitivo y alteración psicopatológica.

Los rasgos motores incluyen anormalidades del movimiento voluntario (torpeza, bradicinecia-lentitud y escasez de movimientos-, rigidez, alteración de la deambulación, disartria-trastorno de la articulación del habla-, disfagia-imposibilidad para tragar- y movimientos oculares) y movimientos involuntarios (disonía, agitación motora).

El déficit cognitivo se relaciona con alteraciones en la memoria, el cálculo, la fluidez verbal, la capacidad viso espacial y las habilidades ejecutivas

frontales. Por el contrario, la afasia, la apraxia y la agnosia son poco habituales en la enfermedad de Huntington.

En el aspecto psicopatológico, los pacientes suelen desarrollar depresión y existe una alta incidencia de suicidios. Los pacientes suelen volverse irritables y desinhibidos, pero rara vez se muestran psicóticos.

La enfermedad de Huntington tiene una evolución lenta y la muerte llega entre diez y veinte años después de la aparición de la enfermedad, a menudo debido a neumonía por aspiración o asfixia.

El suicidio suele ser también una causa común de la muerte. Cuanto más tarde aparece la enfermedad más lento es su desarrollo. La demencia de la enfermedad de Huntington es intratable.

Se dice que es un trastorno hereditario causado por un gen defectuoso en una proteína llamada huntingtina. Los hijos de personas con este trastorno tienen un 50% de probabilidad de heredarlo. La enfermedad causa degeneración en muchas áreas del cerebro y columna vertebral. Los síntomas de la enfermedad de Huntington usualmente comienzan cuando los pacientes se encuentran entre los veinte y cuarenta años. Estas personas tienen un pronóstico de un promedio de vida de alrededor de 15 años.

#### l) La encefalopatía espongiforme (Enfermedad de las vacas locas)

La encefalopatía espongiforme bovina, conocida popularmente como "la enfermedad de las vacas locas", es una enfermedad cerebral mortal que afecta al ganado vacuno. La encefalopatía espongiforme bovina forma parte de un grupo de enfermedades causadas por priones conocidas como encefalopatías espongiformes transmisibles.

Las encefalopatías espongiformes transmisibles son enfermedades mortales que provocan una degeneración esponjosa del cerebro acompañada de graves síntomas neurológicos. Todavía se desconoce el origen de la encefalopatía espongiforme bovina. Según una de las teorías, los causantes serían unos "priones de formas transmisibles" capaces de interactuar con

priones normales (proteínas presentes, de manera natural, principalmente en el cerebro y también en otros tejidos humanos y animales) y provocar su transformación en "priones transmisibles". Se cree que existen otros factores que intervienen en el desarrollo de la EEB; estos están siendo actualmente objeto de investigación.

Aún no se ha descubierto cómo se transmite la encefalopatía espongiforme bovina. Hasta ahora, la opinión general es que el ganado puede contraer este tipo de enfermedad al ser alimentado con harina de huesos y carne o productos derivados, procedentes de cadáveres de animales con esta enfermedad. No obstante, no se ha descartado la posibilidad de que existan otras vías o causas de transmisión.

En el Reino Unido, la incidencia de la encefalopatía espongiforme bovina ha ido disminuyendo de forma significativa cada año desde el momento crítico de la enfermedad en 1992. En 1999, se registraron 2.300 casos. Esta cifra se redujo a 1.443 en 2000 y a 526 hasta septiembre de 2001. Se ha detectado un número mucho menor de casos de EEB en Austria, Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Liechtenstein, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, España y Suiza

## 2.9 Diagnóstico de las demencias

El desarrollo del diagnóstico estandarizado utilizando criterios con una fiabilidad y validez satisfactorias ha sido esencial en la definición del síndrome de demencia.

Hay dos sistemas clasificatorios aceptados internacionalmente: el Diagnostic and Statistical Manual (DSM), que es el sistema de clasificación estadounidense, actualmente en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR,) y el European-based International Classification of Diseases (ICD), actualmente en su decima edición (CIE-10).

Las definiciones tienen una serie de elementos comunes, por ejemplo, que el trastorno debe de ser progresivo y debe tener efectos globales sobre las funciones corticales superiores.

Posteriormente se describieron los criterios diagnósticos para las diferentes causas de demencia. Por ejemplo, en 1984 el NINCDS/ADRDA sugirió los criterios de investigación clínica para la enfermedad de Alzheimer (McKhann et al, 1984).

Sin embargo, la valoración de un paciente remitido por una posible demencia deberá hacerse en dos etapas (Thomas A., 2005). En primer lugar, el médico deberá determinar si el paciente tiene las características de una demencia. En segundo lugar, si el paciente tiene una demencia, el médico deberá intentar identificar la causa. Es esta segunda etapa la que más repercute en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

No obstante, la historia clínica y la exploración del estado mental son las principales herramientas para hacer un diagnóstico adecuado de la demencia. No puede ser diagnosticada solamente sobre pruebas radiológicas, bioquímicas, genéticas o psicológicas (Myron F. Weiner op. Cit.).

El dictamen de la demencia requiere de la verificación clínica o por test complementarios que demuestren la existencia de un trastorno orgánico y que las alteraciones cognitivas no pertenezcan a otro tipo de enfermedad (Depresión, Delirium).

Martínez Lage (op. cit.) apunta que para hacer un diagnóstico de la demencia ha de tenerse en cuenta las diferencias con el trastorno depresivo, el cual tiene muchas similitudes con una demencia incipiente. También se debe de tener cuidado de no confundir la demencia con el delirio y el retraso mental.

Actualmente los criterios diagnósticos de la demencia son los del DSM-IV-TR (ver Tabla 6) y del CIE 10 (ver tabla 7).

Tabla 6

Criterios de Diagnóstico de Demencia del DSM-IV-TR.

A. Desarrollo de déficit cognoscitivo múltiple que se manifiestan por:

(1) Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o de recordar información previamente aprendida).

(2) Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje).

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).

(d) funciones ejecutivas (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. El déficit cognoscitivo en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirio.

Tomado de DSM IV TR (2006)

De acuerdo al DSM-IV-TR la demencia se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficit cognitivos que son debidos a efectos fisiopatológicos directos de una enfermedad concreta o a la persistencia de efectos de una determinada sustancia o a múltiples etiologías.

Debe de existir un deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes trastornos cognitivos: afasia, apraxia, agnosia o una alteración en la función ejecutiva (Martínez Lage op. cit.)

Estas bajas cognitivas tienen que ser lo suficientemente graves para causar deterioro en la vida profesional o social del individuo.

Debe de existir una pérdida considerable en la memoria del sujeto que le impida aprender algo nuevo o bien, olvidar algo ya aprendido.

En el DSM-IV-TR se deben de cumplir cierto requisitos para hacer un diagnóstico de demencia, si existe déficit cognitivo este debe de ir acompañado de afasia, apraxia, agnosia o dificultad en la toma de decisiones que a su vez interfieran en las capacidades ocupacionales previas o en las dificultades sociales del individuo.

El CIE-10 establece que los problemas de la memoria deben de tener al menos seis meses de antigüedad en el paciente y la capacidad intelectual se debe de medir en grados (leves, moderados y graves) (ver Tabla 3)

Tabla 7

Criterios de Diagnóstico de Demencia de la CIE-10
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Deterioro de la memoria.<ul style="list-style-type: none"><li>* Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.</li><li>* Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.</li></ul></li><li>2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.<ul style="list-style-type: none"><li>* Reducción del flujo de ideas.</li><li>* Deterioro en el proceso de almacenar información:<ul style="list-style-type: none"><li>- Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.</li><li>- Dificultad para cambiar el foco de atención.</li></ul></li></ul></li><li>3. Síntomas presentes en la exploración psicopatológica y en la anamnesis obtenida de un tercero.</li><li>4. Interferencia en la actividad cotidiana.</li><li>5. Conciencia clara. Posibilidad de superposición delirium/demencia.</li><li>6. Síntomas presentes al menos durante seis meses</li></ol>

Tomado de CIE-10

No obstante, los criterios del DSM-IV-TR y del CIE-10 establecen como condición necesaria, en todos los casos, la existencia de una alteración de la memoria.

Cummings J.L. (1980) refiere que la alteración de la memoria puede o no puede estar presente inicialmente, para este autor la demencia está presente cuando hay alteraciones en, al menos, tres de las siguientes áreas: lenguaje, memoria, capacidades visuoespaciales, personalidad y capacidades cognitivas (abstracción, cálculo, juicio, funciones ejecutivas).

## 2.10 Tratamiento de las demencias

El objetivo fundamental del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y el resto de las demencias ha sido mejorar el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha demostrado que es necesario añadir otros aspectos para evaluar la respuesta al tratamiento.

Entre estas áreas de respuesta terapéutica podemos citar la capacidad funcional, los trastornos psicopatológicos, la sobrecarga del cuidador, la calidad de vida y la utilización de recursos.

La mejoría o la estabilización en cada una de estas áreas pueden representar un beneficio terapéutico importante, y se están introduciendo cada vez con mayor frecuencia entre los instrumentos de evaluación empleados en los ensayos clínicos.

Existen dos tipos de tratamiento de las demencias:

### I.- Tratamiento farmacológico.

El conocimiento de los cambios neuroquímicos en la enfermedad de Alzheimer estimuló la investigación del tratamiento. El déficit del sistema colinérgico es uno de los hallazgos más importantes y forma la base de la mayoría de las investigaciones que han tenido éxito en la actualidad.

Los ensayos con lecitina y fisostigmina mostraron una discreta mejoría, pero estos fármacos nunca se utilizaron en la práctica clínica. Los fármacos anticolinesterásicos (que inhiben la enzima que elimina la acetilcolina) son los más prometedores en términos de eficacia del tratamiento.



Muchos de ellos se utilizan actualmente. La tacrina fue el fármaco original, pero su hepatotoxicidad restringió su utilización en la práctica clínica (Eagger et al., 1991). Recientemente se han introducido otros fármacos como el donezepilo (Rogers et al., 1996), la rivastigmina (Rosler et al., 1999) y la galantamina (Raskind et al., 2000).

Diversos ensayos han demostrado que son eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer durante 6-12 meses ya que mejoran la cognición, las actividades de la vida diaria y el funcionamiento global. También se ha demostrado que la vitamina E entorpece la progresión de la enfermedad (Sano et al., 1997).

Así, el tratamiento farmacológico de la demencia depende en gran medida de la causa que provoque la enfermedad y persigue tres objetivos: 1) mejorar el síndrome, recuperando individualmente el nivel máximo posible de cognición, conductual y funcional, 2) Curar o estabilizar el proceso etiopatogénico que provoca la demencia y 3) Prevenir la demencia (Moreno, M., Georgina. op.cit)

Los fármacos más recientes para el tratamiento de la demencia pertenecen al grupo de inhibidores de la acetilcolinesterasa (Reminyl) (galantamina), Exelon (rivastigmina) y Aricept (donepezil). Las investigaciones han demostrado una disminución del neurotransmisor acetilcolina en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los inhibidores de acetilcolinesterasa evitan una eliminación demasiado rápida de la acetilcolina por parte de la sustancia responsable de su degradación. Estos fármacos pueden demorar el deterioro de los síntomas. El avance más reciente en este campo tiene que ver con un medicamento que posee un mecanismo de acción distinto y que tras haber sido sometido a ensayos clínicos ha mostrado, además, que podría demorar el deterioro de la enfermedad al menos 12 meses. Aparte de preservar y mejorar parcialmente las facultades mentales y la manera de desenvolverse en las actividades cotidianas, podría demostrar también ser capaz de demorar el comienzo de las alteraciones de conducta y disminuir el tiempo de atención.

En la última década, fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa han demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de la demencia. Pero en ausencia de un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional que incluya, además de las intervenciones farmacológicas, intervenciones no farmacológicas dirigidas a optimizar la cognición, la conducta y la función de los sujetos con demencia, y que además atienda las necesidades de los cuidadores.

Así mismo, los anti psicóticos pueden ser utilizados como tratamiento complementario para los problemas de conducta de pacientes con demencia. Estos agentes en particular son a menudo objeto de crítica, alegando que se usan únicamente como medio de calmar a los pacientes para que se comporten de manera apática y no puedan participar en los sucesos cotidianos. Se pasa, sin embargo, por alto que los únicos fármacos disponibles hasta la fecha solamente lograban ser realmente eficaces influyendo negativamente sobre los pacientes (según lo indicado anteriormente) a causa de otros efectos secundarios. Recientemente, sin embargo, se han realizado importantes avances en el tratamiento de pacientes dementes alterados. Ahora, estos pacientes pueden ser tratados eficazmente sin mantenerlos adormecidos durante el día y deambulando de noche.

## II.- Tratamiento no farmacológico.

Paralelamente al tratamiento farmacológico de la demencia, existen tratamientos no farmacológicos. La finalidad de estos tratamientos, es estimular el máximo posible las capacidades preservadas del paciente. Esto significa que previamente al inicio de estos tratamientos, se debería realizar una exploración neuropsicológica completa, para determinar las capacidades más afectadas y las preservadas, así como el estadio evolutivo de la enfermedad.

La demencia es un trastornó neurodegenerativo que habitualmente comienza con pérdida de memoria, al que se van asociando alteraciones de otras funciones mentales, con una progresiva afectación de las actividades diarias del sujeto conduciéndolo a una situación de dependencia. Con

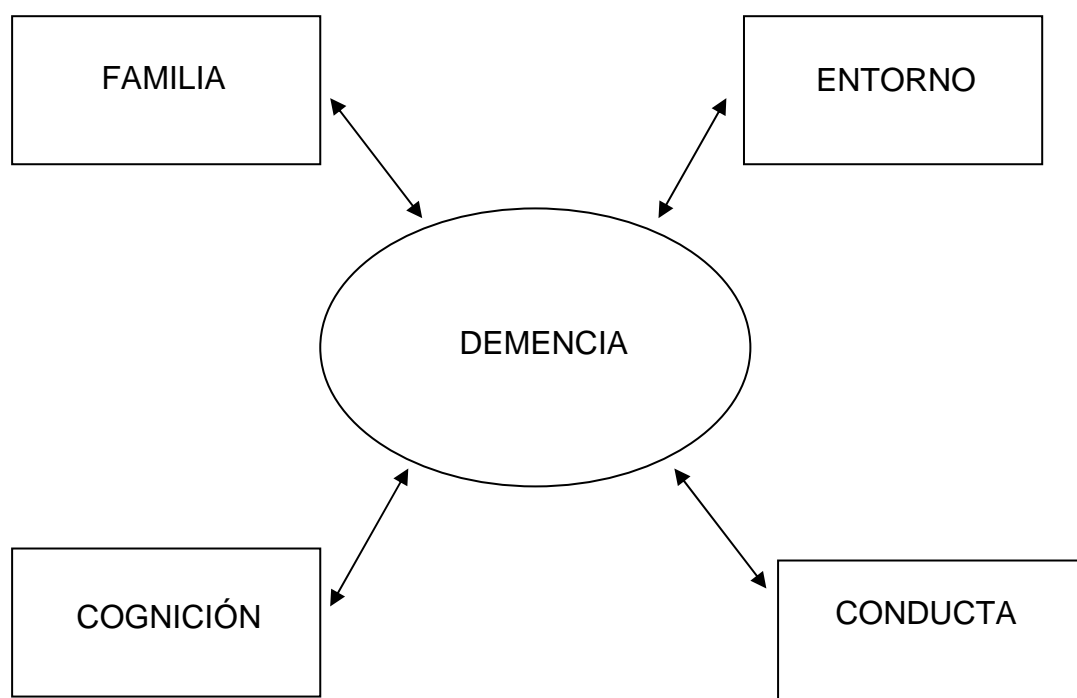
frecuencia, la enfermedad cursa también con síntomas de la esfera conductual y psicológica, síntomas que generan una importante carga para los familiares y cuidadores, y para la sociedad, por ser los determinantes de la institucionalización en la mayoría de los casos.

Al igual que en la enfermedad de Alzheimer, otras demencias como la demencia vascular, la demencia frontal, la enfermedad por cuerpos de Lewy, por citar las más frecuentes, van a cursar con deterioro de la función cognitiva, aparición de dependencia funcional, alteraciones del comportamiento más o menos graves y una progresiva necesidad de cuidados por parte del entorno.

Son muchas las intervenciones psicosociales propuestas para el tratamiento de los pacientes con demencia: unas enfocadas al entrenamiento de funciones cognitivas, otras al tratamiento de los problemas de conducta, otras dirigidas específicamente a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental y en otras enfocadas al núcleo familiar (ver Figura 1).

Figura 1

Ámbitos de intervención de la demencia a través de terapias no farmacológicas



Está claro que la intervención en cualquiera de estas áreas puede influir sobre las otras, generalmente de forma positiva, pero también pueden tener un efecto negativo, de ahí la importancia de fijar claramente los objetivos a conseguir con cada intervención y evaluar su repercusión en todas las áreas mencionadas.

Existen programas específicos como:

❖ Estimulación y actividad

Estos son los programas con más tradición dentro de las terapias no farmacológicas. Se basan en la creencia de que mantener a la persona con demencia, activa y estimulada, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, puede disminuir o ralentizar el declive cognitivo y funcional, estimulando aquellas áreas que todavía están preservadas y evitando el desuso que puede venir derivado de la falta de competencia en otras funciones. Esta teoría vendría avalada por recientes estudios que demuestran como la participación frecuente en actividades que estimulan la cognición (leer, jugar a las cartas o al ajedrez, visitar museos, escuchar música o tocar algún instrumento, hacer crucigramas, ver la televisión, etc.) puede disminuir el riesgo de enfermedad de Alzheimer y de demencia en personas ancianas (Wilson RS, Mendes de Leon, 2002)

❖ Terapia de Orientación a la Realidad

La orientación a la realidad fue descrita por primera vez por Folson(1966) como una técnica para mejorar la calidad de vida de personas ancianas con estados de confusión, aunque sus orígenes se remontan a los intentos por rehabilitar a veteranos de guerra seriamente trastornados y no al ámbito del trabajo geriátrico. Opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que lo rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima. Antes de ella, había pocos estudios acerca del uso de terapias

psicológicas para la demencia. En ese momento, la orientación a la realidad fue considerada por muchos como un hito que marco el inicio de las intervenciones psicológicas en la atención a la demencia.

Se ha venido aplicando de dos formas diferentes:

- a) La orientación a la Realidad de entre 30 y 60 minutos de duración, donde se trabaja en pequeños grupos de pacientes, generalmente varias veces a la semana. Las sesiones tienen un enfoque cognitivo, comenzando habitualmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes. Como instrumento de trabajo se utilizo el clásico tablero de orientación que típicamente presenta información como el día, la fecha, la estación del año, el nombre del lugar y otras informaciones adicionales. Se utilizan además periódicos, cuadernos de notas o diarios personales y objetos o pinturas que muestren el objeto de la discusión.
- b) Otra variedad es la Orientación a la Realidad de 24 horas, en la que la reorientación está presente durante todo el día y es practicada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de referencias en el ambiente, señales y otras ayudas para la memoria. Originalmente, el énfasis estaba centrado en administrar al paciente información a cualquier oportunidad. Más recientemente, se ha desarrollado una aproximación más ecológica en la que el grupo responde directamente a las preguntas o dudas de los pacientes o les ayuda a descubrir las respuestas por ellos mismos (Reeve W. 1985). Esta variante probablemente tenga menos riesgo de sobre estimulación para el paciente que cuando se le proporciona información que no es capaz de asimilar.

#### ❖ Terapia de Reminiscencia

La terapia de reminiscencia proviene de los primeros trabajos de Butler(1963) acerca de la "Revisión de la Vida". Este autor la describe como un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las

experiencias pasadas y los conflictos sin resolver. La Terapia de Reminiscencia como concepto psicoanalítico, fue utilizada como un componente del cuidado ocupacional en instituciones de larga estancia para personas mayores. Su objetivo era ayudar a las personas ancianas a colocar sus experiencias en perspectiva y ayudarles a prepararse para la muerte. Debido a que la memoria remota es habitualmente lo último que se deteriora, se pensaba que la reminiscencia podía ser un medio efectivo para comunicarse con personas con alteraciones mnesicas, centrándose en una habilidad que a menudo continua estando comparativamente intacta hasta fases más avanzadas en el proceso de la enfermedad. El trabajo frecuentemente incluye reuniones de grupo, por lo menos una vez a la semana, en donde se estimula a los participantes a que hablen acerca de eventos pasados, a menudo con ayuda de fotografías (de familiares o del paciente), música, objetos y videos del pasado.

Sin embargo, es importante distinguir la terapia de revisión de vida la cual involucra la evaluación de la memoria personal con un terapeuta como oyente, usualmente en una sesión cara a cara, de una reminiscencia mas general en la que se realizan discusiones en el seno de un grupo y la cual puede tener como objetivo mejorar la interacción en un ambiente agradable y de forma atractiva. Esta última es la técnica terapéutica habitualmente utilizada en el contexto de la estimulación cognitiva.

Las críticas realizadas sobre la Terapia de Orientación a la Realidad y la Terapia de Reminiscencia es que han sido aplicadas de forma genérica, asumiendo que los pacientes sufrían alteraciones cognitivas similares y que, consecuentemente, podían beneficiarse de programas generales de rehabilitación. Aunque esta critica está bien fundamentada, es importante analizar estas intervenciones en el contexto en que surgieron y fueron aplicadas, residencias de ancianos u hospitales psicogeriatricos en los que los niveles de estimulo posiblemente fueran pobres, en pacientes en estadios moderados-severos de evolución y con estados de confusión superpuestos.

Conforme se ha ido avanzando en el conocimiento de la enfermedad y en el diagnostico precoz, las terapias no farmacológicas salen fuera del ámbito puramente residencial y aparece la necesidad de su aplicación a pacientes que

viven en la comunidad, generalmente con un menor grado de deterioro y con otras necesidades de cuidado. De ahí, la aparición de programas más específicos de estimulación que combinan actividades de grupo con otras más individualizadas diseñadas en función de los déficit que presente el enfermo.

Actualmente, los tratamientos combinados son los que han dado los mejores resultados.

Sin embargo, debemos de resaltar que el tratamiento de la demencia debe de contemplar varias etapas durante el inicio y el curso de la enfermedad y que pueden ser enumeradas de la siguiente forma:

1.- Establecer una alianza terapéutica con el paciente y su familia.

2.- Realizar un estudio diagnóstico completo y prescribir al paciente los cuidados médicos generales que pudieran ser necesarios.

3.- Establecer las medidas terapéuticas específicas teniendo en cuenta:

a) El tipo de enfermedad que produce la demencia.

b) El patrón sintomatológico del paciente.

c) La posible eficacia dentro del conjunto de las áreas afectadas: cognitiva, funcional y conductual.

La tolerancia y los efectos adversos, incluyendo la interacción con otros tratamientos.

4.- Valorar y controlar el estado psicopatológico.

5.- Determinar el lugar en que debe aplicarse el tratamiento y la frecuencia de las visitas.

6.- Vigilar la seguridad e intervenir cuando sea necesario (suicidio, violencia, entorno seguro, fugas, prevención de caídas, atención y malos tratos).

7.- Aconsejar al paciente y a su familia respecto a actividades de riesgo (conducción, licencia de armas, etc.).

8.- Educar al paciente y a la familia respecto a la enfermedad y los posibles tratamientos.

9.- Recomendar a la familia posibles ayudas para los cuidados y apoyo.

10.- Orientar a la familia en cuestiones económicas y legales.



## CAPITULO 3 METODOLOGIA

### 3.1 Pregunta de investigación

Conocer el estado actual de la investigación psicológica relacionada con el tema del envejecimiento normal y la demencia en los distintos trabajos de investigación (Tesis, Tesinas, Reportes Laborales, Informe de Prácticas e Informes de Servicio Social) realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2009.

### 3.2 Objetivo general

Identificar y analizar en un nivel descriptivo los trabajos de investigación a nivel licenciatura realizados en la Universidad Nacional Autónoma de México en los campus donde se imparte la carrera de Psicología con el propósito de tener una visión general de las tendencias actuales y predominantes en la investigación acerca del envejecimiento normal y la demencia.

### 3.3 Procedimiento

A través de la pagina web [dgbiblio.unam.mx](http://dgbiblio.unam.mx) se tuvo acceso al catalogo Tesiunam para revisar los trabajos de investigación realizados en el periodo 2000 al 2009, sin embargo, se observó que dicho catalogo no contaba con toda la información requerida, por lo que fue necesario acudir a la biblioteca de cada uno de los campus donde se imparte la Carrera de Psicología (Facultad de Psicología campus Ciudad Universitaria, Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala y Facultad de Estudios Superiores campus Zaragoza) con el propósito de revisar los trabajos relacionados con el tema del envejecimiento y la demencia.

En primer lugar se visitó La Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala y La Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza.

Una vez identificados los diferentes trabajos se realizó el análisis de los contenidos clasificándose la información de acuerdo a los siguientes ejes: año de publicación, tipo de trabajo, director, autor(s), clasificación, titulo,

participantes, sexo, edad, objetivo, metodología y resultados lo cual se registra en las tablas que se presentan a continuación.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	S	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
1	2001	Tesis	Lic. Santaella H. Guadalupe Beatriz	Bustos Gutiérrez Jennifer; Velázquez Velazco Virginia.	2001.1 50	66 Sujetos de la Casa de Reposo "Mateos Portillo" del Distrito Federal	M/F	70 años	Actitud ante la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados	Conocer si la actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados difiere de acuerdo con el sexo, los nexos afectivos, la frecuencia de visitas, el tipo de ingreso y el tiempo de estancia en la institución.	Se pidió a cada uno de los participantes su colaboración para llenar tres instrumentos de evaluación para conocer su actitud hacia la muerte. La red semántica donde se pide al sujeto que anote las palabras que están relacionadas con la muerte y posteriormente las jerarquice, 1 para aquellas que le ocasionan rechazo y 3 para aquellas que son aceptadas; la escala de Diferencial semántico que se conformo por 10 adjetivos bipolares: dolorosa-agradable, pérdida-ganancia, alegre-triste, llantorisa, odiosa-amorosa, insignificante-grandiosa, admirable-despreciable, espantosa-maravillosa, soportable-insoportable, buena-mala; cada una con 5 espacios, siendo 1 para los adjetivos de rechazo y 5 para los de aceptación y, finalmente la escala de Ansiedad de Muerte de Templer (D.A.S.) tomando el formato de calificación propuesto por Ramírez A, R. y Sánchez, M.(1996) 4 para menor ansiedad y 1 para mayor ansiedad.	En este trabajo de investigación se encontró que los hombres de la tercera edad presentan mayor grado de ansiedad hacia la muerte que las mujeres, esto se debe a que la mujer tiene papeles distintos al hombre una vez llegada la vejez, los ancianos que no tienen lazos familiares y por ende no son visitados también presentan escalas de ansiedad elevadas, esto debido al sentimiento de desolación por el que atraviesan, el anciano tiene la necesidad de retener o establecer lazos afectivos que lo mantengan en contacto no solo con su realidad interna sino también con la externa. El abandono de un anciano en una casa de reposo o en otra institución incrementa las posibilidades que muera en la soledad y la desesperación.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	S	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
2	2004	Tesis	Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez	Flores González Sandra; Gómez Avendaño María Edith	2004.228	26 Sujetos de la clínica nº 78 del IMSS ubicada en Netzahualcóyotl Edo.de México.	F	Mayores de 60 años	Influencia del entrenamiento en la autoestima de adultos mayores	Desarrollar un programa de actividades dirigidas a entrenar y promover una mejor autoestima enfatizando la importancia de mantener el valor, respeto y aceptación por sí mismo, con el fin de poder vivir una vida plena y tranquila en el anciano	Se desarrollo un taller para el entrenamiento en autoestima dirigido a adultos mayores con una duración de seis sesiones de dos horas cada una, así mismo se utilizaron los instrumentos: formato de entrevista breve para conocer aspectos generales de los sujetos, el instrumento de Autoestima de Lucy Reidl (1981) para conocer defectos y cualidades de los mismos y el Cuestionario de Asertividad de Sam R. Lloyd (1998). Se realizo la calificación y tabulación de los puntajes obtenidos tanto para la autoestima como para la asertividad.	Los resultados indicaron que el taller de autoestima diseñado para adultos mayores funciona correctamente y tiene efectos positivos en los niveles de autoestima, ya que las diferencias obtenidas antes y después de la aplicación del taller fueron estadísticamente significativas. La correlación entre autoestima y asertividad señalaron que el entrenamiento en autoestima si influye en la asertividad pero no en la misma proporción, es decir, no existe una correlación positiva, los incrementos en la autoestima no determinan el incremento en la asertividad.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
3	2005	Tesis	Lic. López-Arce Coria Alma Mireia	Iniesta Barrón Blanca Elizabeth	2005.200	29 Sujetos que son residentes de albergues del INAPAM en el Distrito Federal	M/F	Edad mínima de 60 años	Depresión y funcionalidad en adultos mayores	Identificar cual es la relación entre la depresión y la funcionalidad entre los adultos mayores residentes de distintos albergues del INAPAM en el Distrito Federal para elaborar programas de intervención a nivel preventivo y/o rehabilitatorio que ayuden a mejorar la calidad de vida	Se solicitó a los sujetos su colaboración para participar en un estudio para crear propuestas y programas de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se les aplicaron tres instrumentos: la escala de Depresión Geriátrica (GDS), el índice de Barthel y el instrumento para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton, M.P., 1982). Estos instrumentos midieron el grado de depresión y la funcionalidad en sus dos dimensiones: actividades básicas de la vida diaria como alimentarse, asearse, vestirse, bañarse y actividades instrumentales de la vida diaria como tareas del hogar, comprar víveres, manejo de medicación; al final se realizó el análisis estadístico de los datos para identificar la correlación entre cada una de las variables estudiadas.	Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que no existe relación entre depresión y la funcionalidad en sus dos dimensiones. En esta investigación se observó que los participantes eran independientes en las actividades de su vida diaria así como en sus actividades instrumentales. Debido principalmente a que forman parte de grupos ya establecidos donde la participación de los ancianos solo se limita a realizar actividades propuestas por los propios encargados. Se propone implementar programas que promuevan la autonomía en los adultos mayores para mejorar su calidad de vida, también se propone la participación de la familia y redes de apoyo social que permitan al anciano llevar con más dignidad la vejez. Al no trabajar con una muestra representativa de la población anciana no se pueden generalizar los resultados obtenidos,

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
4	2006	Tesis	Lic. De Buen Rodríguez Patricia Paz	Soto Rodríguez Juventino	2006.2 75	2 Sujetos	M/F	Mayores de 70 años	Calidad de vida en la tercera edad	Identificar la relación que existe entre las actividades físicas, los aspectos psicológicos y la actividad laboral en la vejez con la buena calidad de vida de los adultos mayores.	Revisión bibliográfica	Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que los participantes tienen una buena calidad de vida ya que cumplen con los estándares establecidos, existe un equilibrio entre sus necesidades materiales, emocionales y sociales. Los resultados son significativos, ya que son el producto de la comparación entre lo dicho por ellos y lo que se observa en la realidad. Los resultados reflejaron el modo de pensar y actuar de un sector de la población, básicamente de quienes se encuentran en similares condiciones.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
5	2008	Tesis	Mtra. Terán Guillen Marquina	González Cruz Jaqueline	2008.2 15	6 Mujeres del Club de la Tercera Edad "NICOLAS BRAVO" del Distrito Federal	F	Mayores de 60 años	Taller de prevención de violencia, maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores	Implementar un Taller preventivo de información y sensibilización de violencia, maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores.	Se trabajo con seis mujeres del Club "Nicolás "Bravo" en seis sesiones de dos horas cada una. Se aplico un cuestionario antes y después del taller sobre Conocimientos sobre violencia, maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores. También se les aplicó un cuestionario para conocer si alguno de los participantes había sufrido maltrato en los últimos doce meses de la investigación. Se realizo el análisis de los datos obtenidos en cada uno de los cuestionarios y se entrevisto a los participantes para conocer los beneficios que les proporciona este tipo de talleres.	Los datos demostraron que la violencia contra los adultos mayores se da principalmente en el núcleo familiar, en muchos casos esta violencia no es reportada por temor a las consecuencias o a la vergüenza misma del que la padece. El taller pretende sensibilizar e informar sobre la violencia hacia el anciano para que reconozcan si están viviendo una situación de maltrato o abuso y puedan aceptar ayuda para detenerla. Se pretende con este tipo de trabajo sensibilizar a los participantes acerca de las diferentes formas de maltrato que existen durante la tercera edad.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
6	2009	Tesis	Mtra. Valenzuela Cota María Asunción	Ramírez Granados Luis	2009.029	70 Sujetos que pertenecen a la delegación Benito Juárez	M/F	Mayores de 60 años	Participación ciudadana de un grupo de adultos mayores	Describir algunos antecedentes y condiciones de vida de un grupo de adultos mayores, evaluar la presencia de depresión e identificar diferencias en cuanto a manifestaciones de depresión en hombres y mujeres de la tercera edad.	Se formaron 7 grupos de 10 sujetos cada uno con el propósito de aplicarles dos cuestionarios, uno sobre depresión y otro sobre movilidad territorial. El análisis de los datos se realizó por medio del SPSS (Statistical Packet Social Science), se efectuó una descripción porcentual de los indicadores del cuestionario sobre depresión, se calculó el índice de depresión de cada uno de los participantes y se hizo la descripción porcentual de cada pregunta del cuestionario de movilidad territorial. Se llevo a cabo la recolección de datos y se plasmaron en graficas para su mejor comprensión.	Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El formar parte de actividades comunitarias y el relacionarse con otros individuos evita síntomas de depresión en personas de la tercera edad, en cambio, el carecer de recursos económicos, tener una mala salud o carecer de relaciones familiares puede disparar estos trastornos en el anciano. El adulto mayor que goza de una buena calidad de vida reconoce que su permanencia en este mundo ha llegado a su fin pero la acepta como algo inevitable que tarde o temprano tiene que suceder.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
7	2009	Tesis	Mtra. Montenegro Núñez María del Carmen	Sánchez Chávez Francisco Alberto	2009.1 63	30 sujetos del "Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón"	M/F	Entre 60 y 80 años	El bienestar psicológico en adultos mayores, un resultado del envejecimiento activo	Evaluar el bienestar psicológico de un grupo de adultos mayores que realizan actividades para mejorar su calidad de vida.	Se trabajo con 12 hombres y 18 mujeres. Se hizo una división entre asalariados y no asalariados. A cada uno de los participantes se les aplicaron tres instrumentos: Cuestionario de actividad productiva, Perfil de Estrés de Kenneth M. Nowack y Escala de Depresión de Beck A. El análisis de los datos se llevo a cabo en el Programa SPSS. Se utilizo la "t de Student" para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre la condición laboral y el estado de salud de los participantes. Se presentaron los resultados por medio de graficas para una mejor comprensión y apreciación	Los resultados indicaron que el ser asalariado o no serlo no influye para tener un mejor bienestar físico y psicológico entre los adultos mayores. El ser productivos no implica tener un sueldo, muchas veces el adulto mayor participa en las labores del hogar y en el cuidado de los nietos lo cual le ocasiona mayor satisfacción. El ejercicio, el pertenecer a un grupo o el buen estado de salud trae mejor calidad de vida en el anciano que el percibir un sueldo. Esta investigación propone promover la actividad física y mental del adulto mayor a través de programas de salud.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
8	2009	Tesis	Lic. Sánchez Gámez José Luis	Vizcarra Carrillo Gabriela	2009.308	Personas de la tercera edad	M/F	Mayores de 60 años	Actividades psicomotrices para la tercera edad como alternativa de tratamiento complementario en la depresión	Determinar si las actividades psicomotrices en el adulto mayor son una alternativa de tratamiento complementario para la depresión.	Identificación de los candidatos. Aplicación de una entrevista breve para conocer su estado de salud. Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica para identificar estos trastornos en los participantes. Se realiza un taller de doce sesiones con una duración de 40 minutos cada una en donde se le proporcionaran distintas actividades psicomotrices que generaran cambios en su salud física, se toman en cuenta actividades que mejoren el deterioro funcional ocasionado por la edad. Antes de cada actividad se tomaran los signos vitales de los participantes para evitar complicaciones dentro de cada sesión. Al término de las sesiones se aplica nuevamente la escala de depresión para conocer los avances dentro del taller.	Los resultados en esta investigación indicaron que la terapia psicomotriz favorece una mejor calidad de vida a los adultos mayores, la psicomotricidad favorece el dialogo corporal a través de la implicación de todo el cuerpo y permite conseguir los objetivos terapéuticos, logrando armonía entre las emociones y el cuerpo. Este tipo de terapia favorece la disminución de la depresión en el adulto mayor considerándolo como un tratamiento alternativo al farmacológico y permitiendo a los adultos mayores una mejor calidad de vida, además de mantener y aumentar su independencia en el núcleo familiar.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
9	2005	Tesina	Lic. García Carranza Damariz	Ibáñez Bautista Luis	2005.2 34	Público en general	M/F	Indistinta	Propuesta de un taller para la elaboración de duelos en adultos mayores	Los participantes reconocerán, se sensibilizarán y comprenderán el proceso que sigue un duelo, así como las estrategias y herramientas para transitarlo de una manera más consciente y una vez superado éste, restablecer su armonía interna y su sentido de vida.	Revisión bibliográfica	En base a la revisión bibliográfica se propone un taller teórico-vivencial con la finalidad de que las personas conozcan y vivan qué es un duelo, sus diferentes expresiones, las fases por las que atraviesa. Así mismo, reconozcan las manifestaciones emocionales, físicas y psicológicas ante una perdida. Puedan diferenciar entre un duelo normal y uno patológico. Se pretende concientizar al profesional en psicología, a interesarse más, a buscar o generar mayor información acerca de las perdidas, a crear las herramientas y tareas necesarias para la elaboración de las mismas. Pretende generar programas de apoyo tanto a nivel prevención como de apoyo en crisis. Todo esto con el fin único de conservar o rescatar la salud emocional del anciano.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
10	2007	Tesina	Lic. García Carranza Damariz	Contreras Robles Santiago Jorge	2007.035	Personas de la tercera edad residentes de una comunidad rural del Estado de Morelos (Jonacatepec)	M/F	Mayores de 60 años	Taller de autoestima para adultos mayores en situación de violencia familiar en una comunidad rural	El objetivo de esta propuesta fue el de diseñar un Taller de Autoestima para adultos mayores en situación de violencia familiar (abandono), acorde a sus características socio-culturales y perfil psicológico a fin de mejorar su calidad de vida.	Se llevo a cabo en el balneario "Las Pilas" bajo la supervisión del DIF de la entidad. El taller consta de 12 sesiones de 90 minutos cada una y fue impartido semanalmente. En atención a la parte medular de este taller, la autoestima, se dedicaron tres sesiones a este tema con objetivos encaminados a favorecer en los participantes la restauración o incremento de la misma. Se trabajo desde una perspectiva humanista, con apoyo de técnicas cognitivo-conductuales a fin de favorecer en el adulto mayor, en cada una de las sesiones, el descubrimiento y conocimiento de sus propias cualidades y potencialidades. Al final del taller se hizo un recuento de los logros alcanzados en las siguientes areas: cognitiva, social, conductual y afectiva de los participantes.	Este trabajo propone impulsar acciones de participación social y cultural, platicas informativas con temas de interés para los ancianos, organizar redes solidarias que permitan llevar un control y seguimiento personalizado de los adultos mayores que sufran algún tipo de abuso, programas especiales de protección con el propósito de evaluar posibles abusos cometidos en contra de adultos mayores en referencia a la higiene, nutrición, vestimenta, síntomas de trauma, estilo de vida y grado de contacto social, evaluación médica, abuso de sustancias, etc..Promueve implementar talleres de envejecimiento dirigidos a cuidadores, víctimas potenciales y demás interesados en el tema a fin de coadyuvar de manera preventiva la disminución del maltrato a las personas de la tercera edad.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
11	2007	Tesina	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Cruz Rojo Pilar	2007.036	Personas de la tercera edad	M/F	Mayores de 55 años	Propuesta de un programa de información y prevención de envejecimiento prematuro dirigido a personas de la tercera edad	El objetivo de este trabajo fue el de realizar un programa de educación para adultos mayores que sirviera de guía informativa y ofreciera una serie de temas relacionados con las etapas del envejecimiento, la problemática del adulto mayor y que a su vez informe sobre cómo prevenir algunas enfermedades y/o discapacidades que generalmente se presentan durante la etapa adulta tardía.	Revisión Bibliográfica	Este programa servirá como herramienta para que psicólogos, gerontólogos y educadores de la salud puedan transmitir una idea positiva de la vejez. A través del taller el anciano podrá encontrar información referente a los cambios que sufre su cuerpo, tanto biológica, sociológica y psicológicamente y al tener este conocimiento pueda adaptarse satisfactoriamente a esta etapa de la vida. Se pretende que este trabajo motive a los ancianos a buscar herramientas para enfrentar la vejez con nuevos estilos de vida, sin dejar de lado sus propias limitaciones físicas y emocionales.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
12	2007	Tesina	Mtro. Serra Padilla Celso	Villalpando Alvarado María del Carmen	2007.3 08	10-25 Participantes Jubilados de preferencia	M/F	60 años en adelante	Jubilación y salud emocional taller de apoyo emocional como una propuesta de revaloración para jubilados	Promover un trabajo grupal a manera de "Taller de Apoyo Emocional" que permita al jubilado tener una visión más amplia e integral de lo que es el trabajo grupal en el apoyo y promoción de una salud y fortalecimiento emocional así como favorecer un proyecto de vida.	Revisión Bibliográfica	Este taller servirá como base para que personal especializado en adultos mayores, como gerontólogos y psicólogos, cuenten con herramientas sustentadas en un marco histórico, teórico y metodológico puedan abordar aspectos del envejecimiento social y funcional, la jubilación, como un fenómeno creciente. Sensibilizar, concientizar y responsabilizar a los mismos jubilados de que su vida depende solo de ellos y puedan generar proyectos que les permitan contar con nuevas capacidades de reflexión y crítica. También puede servir como apoyo para que la sociedad misma tenga una distinta de ver la jubilación en el adulto mayor.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
13	2008	Tesina	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Rocha González Héctor	2008.166	Adultos mayores que asisten a grupos de la tercera edad	M/F	De 60 años en adelante	Programa para elevar y mantener la salud física y mental de personas entre 60 y 80 años que asisten a los clubes de la tercera edad del D. I. F. de Amecameca, Edo.de Méx.	El objetivo de esta propuesta es desarrollar un programa de reeducación en el adulto mayor que le permita elevar su salud física y mental, evitando el sedentarismo, a través del ejercicio físico o actividad física continua.	Revisión Bibliográfica	Esta propuesta propone que a través del ejercicio y de una alimentación sana el adulto mayor pueda afrontar de manera satisfactoria el proceso de envejecimiento y pueda ser autosuficiente, independiente y con un mejor nivel de salud mental que le permitirá proyectar una imagen de fortaleza, armonía y felicidad. Con este taller se podrán disminuir riesgos y a su vez retardar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas en el adulto mayor y fomentara una vida de independencia física, mental, social y económica en las personas de la tercera edad. Pretende generar una cultura para entender el envejecimiento con dignidad y respeto.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
14	2009	Tesina	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Aguilar Lara Elvira Alicia	2009.1 40	Personas que asistan a centros de salud	M/F	50-70 años	Propuesta de un taller de orientación para prevenir duelos patológicos en adultos mayores	El objetivo de este taller es informar a las personas de edad intermedia, viejos y ancianos sobre las características de las perdidas, así como brindar algunas formas de orientación e identificar los signos de un duelo patológico para evitar el sufrimiento prolongado de manera innecesaria.	Revisión Bibliográfica	A través de esta propuesta se pretende que los adultos mayores encuentren un espacio adecuado para recibir información y orientación sobre los procesos de envejecimiento, manejo de duelo y pérdidas y a su vez identificarlos a fin de prevenir las manifestaciones patológicas de esta etapa del ciclo vital. Con este taller se pretende informar a los participantes que las pérdidas no solo pueden ser de algún familiar sino que también en su propio organismo se pueden presentar y es necesario identificarlas y darles el tratamiento adecuado y aceptarlas para tener una mejor calidad de vida. Se podrá prevenir sobre las consecuencias que se presentan en el duelo, como puede ser la soledad, el aislamiento y la depresión lo cual es muy frecuente en las personas de la tercera edad.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
15	2009	Tesina	Mtra. Santaella Hidalgo Guadalupe Beatriz	Mendoza Pita Evangelina	2010.011	Personas de la tercera edad	M/F	55-70 años	La depresión como un desencadenante de problemas psicosomáticos en adultos mayores	Informar a los participantes en qué consiste el proceso natural del envejecimiento, sus características principales, cambios y alteraciones que se presentan a nivel físico, cognitivo y social; así como informar en qué consiste la depresión, su clasificación y sus principales síntomas.	Revisión Bibliográfica	Se pretende, a través de este taller, que las personas mayores obtengan información sobre el proceso natural del envejecimiento, sus etapas y la manera de manejarlas correctamente para evitar enfermedades. Con este trabajo también se pretende dar a conocer las principales características del envejecimiento y de los aspectos físicos, psicológicos y sociales que se presentan en el anciano y que pueden mermar su salud. Los adultos mayores que participen en este tipo de propuestas conocerán los beneficios de llevar una vida saludable y con ello evitar enfermedades. Aprenderá a utilizar correctamente su tiempo libre.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
16	2006	Reporte laboral	Mtra. Mancilla Gómez Blanca Elena	Obregón Hernández Alejandro	2006.2 48	Integrantes de los grupos del INAPAM	M/F	60 años en adelante	Los grupos de tercera edad como apoyo psicológico para solucionar sentimientos de inutilidad, soledad y bajo estima	Conocer las características de la población anciana, evaluar los programas institucionales y promover la formación de recursos humanos especializados en el campo de la investigación gerontológica.	Se realizo un estudio para conocer las necesidades de la gente adulta que asiste a los grupos del INAPAM. Se convoco a participar en un club donde se trabajaría aspectos relacionados con su situación. Se empezó por observar las características generales de la población ya que existía una gran homogeneidad de adultos mayores. El trabajo se realizo a partir de la formación de un grupo, la observación, la entrevista, diagnostico, elaboración de estrategias, planeación de actividades, terapias ocupacionales, sesiones grupales y la reactivación social. Se analizaron los datos y se observaron los cambios ocurridos.	Los resultados obtenidos en este trabajo reportan un incremento de las habilidades sociales de los adultos mayores al incrementar su convivencia con sus iguales, una gran rehabilitación física a través del ejercicio al que fueron canalizados como parte del programa. El trabajo realizado modifico una serie de actitudes y planteamientos dirigidos a diferentes componentes de la vida en el anciano. La vivencia de los conceptos padres, paciencia, solución de problemas, familia, pareja, futuro, trabajo, dinero, salud, cuidado, compañerismo, lealtad, miedo entre muchos otros se vieron profundamente modificados. Deja las bases para investigaciones futuras a beneficio de los adultos mayores.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
17	2009	Reporte laboral	Mtra. Santaella Hidalgo Guadalupe Beatriz	Vázquez Campero Lucia Angélica	2009.070	207 sujetos que se les impartió el taller	M/F	60-80 años	Tanatología, duelo y sentido de vida. Taller para adultos mayores del INAPAM	<p>A través de este taller el participante adquirirá conocimientos básicos sobre Tanatología que le permitirán integrar su visión en torno a la muerte y al manejo de las pérdidas y duelos como procesos naturales del ciclo de vida.</p>	<p>Se diseñó un taller de 5 sesiones de 4 horas cada una. Se trabajó bajo dos principios finitud (limitaciones asociadas a la edad) y autodesarrollo (crecimiento de la personalidad). Así mismo, durante el taller se revisaron aspectos generales de Tanatología y el proceso de duelo en los participantes. Se diseñaron actividades relacionadas con la trascendencia, la espiritualidad y el sentido de vida que propone la Logoterapia ya que estos son conceptos clave para entender mejor el proceso de duelo en el anciano. Durante el taller se trabajó con los tópicos de interés para la población participante, Tanatología, duelos y aprendizajes vitales. En cada sesión el adulto mayor participa activamente.</p>	<p>Este taller pretende que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida y a su vez cuente con las herramientas necesarias para enfrentarse a una situación de duelo. Con este taller el participante podrá resolver situaciones originadas por la pérdida de un ser querido y reconocerá lo importante que es conceptualizar la muerte como parte ineludible de la vida, la expresión de emociones y sentimientos ligadas a esta, así como asumir la responsabilidad de su propia vida una vez que tome conciencia de ella. Pretende que el anciano perciba a la muerte de una manera más realista y con ello generar menos ansiedad en base a estrategias experienciales y didácticas y lograr cambios favorables en su actitud ante la muerte.</p>

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
18	2009	Informe de prácticas de Servicio Social	Mtra. Gutiérrez Lara Mariana	Chairez López Ancira Rosalía	2009.301	Alrededor de 40 residentes de la Casa Hogar Vicentino	M/F	60-100 años	Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados y con discapacidad	Exponer una forma de trabajo a través de una intervención de tipo exploratorio, una realidad psicosocial poco conocida representada por una comunidad (la tercera edad) que tiende a multiplicarse durante los próximos años.	Revisión Bibliográfica	Lo que se pretende con este Informe de Practicas de Servicio Social es contextualizar, comprender y abordar a la tercera edad desde una perspectiva actual. Con base en los datos cuantitativos y cualitativos de este informe se dice que la atención al adulto mayor como insuficiente ya que no cuenta con los elementos necesarios para una buena calidad de vida, dentro y fuera de una institución. La tercera edad es un problema social que involucra múltiples aspectos y disciplinas, médicos-clínicos, culturales, educativos, económicos, ecológicos, políticos, legales, comerciales y ético-filosóficos entre otros.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
1	2006	Tesis	Dr. Jurado Cárdenas Samuel	Mondragón Maya Cristina Alejandra	2006.057	62 Adolescentes	M/F	15-20 años	Niveles de ansiedad, depresión y enojo en el cuidador adolescente de pacientes con demencia	Conocer los niveles de depresión, ansiedad y enojo en el adolescente cuidador de demencia.	Para esta investigación se trabajo con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario DE Depresión de Beck (IDB) y el Inventario Estado Rasgo de Expresión del Enojo México (IEREEM). Se crearon dos grupos, uno formado por cuidadores adolescentes cuyas edades fluctuaban entre 15.6 +/- 2.6 años y el segundo entre 15.6 +/- 1.9 años. La media de tiempo de cuidado fue de 2.9 años y de 2.8 horas de cuidado a la semana. Se realizaron comparaciones entre las variables demográficas y niveles de ansiedad, depresión y enojo.	Esta investigación demuestra que no existen diferencias significativas en los grupos, sin embargo, existen algunas variables de cuidado que parecen estar relacionadas con niveles de ansiedad, depresión y enojo. De acuerdo a los resultados obtenidos, el tipo de demencia, el parentesco con el paciente y las horas de cuidado al día parecen influenciar de manera importante sobre los niveles de ansiedad y depresión en los adolescentes que cuidan a pacientes con demencia, en estos últimos se encontraron más nerviosos, incómodos e indecisos. No obstante, es necesario realizar investigaciones para conocer los efectos del cuidado en términos de salud mental en gente más joven.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
2	2007	Tesina	Mtra. Zaldívar Martínez Irma	Villagomez Pérez Sandra	2007.006	10-15 personas	M/F	Sin especificar	Evaluación e identificación del estrés y la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia: Una propuesta de trabajo	El objetivo de esta propuesta de trabajo es hacer que el cuidador de un paciente con demencia sea capaz de identificar las fuentes de estrés y sobrecarga, el impacto en su salud y aprender estrategias para su manejo.	El taller se realizó en cuatro sesiones de dos horas cada una. Se trabajó con técnicas psicológicas no invasivas, ejercicios de relajación, que permitieron identificar y controlar los niveles de tensión muscular que presenta el cuidador de un paciente con demencia, también se trabajó con la autorregulación emocional para bajar los niveles de estrés. A través de esta técnica se identifican pensamientos irracionales que son la causa de los problemas emocionales, el objetivo de esta técnica es detectar este tipo de pensamientos y sustituirlos por otros de tipo racional, que son el tipo de pensamientos que corresponden a la realidad objetiva. Se instruyó al cuidador para que detectara los pensamientos nocivos y los transforme.	Este programa servirá para que cuidadores de pacientes con demencia tengan un mejor manejo del estrés, puedan preservar su salud y puedan interactuar con otras personas; desarrollar y fortalecer habilidades de afrontamiento, mediante sesiones de trabajo en las que se brindará información acerca de la demencia y los problemas conductuales que se presentan en un paciente con alteraciones cognitivas y algunas posibles soluciones. A través del taller el cuidador primario aprenderá técnicas psicológicas no invasivas como: ejercicios de respiración, frases autógenas, ejercicios de imaginación guiada, ejercicios de relajación muscular y escritura emocional auto reflexiva que le permitirán bajar las cargas de estrés y tener una mejor calidad de vida.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
3	2007	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Santiesteban Sánchez Griselle Elizabeth	2007.2 41	8 Familiares y/o cuidadores primarios de pacientes con demencia de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" I.A.P.	M/F	No especificada	Terapia racional, emotiva breve y manejo de la asertividad dirigida a cuidadores de pacientes con demencia	Crear un espacio de intervención terapéutica donde los familiares o cuidadores primarios de enfermos con demencia, perturbados por la enfermedad puedan expresar su problemática.	Se realizo una entrevista individual con el propósito de conocer la problemática de cada participante y se les aplico la "entrevista sobre la carga del cuidador de ZARIT" Se diseño un taller con duración de 10 sesiones de 90 minutos cada una, donde se hablo de sus inquietudes con el fin de identificar y modificar sus pensamientos irracionales. También se entreno a los participantes para tener un comportamiento asertivo. Al término de las sesiones se les aplico un cuestionario para conocer los cambios observados antes y después de la propuesta. Las areas que se estudiaron fueron las siguientes: familiar, social, laboral y de pareja.	El resultado de esta práctica demuestra que al entender y resolver la su problemática los participantes mejoran su relación con el paciente que tienen a su cargo, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. La terapia breve es una opción para que los cuidadores primarios puedan asistir al tratamiento y en pocas sesiones adquieran herramientas para resolver los problemas que los aquejan. Este tipo de propuesta permite a los participantes identificar los pensamientos que afectaban su relación con el paciente y a su vez realizaron modificaciones en su comportamiento, gracias al entrenamiento asertivo dentro del taller.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
4	2007	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Gómez Tello María Fernanda	2007.245	4 Pacientes de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar"	F	55-85	Programa de rehabilitación del lenguaje en pacientes con Alzheimer	Los objetivos de esta intervención fueron los siguientes: mantener la comunicación del participante, brindarle la posibilidad de transmitir sus necesidades y sentimientos, repercutir positivamente en sus relaciones interpersonales, mantenimiento de la lectura escritura y el reforzamiento del vocabulario relacionado con sus necesidades básicas.	A cada participante se le aplico el Test de Boston para el diagnostico de la afasia: adaptación española y el Test de Vocabulario de Boston. A continuación se aplico el programa de rehabilitación del lenguaje. Este programa busca rehabilitar mediante la estimulación cuatro áreas del lenguaje: discurso, escritura, lectura y a un nivel léxico-semántico. Se trabajo durante 23 sesiones de 90 minutos cada una. Cada sesión consto de diversas actividades destinadas a la estimulación de las áreas anteriormente mencionadas. Para evaluar la evolución de cada participante, además de las evaluaciones del Pre y Pos-Test, se llevo una bitácora de cada una de las sesiones.	Como resultado de esta práctica se obtuvo lo siguiente: al utilizarse programas de psicoestimulación en el mantenimiento y/o mejora del lenguaje en pacientes con Enfermedad de Alzheimer se mejora su funcionamiento cognitivo, es decir, el enfermo es capaz de retener, aprender y reaprender habilidades e información importante y relevante pese a sus dificultades memorísticas, además de que son capaces de mantener este aprendizaje en el tiempo. Se observaron mejoras emocionales y una autoestima alta en los participantes lo cual impacta de manera positiva en el cuidador aligerando su carga.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA /UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
5	2007	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Moreno Mercado Georgina	2007.2 6	3 Pacientes de la Fundación Alzheimer "Alguien con quien contar" I.A.P.	M/F	75-85	Adaptación de las técnicas de relajación del manual de cautela en pacientes con demencia	<p>El objetivo de esta práctica fue el de optimizar la atención que se brinda en la Institución a este tipo de pacientes para poder favorecer su integración a las actividades de su vida diaria, la relación con la familia y retrasar el deterioro.</p>	<p>Se realizó un programa de relajación basado en el manual de Cautela y Groden que contribuyera a la disminución de la ansiedad en los participantes. Como parte del ejercicio se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton (Pre-Test) para conocer su estado actual, a continuación se procedió a realizar la preparación para la relajación, observando una serie de conductas: habilidades básicas, habilidades de imitación y órdenes sencillas. Posteriormente se volvió a aplicar la escala de Hamilton (Post-Test) a fin de comparar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención.</p>	<p>El resultado de esta práctica manifiesta que las técnicas de relajación son de utilidad para el paciente y que si son combinadas con el tratamiento farmacológico la ansiedad disminuirá. A su vez, por medio de la estimulación constante se podría intentar detener el deterioro cognitivo progresivo que genera síntomas de ansiedad en los pacientes. Aunque los resultados obtenidos no pueden generalizarse para la mayoría de los pacientes con Alzheimer se puede inferir que este tipo de propuestas pueden ayudar a disminuir los estados de ansiedad en el enfermo. También podrá servir como marco de referencia para nuevas investigaciones.</p>

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
6	2008	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Galia Alvarado Marlene Alejandra	2008.147	3 Pacientes con Alzheimer de la Fundación "Alguien con quien contar"	M/F	75-85	Rehabilitación de la memoria episódica y semántica en pacientes con Alzheimer	El objetivo de este informe de prácticas propone buscar estrategias para asistir y compensar la pérdida de memoria episódica y semántica en el paciente con Alzheimer. A través de ejercicios se fomenta y ejercita el reconocimiento de objetos de su vida diaria, así mismo, ejercita recuerdos de tipo episódico que favorecieron tanto su vida afectiva como familiar.	Este programa estuvo dirigido a tres pacientes con Alzheimer de la Fundación "Alguien con quien contar" I.A.P. Se realizaron 25 sesiones de una hora con cada uno de los participantes. Se utilizó una evaluación Pre-Test y Post-Test para conocer el funcionamiento cognoscitivo de los pacientes utilizando el Instrumento Neuropsi. A continuación se presentaron, a lo largo de las sesiones, estímulos episódicos particulares para cada paciente, recuerdos de la infancia, juventud, madurez y vejez.	Los resultados obtenidos en este Informe demostraron que la intervención mnémica en pacientes con Alzheimer presentan mejorías clínicamente observables en la evocación de la información semántica y episódica, así como en otras áreas cognoscitivas como el lenguaje oral y escrito. La recuperación que se dio en estas áreas se da como resultado de la plasticidad cerebral que tiene el enfermo de Alzheimer y a una correcta estimulación durante intervenciones mnémicas. Este tipo de trabajos, por medio de la estimulación, aporta beneficios cognoscitivos para el paciente con Alzheimer y en el anciano se observa un sentimiento de valía y competencia por aprender más.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
7	2008	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Barroso Salgado Raquel	2008.1 68	31 Sujetos entre familiares y cuidadores primarios de la Fundación "Alguien con quien contar" I.A.P.	M/F	20-60	Entrenamiento en calidad de vida a familiares y cuidadores primarios de pacientes con demencia	El objetivo de este Informe fue: elaborar un curso donde familiares y cuidadores primarios adquieran conocimientos y destrezas que les permitan entender la enfermedad de la demencia en beneficio del paciente.	Se programo un curso de 12 sesiones con 90 minutos de duración cada una. Se realizo un pre-test y un post-test con el propósito de evaluar los conocimientos de los participantes acerca de la enfermedad, para ello se utilizo el Instrumento "Calidad de vida en pacientes con demencia" calificando dos aspectos, Información general y Entrenamiento en calidad de vida. Durante el taller se les enseño a los participantes técnicas nuevas para entender y ayudar mejor al paciente con demencia.	A través de este taller se propuso guiar y adiestrar a los familiares y cuidadores primarios en las principales areas de la enfermedad: Física, Psicológica y Social a fin de retrasar el deterioro cognitivo de la demencia. También sugiere proporcionar apoyo para hacer frente a la enfermedad y evitar un colapso mayor en el núcleo familiar. A través de tareas como el mantenimiento de funciones cognitivas, aspectos emocionales y conductuales el enfermo podrá mejorar su calidad de vida.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor(es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
8	2008	Informe de practicas	Lic. Gutiérrez Ordoñez María Eugenia	Vázquez Claudio Luis Ángel	2008.2 88	Familiares y cuidadores de la Fundación "Alguien con quien contar" I.A.P.	M/F	30-65	Curso-taller para la atención y cuidado del paciente con demencia	El objetivo de este informe de prácticas es el de implementar un curso-taller para el familiar y cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer que brinde información clara y explícita sobre la enfermedad.	Este taller consistió en 15 sesiones de 2 horas cada una. Se entrevistó a cada uno de los participantes a fin de identificar los conocimientos que tenían sobre la enfermedad de Alzheimer. Se utilizó un cuestionario en pos y pre test para conocer los avances antes y después del curso. Durante cada una de las sesiones se proporcionó información sobre la enfermedad de Alzheimer: antecedentes, concepto de demencia Alzheimer, etapas y características, diagnóstico y tipos de demencia a manera de que surgieran dudas y fueran resueltas o tratadas.	El resultado de esta práctica demuestra que es necesario contar con información certera y adecuada sobre la demencia, cualquiera que esta sea, sus síntomas y el curso de la misma. Este curso permitió a familiares y cuidadores primarios conocer que este tipo de enfermedad no solo conlleva la pérdida de memoria sino que es un síndrome orgánico el cual es adquirido y persistente por el correr de los años, con afectación en múltiples funciones intelectuales y orgánicas.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
1	2000	Tesis	Lic. Rosales Pérez José Carlos	Chi Mejía María del Pilar	C7-2000-3	45 Sujetos del DIF Naucalpan	M/F	60 Años en adelante	El valor de la religión y de Dios en ancianos del DIF Naucalpan	Identificar los valores de la religión y de Dios en ancianos que asistieron al DIF Naucalpan en el año de 1988 así como elaborar una propuesta de instrumento que permita detectar estos valores.	Para esta investigación se utilizo un muestreo tipo no aleatorio intencional, basado en elegir aquellas personas que cubrían las características de la edad. Se utilizo un instrumento basado en preguntas tipo Flash, es decir, oraciones incompletas. Las frases que componen este instrumento están pensadas para aportar información acerca de los valores de las personas en forma inmediata. Se utilizo un diseño prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.	Los resultados de esta investigación indican que no existen diferencias significativas entre los valores dados por las mujeres y los hombres, sin embargo, hay que considerar el tamaño de la muestra. A su vez se debe considerar que no todos los seres humanos son iguales y que cada uno tiene su propia personalidad. Dentro de los valores de Dios encontrados son: Fe y Amar a Dios y los valores religiosos fueron Ser bueno, Comunicación con Dios y Obedecerlo. Esta investigación manifiesta que el anciano se va acercando más a Dios al no contar con relaciones sociales diferentes, familia, amigos, etc...

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
2	2000	Tesis	Lic. García Ledesma Rosa Isabel	Pérez Mercado Fanny Ruth, Trejo González Sandra Lilia.	P6-2000-7	2 Ancianos de la casa hogar "Arturo Mundet"	M/F	80-90 Años	Historia de vida en ancianos: una experiencia de investigación con un enfoque psicogenético.	Conocer cómo influye el concepto de muerte en ancianos institucionalizados para la elaboración de un proyecto de vida.	Revisión Bibliográfica	En esta investigación se trabajo con el discurso de 2 personas y se observaron diferentes aspectos de su vida como: inquietudes, necesidades, sentimientos, actitudes. Se observan diferencias en cada uno de los participantes, cada uno actúa de acuerdo a las pautas que marcaron su vida, sus preocupaciones y sentimientos varían de uno a otro. Se observa que ninguno de los participantes realizo un proyecto de vida en etapas anteriores a la vejez, factores como la familia, lo biológico, lo social y lo económico impidieron realizar este proyecto de vida.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
3	2001	Tesis teórica	Lic. Solís Flores Arcelia Lourdes	López Hernández Lidia	L8-2001-6	Jubilados	M/F	65 en adelante	Panorama actual de la jubilación en México y sus implicaciones en el ámbito psicológico.	Asumir una posición crítica ante el paradigma de la jubilación en México	Revisión Bibliográfica	Esta investigación teórica demuestra que existe una actitud negativa hacia la jubilación como predominante en los trabajadores mexicanos y esto no solo obedece a una cuestión cultural sino que el trasfondo político-económico es fundamental en la comprensión de este fenómeno. La jubilación de los mexicanos y sus necesidades deben de ser revisadas desde el proceso mismo de desgaste que se ha seguido en el país. Los jubilados carecen de programas de salud y de bienestar económico. Conforme va llegando esta etapa en la vida del trabajador se siente más relegado de la sociedad.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
4	2001	Tesis	Lic. Quintanar Olguín Fernando	Segura García Manuel	S6- 2001- 10	90 Sujetos de la Casa Club de la Tercera Edad, Mpo. de Ecatepec de Morelos, Edo. de Méx.	M/F	60-75 Años	Percepción de la vejez por adultos mayores de diferente estrato cronológico	El objetivo de esta investigación consistió en explorar como perciben la vejez los adultos mayores	En esta investigación se utilizaron 4 ítems del Cuestionario de Kantenbaum (1965) adaptados para aplicarse en forma de entrevista con preguntas de tipo abierto. Por tratarse de un estudio exploratorio transversal no se contemplo la manipulación de alguna variable, los sujetos seleccionados solo debían de tener la edad requerida, la muestra fue seleccionada de manera no aleatoria. El diseño de la investigación consistió en una sola fase, en la cual, el instrumento que se utilizo se aplico directamente a los sujetos.	Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que la senescencia del varón se sitúa con posterioridad a la de la mujer, tanto en estimaciones de los sujetos del sexo masculino, como las del sexo femenino. Existe la idea, en los entrevistados, que los criterios biológicos y los ciclos vitales de la mujer anticipan el envejecimiento. Sin embargo, aun cuando lo biológico adquiere la dimensión de inevitable los aspectos relacionados con lo psicológico y lo social van adquiriendo relevancia. Para el anciano sentirse bien y tener apoyo social facilita la probabilidad de llevar una vida mas saludable.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
5	2002	Reporte de Investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Escobar Vázquez Marco Antonio	E1-2002-4	107 Ancianos del Edo. de Méx.	M/F	60-80 Años	Efectos del apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos.	Conocer si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos.	En la presente investigación se aplicaron 3 instrumentos: La escala de bienestar subjetivo PGC la cual mide el estado actual del sujeto, el instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos para medir la magnitud y la fuerza de la auto-eficacia en el anciano y el cuestionario EuroQol-5D para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Para cada sujeto se preparo un paquete que contenía las tres pruebas para ser aplicadas y hojas blancas adicionales.	Los resultados de esta investigación reportan que la socialización en la vida cotidiana de los ancianos se vuelve un factor determinante en su vida independiente ya que a través de esta, va a lograr adquirir y mantener herramientas que le permitan enfrentar los retos del envejecer, así mismo, la independencia es un factor decisivo en la calidad de vida de las personas de la tercera edad, ya que al realizar más actividades de independencia sistemática (mantener la casa, cuidar su apariencia personal, administrar gastos y tomar decisiones) el nivel de calidad de vida se elevara.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
6	2002	Reporte de Investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	García Zermeño Telma Verónica	G19-2002-5	134 Sujetos del Edo. de Méx.	M/F	55 Años en adelante	Percepción de la calidad de vida en un grupo de ancianos. Efectos de la jubilación.	Describir la percepción de un grupo de ancianos acerca de la calidad de vida y medir los efectos de la jubilación sobre la calidad de vida.	Este reporte se realizo en base a un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo y por participación voluntaria, se trabajo con 134 sujetos entre hombres y mujeres. Se aplicaron los siguientes instrumentos para medir la calidad de vida en los ancianos: Datos socio demográficos para obtener los datos generales de los participantes y el Cuestionario EuroQol-5d para medir la calidad de vida relacionada con la salud del participante. Una vez realizado lo anterior se procedió a el análisis de los datos.	Los resultados de esta investigación reportan que no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción que tienen las mujeres y los hombres en relación a la calidad de vida. En cambio, existen diferencias significativas entre los jubilados y los que no cuentan con un empleo, los no jubilados piensan que su calidad de vida es inferior a los jubilados. La visión que tienen los ancianos de su Calidad de vida dependiendo del tiempo de no trabajar no presenta grandes diferencias, sin embargo, la ansiedad/depresión suele presentarse dependiendo del tiempo que tienen alejados de su rutina diaria.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
7	2002	Reporte de Investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	González Rodríguez Eva, Zepeda Pérez Fabiola	G26-2002-6	75 Sujetos del Edo. de Méx.	M/F	55-75 Años	Aspectos psicológicos de la calidad de vida y auto-eficacia en un grupo de ancianos.	Examinar los aspectos psicológicos que pueden estar asociados a la calidad de vida y auto-eficacia en un grupo de ancianos.	En esta investigación se trabajó con una muestra no probabilística de sujetos voluntarios que cumplían un rango de edad (54-74) y pertenecían a una clínica de seguridad social. A todos los participantes se les aplicaron tres instrumentos: Escala de bienestar Subjetivo PGC para ancianos, El Cuestionario WhoQol-Bref; La Escala de Depresión Geriátrica y El instrumento de expectativas de Auto-eficacia. Se construyeron tres variables a partir de las calificaciones obtenidas: calidad de vida, salud física y salud psicológica.	Los resultados indican que la calidad de vida es el predictor más importante en cualquiera de las demás variables ya sea que estas pertenezcan a los aspectos psicológicos o de auto-eficacia. Es fundamental dar el apoyo necesario al anciano para que aumente su actividad física en la medida en que su estado de salud se lo permita, y para que además de mantener procure aumentar sus relaciones sociales. La salud física es importante para los aspectos psicológicos referentes al apoyo social, satisfacción y auto-eficiencia. Las relaciones sociales son otro predictor relacionado con lo psicológico y la auto-eficacia.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
8	2003	Tesis	Mtra. Martínez Rivera Margarita	Carrera Zaragoza Carmen	CO-2003-3	Adultos mayores	M/F	60 Años en adelante	Relajación: Cuerpo y movimiento, integrar mente y cuerpo a la imagen corporal en la tercera edad	Proponer un encuentro con el cuerpo en las personas de la tercera edad, a través de los ejercicios de relajación, por medio del movimiento sensorial motriz	Revisión Bibliográfica	Los resultados de esta investigación demuestran que el ser humano debe de cuidar su cuerpo tanto en la niñez, adolescencia, juventud y la edad adulta para una vez llegados a la tercera edad no sufra complicaciones, también demuestra que el anciano se siente bien reaccionara positivamente, tanto en lo biológico como en sus relaciones sociales y en la actitud ante la vida. El estado de salud en al anciano además de marcar su autoconcepto determina su percepción cognitiva y social, esto le ayuda a enfrentar problemas cotidianos que se le presentan.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
9	2003	Tesis	Mtra. Tron Álvarez Rocío	Cornejo Porras María Guadalupe, Trejo García María	C3-2003-3	Personas de la tercera edad	M/F	Mayores de 60 años	La vejez desde una perspectiva psicosocial	Realizar una descripción de las características biológicas, psicológicas y sociales de la tercera edad.	Revisión Bibliográfica	Esta revisión bibliográfica da como resultado: fortalecer a las personas ancianas dentro de su familia y su comunidad mediante la planificación de servicios sociales, evitar la creación de instituciones o programas segregativos, integrar a las personas de la tercera edad a la sociedad, evitando su aislamiento, el fortalecimiento económico de los ancianos de tal manera que puedan vivir dignamente, permitir y fomentar la participación en la toma de decisiones familiares, además de reconocerle a los ancianos el lugar que ocupan en el ámbito familiar.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
10	2003	Reporte de investigación	Mtra. Aragón Borja Laura Edna	Sotelo Rivero Gisela Eugenia	SO-2003-13	35 Adultos mayores que acuden al deportivo Tabasco	M/F	60-75 AÑOS	Análisis de los estilos de afrontamiento de los adultos mayores.	Identificar los estilos de afrontamiento que utilizan los adultos mayores en relación a la edad, género y nivel académico.	Para este reporte se utilizo un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo, por participación voluntaria. Se utilizo la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Flydenberg y Lewis, 1997) modificando algunos reactivos para no perder el sentido esencial de la pregunta, pues solo se adecuo a la población que se empleo en la investigación. Se trabajo con 35 adultos mayores los cuales se dividieron en tres categorías (sexo, edad y nivel académico). Aplicado el instrumento se realizo el análisis de los datos.	Los resultados obtenidos sugieren diseñar programas educativos (talleres y cursos) encaminados a la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento para hacer frente a los cambios que acontecen en el proceso de envejecimiento; con técnicas como: la reestructuración cognitiva, desarrollo de habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas; teniendo en cuenta las características psicológicas, biológicas y sociales que prevalecen en la vejez.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
11	2004	Tesis	Mtra. Jacobo Albarrán Ma. de Lourdes	Espino Ortiz Jenny	EO-2004	4 Adultos mayores	M/F	65-85 años	Sentido de vida y significado de muerte en la vejez	Analizar cuáles son los sentidos que llevan a la valoración de la vida en la vejez, cuál es el significado que se le atribuye a la muerte así como establecer la relación entre la valoración de vida y la concepción de la muerte.	Para esta investigación se utilizo la metodología cualitativa en donde las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable producen datos descriptivos para la investigación. De acuerdo a los objetivos planteados, el sentido y significado de la muerte, la metodología utilizada fue de tipo exploratorio y cualitativo. La técnica utilizada fue la entrevista a profundidad, se utilizaron preguntas de tipo abierto para inducir la reconstrucción a partir de asociaciones y conexiones espontáneas.	En esta investigación se obtienen los siguientes resultados: la vejez es una vía de tres caminos, renunciar, reafirmarse o replantearse. Al reafirmar se cimienta con más fuerza lo que sé es y lo que sé fue, para plantearlo hacia el presente y el futuro. En el replanteamiento se clarifican las condiciones actuales del anciano, las posibilidades reales y las carencias para poder hacer las modificaciones y seguir adelante. En el renunciamiento sé da la espalda a lo que sé fue, se pierde el individuo al no encontrar su nuevo lugar. La vejez depende de la interpretación que se hace de las propias vivencias.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
12	2004	Tesis	Vaquero Cázares José Esteban	Morales Domínguez Leticia Marcela	MO- 2004	100 sujetos	M/F	60 años en adelante	Actitud ante la muerte en jóvenes, adultos y adultos mayores.	Investigar la relación entre la edad y la actitud ante la muerte en jóvenes, adultos y adultos mayores.	Para esta investigación se diseño una escala tipo Likert para evaluar la actitud ante la muerte que incluyo 20 ítems, de los cuales 9 fueron positivos y 11 negativos, con tres categorías: percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás y religión. Para seleccionar la muestra se empleó un muestreo no probabilístico de cuotas ya que cualquier persona que cubriera la edad tenia la oportunidad de ser seleccionado. Las respuestas fueron codificadas y analizadas de manera estadística por medio del paquete SPSS versión 10.	En esta investigación se observo que la actitud ante la muerte es negativa en los tres grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la actitud ante la muerte. Las personas mayores consideran a la muerte como algo natural, como obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir, la muerte les llega como un proceso natural. La actitud ante la muerte es vista de diferente manera por el sexo de los participantes existiendo diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres presentan mayor temor a la muerte que los hombres.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
13	2005	Tesis	Mtro. Quintanar Olguín Fernando	Acosta Alcántara José, López Sánchez Jenny	P-475	10 mujeres adultas de la FESI	F	60 años en adelante	Diseño, aplicación y evaluación con técnicas cualitativas de un taller de asertividad de adultos mayores.	Proporcionar atención a mujeres a través de la evaluación con técnicas cualitativas el efecto que tuvo el diseño y aplicación de un taller de asertividad para adultos mayores.	El desarrollo de esta investigación consistió de manera teórica en la elaboración de cuatro capítulos que contemplaron los siguientes temas: el contexto de la vejez, el enfoque cognitivo-conductual, asertividad y habilidades sociales; definiciones y desarrollo y la asertividad como modelo para el envejecimiento saludable. Para llegar al objetivo la forma de trabajo fue a través del proceso de investigación-acción partiendo de la corriente teórico-metodológica cognitivo-conductual basada en los principios del aprendizaje social.	Los resultados en la presente investigación son: cualitativamente las participantes mostraron cambios en su actitud ante los acontecimientos de su vida, apariencia y aspecto personal más saludable, identificación y reconocimiento de necesidades personales logrando darse cuenta de los cuatro grupos de habilidades asertivas entrenadas durante el taller.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
14	2005	Reporte de trabajo profesional	Dra. Tena Guerrero Olivia	Hernández Cruz María Guadalupe	H5-2005	Personas de la tercera edad	M/F	60 Años en adelante	Reporte de trabajo profesional del psicólogo en atención a la población de la tercera edad.	Exponer las actividades profesionales del psicólogo en atención a la población de la tercera edad en el Sistema Municipal DIF de Nicolás Romero.	Revisión Bibliográfica	Los resultados son los siguientes: las funciones del psicólogo tanto en terapia individual como en acciones grupales permitió que la población mostrara interés y buena disponibilidad para participar en las tareas realizadas. Se observo que el trabajo del psicólogo no está limitado solo a la intervención terapéutica individual sino que este puede realizarse igualmente en grupos y no solo con fines terapéuticos sino preventivos.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
15	2005	Tesis	Mtro. Quintanar Olguín Fernando	Jaime Lozano Adriana, Sandoval Sánchez Ana Bertha	P-352	Adultos mayores	M/F		Efectos de las asertividades y estrategias de creatividad y terapia de arte en la población atendida en un centro gerontológico de población funcional y ambulante: el modelo de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.	Identificar cuáles son las actividades de creatividad y terapia del arte y los efectos que tienen los adultos mayores al realizar estas actividades, en un centro de atención gerontológico para población funcional e independiente.	Para llevar a cabo esta investigación se aplicaron tres instrumentos de medición: una entrevista semi-estructurada la cual tenía como objetivo conocer las actividades que se realizan en la fundación, el segundo instrumento fue una adaptación a un método de evaluación de expresión grafica, el cual se adapto a la población y al objetivo y el tercer instrumento fue un cuestionario que se aplico a los instructores de los talleres para conocer la formación que tienen en su área. Una vez aplicados los instrumentos se llevo a cabo el análisis de la información de manera cualitativa.	De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que en esta investigación se cumplió el objetivo al haber identificado en que talleres o actividades que se realizan en la fundación tienen elementos de creatividad y terapia del arte, así como los beneficios que estas actividades tienen en los adultos mayores. Es importante estimular más la motivación, la percepción que cada anciano tiene de sí mismo, sus emociones y sentimientos a fin de sacarle el mayor provecho a la terapia del arte. Se observo que la actividad física cumple con el propósito de brindarles movimiento pero se debe trabajar con las emociones.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
16	2005	Reporte de investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Mercado Marín María Ramona	P-381	57 personas	M/F	60 años en adelante	Calidad de vida, jubilación: ¿y ahora qué?	Describir los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre la calidad de vida y otras medidas adicionales en una muestra de ancianos pertenecientes a una clínica de salud.	Se trabajo con un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo y por participación voluntaria. Los instrumentos que se aplicaron con objetivo de examinar la percepción de la calidad de vida y percepción hacia su propio envejecimiento, así como el bienestar subjetivo de los adultos mayores fueron los siguientes: ficha de datos socio demográfico, Calidad de Vida (WHOQOL -100, 1998) y la Escala de Bienestar Subjetivo PCG (Philadelphia Geriatric Center). Se realizo en análisis de los resultados a través del paquete SPSS-12.	Las resultados que se obtienen en esta investigación son los siguientes: el mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe de ser nulificado y permitir que los ancianos puedan gozar de buena salud y bienestar hasta el fin de sus días, por otra parte se observo que la escolaridad y la calidad de vida están notablemente relacionados, ya que a mayor grado académico mayor es la calidad de vida percibida; por otro lado se encontró que no existe relación entre el género y la calidad de vida. Los empleados tienen una mejor calidad de vida que los jubilados.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
17	2006	Actividad de investigación-reporte	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Acuña Gurrola María del Refugio	A12-2006	207 personas que asisten a los Clubes de la Tercera Edad del INAPAM de la Ciudad de México.	M/F	60-90 años	Asociación entre autoeficacia, tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y su bienestar subjetivo.	Probar si existe asociación entre la autoeficacia con el tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y el bienestar subjetivo durante la vejez.	A partir de un diseño ex post facto, no probabilístico, intencional y selectivo, se trabajo con un grupo, con participación voluntaria de 207 personas. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición: ficha de datos socio demográficos, Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos. Se trabajo con las variables de "Actividad" "Bienestar subjetivo" y "Autoeficacia" Se llevo a cabo el análisis de los datos de manera cuantitativa.	Los resultados en este reporte de investigación arrojan correlaciones significativas, aunque moderadamente bajas, entre la autoeficacia para realizar actividades, algunas actividades que realizan y el bienestar subjetivo de los participantes. Sin embargo, la investigación formal sobre la vejez es un campo en el que no se ha trabajado mucho en México, por lo tanto es necesario realizar más estudios para, incluso, contrastar sus resultados con los presentados en este trabajo.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
18	2006	Tesis	Mtra. Martínez Rivera Margarita	Alvarado Cruz Alma Delia	A26-2006	Adultos mayores	M/F	60 años en adelante	Violencia a los adultos mayores, perspectiva en el siglo XXI	Analizar los factores como el concepto que se tiene del anciano, su entorno social, procesos físicos y psicológicos que lo conforman como individuo que son factores que intervienen para que el anciano sea víctima de violencia en México.	Revisión Bibliográfica	Los resultados de esta revisión bibliográfica indican que se vive en un mundo de violencia, producto de una crisis integral, política, social, económica y de valores humanos que castiga a los más desprotegidos, entre estos los ancianos. Existen avances ya que se ha ubicado a estos grupos como los que con mayor frecuencia sufren de violencia en sus múltiples facetas, siendo que la mayoría de las veces son las personas más íntimamente ligadas las que son responsables de la agresión. La esperanza de vida ha aumentado y, por ende, la marginación a las personas mayores.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
19	2006	Reporte de investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Barrón Reyes Yessica	B3-2006	106 adultos mayores pertenecientes a una clínica de salud del Edo. Méx.	M/F	60-87 años	Calidad de vida y actitud hacia el envejecimiento en adultos mayores	Describir las asociaciones entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez sobre su calidad de vida y otras medidas adjuntas en una muestra de ancianos.	Para este trabajo se utilizo un diseño ex-post-facto, con muestreo no probabilístico, intencional y selectivo y por participación voluntaria. Se aplicaron tres instrumentos (ficha de datos sociodemográficos, PGC y WHOQOL en su versión extensa). A todos los participantes se les aplicaron los instrumentos bajo la característica de entrevista y en una sola sesión de aproximadamente una hora. Una vez aplicados los instrumentos se llevo a cabo el análisis de los resultados por medio del paquete estadístico SPSS versión 12	En esta investigación se puede demostrar que la calidad de vida en los adultos mayores se encuentra relacionada tanto con su bienestar físico, emocional, social y psicológico. También se afirma que de acuerdo a como las personas mayores satisfagan sus necesidades físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente más agradable les resulta vivir diariamente. La calidad de vida es una situación que interviene en la actitud que tienen los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
20	2006	Reporte de investigación	Mtro. Quintanar Olguín Fernando	Flores Baltazar María de los Ángeles	F7-2006	Responsables de grupos y centros gerontológicos.	M/F	60 años en adelante	Análisis de propuestas de modelos de atención gerontológica en México.	Identificar la estructura de cada uno de los modelos de atención gerontológica. Contrastar lo que se ha propuesto en los modelos, con las necesidades cubiertas del adulto mayor.	Para este trabajo se localizaron instituciones que atendían adultos mayores y se clasificaron en cuatro grupos: población abierta, centros o espacios gerontológicos, instituciones educativas e instituciones públicas. Se elaboro una guía de entrevista la cual fue personal y se aplico a los responsables de cada institución. Una vez obtenida la información se reviso y se clasifco de acuerdo al grupo perteneciente. Finalmente se elaboro un análisis de los resultados añadiendo los planteamientos señalados por las mismas instituciones.	Los resultados de este reporte indican que en la actualidad el enfoque de la atención a la tercera edad considera que para hacer una propuesta diagnóstica para la atención del adulto mayor, o anciano, se requiere de una visión interdisciplinaria y multidisciplinaria, con una visión integral que se mueva entre los extremos de lo positivo y negativo que se tiene de la vejez; al mismo tiempo se debe de cuidar que la tercera edad se ha vista también con relación a otros grupos sociales que compiten o participan con ella. La atención a la tercera edad debe de ser diferenciada, no se puede tratar igual a todos.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
21	2006	Reporte de investigación	Mtro. Quintanar Olguín Fernando	Hernández Sánchez Jorge, Martínez Pineda Edith Adriana	H11-2006	Adultos mayores del grupo vida	M/F	60 años en adelante	Análisis de experiencias de psicoterapia Gestalt con adultos mayores: el caso del grupo vida	Identificar qué efectos psicológicos generan las estrategias de la Psicoterapia Gestalt en una población de adultos mayores.	Para este reporte de investigación se eligieron dos técnicas de evaluación, una de tipo cualitativa-cuantitativa, que son las Pruebas proyectivas gráficas, y una de tipo cualitativa que fue el análisis de un cuestionario. Cada una de las técnicas se analizó por separado. Como parte de la evaluación cuantitativa de las Pruebas proyectivas gráficas se aplicó la prueba T de Student para el análisis estadístico y ver la correlación de los indicadores antes y después a partir de las polaridades.	Los resultados demuestran que el enfoque Gestalt brinda bienestar a la población anciana, fortaleciendo y desarrollando sus potencialidades. Este enfoque psicoterapéutico Gestalt proporciona al anciano la posibilidad de lograr un avance hacia la conciencia de sí mismo, su cuerpo, sus sentimientos, su ambiente. El anciano aprende a asumir la propiedad de sus experiencias, en vez de proyectarlas sobre los demás, aprende a tener conciencia de sus necesidades y a desarrollar destrezas que le permitirán satisfacerlas sin atentar contra los otros.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
22	2006	Reporte de investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Vera Otero Sandra	V8-2006	207 sujetos del INAPAM	M/F	60-90 años	¿Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de auto-eficacia?	Analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de auto-eficacia.	Se utilizo un estudio de tipo transaccional correlacional, ya que se quería conocer el comportamiento de las variables de bienestar subjetivo y auto-eficacia con respecto a la variable de soledad en un momento determinado. El tipo de muestra que se utilizo fue de tipo no probabilística y participación voluntaria, ya que en este tipo de muestra se procura que los sujetos sean homogéneos en variables como edad y sexo. Se aplicaron los siguientes instrumentos: ficha de datos sociodemográficos, Inventario multifacético de Soledad, PGC y el Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para ancianos.	Los datos obtenidos mostraron lo siguiente: la auto-eficacia se asocio débilmente a las variables de soledad y bienestar subjetivo, donde el dominio de auto-eficacia para realizar actividades sociales tuvo el valor más alto de correlación negativa con la soledad; así mismo soledad se asoció moderadamente al bienestar subjetivo; por lo que se concluyó que las personas que asisten a estos centros no se sienten solos debido a que en estos lugares encuentran redes de apoyo social. No obstante, los conceptos de soledad y bienestar subjetivo no son aún muy claros es conveniente llevar a cabo más investigaciones.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
23	2007	Tesina	Dra. Dorantes Gómez María Antonieta	Arellano Molina Carmen Azucena	A7-2007	Personas de la tercera edad	M/F	No especificada	La programación neurolingüística como una propuesta para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.	Examinar los factores biopsicosociales de los adultos mayores desde una perspectiva humanista y brindar una propuesta de la PNL para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.	Revisión Bibliográfica	Lo que la PNL postula es que el anciano puede llegar a tener una mejor calidad de vida, la PNL ofrece proponer los pasos a seguir para lograr conseguir metas, trascender rencores, resinificar el pasado así como proyectar un futuro gratificante y satisfactorio, aun cuando la persona anciana no se encuentre en su mejor momento, ya sea con alguna enfermedad, con alguna discapacidad, se encuentre en la tercera edad o se encuentre jubilado si se siguen los preceptos de la PNL es posible encontrarle el sentido a la vida.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
24	2008	Reporte de investigación	Dra. González-Celis Rangel Ana Luisa	Flores Grifaldo Ana Valeria	F2-2008	215 personas que pertenecían al ISSSTE del Mpo. de Tlalnepantla de Baz Edo. de Méx.	M/F	60 años en adelante	Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores.	Determinar la relación entre ansiedad ante la muerte y la calidad de vida de las personas mayores	El estudio fue correlacional-transversal con un tipo de muestra no probabilística y de participación voluntaria. Se aplicó una batería de tres instrumentos: datos sociodemográficos, el Instrumento WHOQoL- Breve y la Escala de Ansiedad ante la muerte para ancianos. Se realizó la clasificación de variables: género, edad, escolaridad, vejez, calidad de vida entre otras. Se creó una base de datos en la que se incluyeron todas las escalas en el programa SPSS versión 12 y se computaron los datos de los participantes. Se realizó un análisis de los datos de manera cuantitativa.	Los resultados de esta investigación arrojaron que al correlacionar calidad de vida y ansiedad ante la muerte existe una relación significativa, débil e inversa. También se encontró que la relación que existe entre ambas variables es moderada, en cambio, al analizar los datos por submuestras se encontró que los participantes con mayor calidad de vida tenían una menor ansiedad ante la muerte.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA/UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
1	2001	Tesina	Lic. González Montoya Carmen Susana	Vieyra Delgado María del Rocío	V3-2001	Enfermos de Alzheimer	M/F	No especificada	La terapia sistémica como propuesta de prevención en el manejo de familias con un enfermo de Alzheimer.	El objetivo de esta tesina es la revisión de aquellos elementos de la terapia sistémica que permitan al enfermo, a su familia y a la multidisciplina, prevenir las alteraciones que se presentan como consecuencia de la enfermedad, de tal modo que se evite el riesgo de desintegración del sistema o de maltrato de cualquiera de sus miembros.	Revisión Bibliográfica	La demencia carece de cura, y aun no son muy eficaces los métodos que intentan detener su avance, la mayoría de las personas que la padecen terminan necesitando ayuda y cuidado diario, a medida que la memoria, el razonamiento y el juicio se van deteriorando. En este plano entra el trabajo del psicólogo clínico ya que él será el encargado de ayudar a la familia a través de la intervención terapéutica basado en el enfoque sistémico estructural de Minuchin (1974). El psicólogo clínico trabajara con la familia a fin de aminorar los sufrimientos que implica el Alzheimer.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES IZTACALA /UNAM SOBRE DEMENCIA

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
2	2003	Tesis	Dra. Ávila Costa María Rosa	García Morales Andrés	G0- 2003- 5	Enfermos de Parkinson	M/F	No especificada	Consecuencias de la depresión en la enfermedad de Parkinson: una perspectiva desde el modelo cognitivo conductual.	Documentar las consecuencias de la depresión en pacientes con Enfermedad de Parkinson.	Revisión Bibliográfica	Este trabajo propone a la terapia cognitiva como una alternativa para atender a personas con depresión, se basa en el análisis de los pensamientos negativos, que el enfermo tenga en cuenta que hay explicaciones alternativas y adopte soluciones más gratificantes. Si este tipo de terapia se aplica a personas con enfermedad de Parkinson se le podrá brindar protección, corrección y adaptación a su entorno.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
1	2003	Tesis	Lic. Díaz Ramírez Sergio	Martínez Mora Arnulfo Prócoro	M2- 2003- 1	60 ancianos	M/F	60-99 años	Construcción de una escala y evaluación de las actitudes hacia la vejez de ancianos que viven con familia y de ancianos asilados.	Conocer la actitud hacia la vejez de los ancianos que viven con su familia así como la actitud de los ancianos que viven en asilo.	Esta investigación fue descriptiva y de campo, se utilizo un diseño transversal de tipo ex post-facto y utilizando un muestreo no probabilístico. Para la recolección de los datos se utilizo una hoja de datos sociodemográficos y se construyo ex profeso una escala tipo Likert para medir las actitudes, dicha escala fue unidimensional midiendo solamente la actitud hacia la vejez.	Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que es probable que la mayoría de las personas ancianas de México, tengan una actitud positiva o por lo menos una ligera tendencia positiva hacia la vejez, sin embargo, esta investigación no puede servir de sustento para tal afirmación, puesto que los resultados solo se pueden aplicar a los grupos estudiados. Queda pendiente diseñar una investigación que haga posible el estudio y análisis de la actitud hacia la vejez de la población anciana en México.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
2	2006	Tesis	Mtra. Vargas-Núñez Blanca Inés	López Parra María Sughey	L1-2006	500 sujetos	M/F	18-50 años	La actitud que jóvenes y adultos tienen hacia las personas de la tercera edad.	Conocer y analizar la actitud que jóvenes y adultos tienen hacia las personas de la tercera edad, a través del significado y denotativo de los conceptos violencia, viejo(s), anciano(s) y violencia a los ancianos.	El tipo de investigación fue no experimental (no se manipularon las variables ni se asignan aleatoriamente a los sujetos). La VI fue el sexo (M/F) y la edad (18-28, 29-38, 39-50). La selección de la muestra fue no probabilística, tipo accidental y por cuota. Se aplico un cuestionario socio demográfico, se aplicaron tres preguntas abiertas: "para mi violencia es", "para mi anciano es" y "para mi violencia a los ancianos es". Se aplico la técnica de redes semánticas y la de diferencial semántico para los conceptos violencia, anciano(s) y violencia a los ancianos.	En esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: mediante el análisis de contenido y las redes semánticas se observo que los sujetos perciben a las personas de la tercera edad como "poseedores de experiencia", buenos, sabios y maduros, con el diferencial semántico se halló que la valoración para los sujetos, tiene la tercera edad es relativamente positiva. No obstante, existe el lado negativo ya que el anciano muchas veces es etiquetado como un ser invisible e inservible, además de débil, improductivo, lento, sin fuerza y acabados.



TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
3	2007	Tesina	Mtra. Cuevas María del Refugio	Soto Andalón Adriana	S7-2007	Personas de la tercera edad	M/F	60 años	Hacia una cultura de la vejez bajo una perspectiva psicogerontológica.	Desarrollar una introducción al estudio psicogerontológico, de manera que sea un preámbulo de corte teórico, donde se resaltara la importancia del estudio del envejecimiento en un contexto social.	Revisión Bibliográfica	En base a la revisión bibliográfica de este trabajo se sugiere: preparación gerontológica a los profesionales de las instituciones que atienden a personas de edad avanzada, brindar asistencia social a los adultos mayores en situación precaria, ofrecer servicios a la comunidad como casas de día, ayuda domiciliaria, educación y preparación para la vejez mediante el programa de escuela para hijos, construir una política social para el adulto mayor, despertar el interés de la sociedad en políticas y programas que beneficien al anciano.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
4	2009	Tesis	Dr. Mendoza Núñez Víctor Manuel	Beltrán Castillo Nancy	B2-2009	218 personas	M/F	60-95 años	Relación de la funcionalidad bio-psico-social con la autoestima y la percepción de calidad de vida en adultos mayores.	Determinar la relación de la funcionalidad bio-psico-social con la autoestima y la percepción de calidad de vida en una población de adultos mayores de la ciudad de México.	Para esta investigación se llevo a cabo un estudio observacional, prolectivo, transversal y de tipo comparativo. Como VI funcionalidad física, funcionalidad mental y funcionalidad social. Como VD calidad de vida y auto estima. Se trabajo con los siguientes instrumentos: ficha de identificación, miniexamen cognoscitivo de Folstein, índice de Katz modificado, escala geriátrica de depresión (GDS), inventario de Coopersmith. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS- Versión 12.0	Los resultados de esta investigación demostraron que la funcionalidad biopsicosocial influye significativamente en la autoestima y la calidad de vida, existe una asociación estrecha entre la calidad de vida y la presencia de síntomas depresivos, la funcionalidad física no es el principal factor determinante de la autoestima y la calidad de vida, el estado afectivo es el factor determinante de mayor relevancia para la autoestima. Sin embargo, es necesario realizar estudios longitudinales de intervención comunitaria para los resultados.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
5	2009	Tesis	Mtro. García Franco José	López Lechuga Mauricio	L3-2009	50 sujetos	M/F	65-80 años	Calidad de vida y autoconcepto en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados	Identificar si hay relación entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en las que tienen una actividad económica.	Para esta investigación se utilizo la Escala de Autoconcepto de la Rosa y el instrumento de Calidad de Vida de la OMS, versión breve. Se realizo un estudio expost-facto y se utilizo un diseño pre-experimental de dos grupos con pos test únicamente. Una vez aplicados los instrumentos se llevo a cabo el análisis estadístico de los datos a través del programa SPSS. Para determinar si existían diferencias en el autoconcepto entre las personas que laboran y las que están asiladas se utilizó la prueba t de medias independientes con una significancia de .05	En esta investigación se encontraron los siguientes resultados: existen diferencias en la percepción que tienen de sí mismas las personas que trabajan y las que se encuentran en un asilo, las primeras se sienten más seguras de sí mismas, capaces de poder desempeñar tareas nuevas y adaptarse a nuevas situaciones, en cambio, las segundas poseen una pobre percepción de sí o un menor autoconcepto. No obstante, es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones que se refieran a la población de adultos mayores a fin de comparar resultados.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados
6	2009	Tesis	Magdaleno Madrigal Víctor Manuel	Rojas de la Torre Gabriela, Acosta Castillo Gilberto Isaac	R6-2009	784 sujetos	M/F	65 años en adelante	Desempeño cognitivo en adultos mayores de población general: urbana y rural.	Describir el desempeño cognitivo de adultos mayores en población general mexicana de áreas urbana y rural.	Se utilizo un tipo de estudio observacional, de base poblacional, barrido puerta a puerta; el diseño fue transversal y analítico. La evaluación se llevo a cabo con dos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de factores de riesgo y un Test Cognitivo (Prince et al, 2003). El análisis de los datos se llevo a cabo con el paquete estadístico SPSS 15, STATA 9.0 y EpiData, partiendo de los porcentajes y medidas de tendencia central indicadas para cada tipo y nivel de medición de las variables obtenidas, así como del diseño del estudio.	Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que las diferencias encontradas en el desempeño cognitivo según el área de residencia no son atribuibles al hábitat urbano y rural. La relación existente se ve modificada por factores como la edad y principalmente por el nivel de escolaridad de cada uno de los sujetos.

TABLAS DE TRABAJO DE LA FES ZARAGOZA/UNAM SOBRE ENVEJECIMIENTO

Nº	Año	Tipo	Director	Autor (es)	C	Participantes	Sexo	Edad	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
7	2009	tesis	Dr. Mendoza Núñez Víctor Manuel	Suárez Soto Guadalupe	S7-2009	93 adultos mayores que pertenecían al Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón	M/F	60 años en adelante	Relación entre redes de apoyo social, autoestima y depresión con el síndrome metabólico en adultos mayores.	Determinar la relación entre redes de apoyo social, autoestima, depresión y percepción del estado de salud con el diagnóstico de síndrome metabólico en adultos mayores.	Para esta investigación se realizó un estudio de campo, observacional, transversal y comparativo. Se les aplicó la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM), el Inventario de Autoestima de Coopersmith, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), el Instrumento WHOQoL-bref versión en español y una entrevista a profundidad. Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS V.13.0	Los datos más importantes de esta investigación demostraron que no existe relación estadísticamente significativa entre el síndrome metabólico, las redes sociales, la autoestima y la depresión. Así mismo la percepción del estado de salud no se ve afectada independientemente de padecer o no síndrome metabólico, lo cual a su vez no repercute en la calidad de vida del adulto mayor.



## Análisis de la Información

El objetivo de esta tesina fue identificar y analizar a un nivel descriptivo los trabajos encontrados sobre Envejecimiento Normal y Demencia en la Universidad Nacional Autónoma de México en los tres diferentes Campus donde se imparte la Carrera de Psicología (Ciudad Universitaria, Iztacala y Zaragoza).

A consecuencia de que hace algunos años se aprobaron nuevas modalidades de titulación, además de la Tesis y Tesina, se optó por tomar solo aquellos trabajos que pertenecieran al área de la Psicología Clínica ya que la información encontrada abarca diferentes áreas como: Educativa, Experimental, Psicofisiología, Social y del Trabajo.

En esta investigación bibliográfica se encontraron 10 trabajos que nos hablan de demencia y 49 que hablan del envejecimiento.

En la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria se realizaron en este periodo de tiempo 8 Tesis, 7 Tesinas, 2 Reportes Laborales y 1 Informe de Prácticas de Servicio Social sobre el Envejecimiento y sobre la Demencia solo 1 Tesis, 1 Tesina y 6 Informes de Practicas.

En la Facultad de Estudios Superiores campus Iztacala se llevaron a cabo 10 Tesis, 1 Tesis Teórica, 1 Tesina, 10 Reportes de Investigación, 1 Reporte de Trabajo Profesional y 1 Reporte de Actividad de Investigación sobre el tema del Envejecimiento y solo 1 Tesis y 1 Tesina sobre la Demencia.

Por último, en la Facultad de Estudios Superiores campus Zaragoza se encontraron 6 Tesis y 1 Tesina sobre el Envejecimiento y nada reportado sobre la Demencia.

Al realizar el análisis sobre el total de documentos encontrados en esta investigación, se observa que los trabajos de tesis son los documentos en donde existe un mejor seguimiento del trabajo realizado por los Psicólogos de esta casa de estudios, además de ser los más representativos ya que son los trabajos donde verdaderamente existe una investigación.

Con relación al tipo de investigación predominan trabajos de tipo evaluativo y descriptivo en los tres campus lo que hace suponer que en los últimos diez años no han surgido propuestas y planes de trabajo nuevos, esto es, que el Psicólogo no ha aportado nuevos elementos para el cuidado o atención del paciente demenciado o para el anciano.

En este lapso de tiempo resalta el hecho de que muy pocas investigaciones atienden las necesidades de este tipo de población, prácticamente la gran mayoría obedece a los intereses y gustos de los estudiantes para obtener su título de licenciatura.

Así mismo, la mayoría de los trabajos se realizaron en Centros Públicos y Privados, donde es más fácil manejar las variables que se quieren investigar; no debemos olvidar que existen pacientes con estas características en campo abierto y a los cuales muy difícilmente se tiene acceso.

En la mayoría de los trabajos existe la preocupación por las personas de la tercera edad y por los demenciados ya que nos hablan acerca del auto concepto, la autoestima, la depresión, la ansiedad, las necesidades y la calidad de vida que pueden tener este tipo de sujetos.



## CONCLUSIONES

Debido a los avances científicos, a la reducción progresiva de la mortalidad y al aumento de la población anciana, la esperanza de vida ha variado con respecto a otros años, lo que ha motivado a los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México a investigar más sobre el tema del envejecimiento, de acuerdo al material recolectado a lo largo de este trabajo se detectó que la investigación que han llevado a cabo los psicólogos mexicanos sobre el envejecimiento en este lapso de tiempo (2000-2009) se ha incrementado notablemente.

En cambio, el tema de la demencia se ha estudiado en menor medida, principalmente por su complejidad, y es visto con menos interés por los investigadores de esta casa de estudios que el del envejecimiento.

Al hacer el análisis descriptivo de estos trabajos se observó que no existe un lineamiento único para cada una de las investigaciones, propuestas, programas o estrategias que realmente influyan sobre el trabajo que se realiza con personas de la tercera edad o con aquellas que padecen algún tipo de demencia ya que estos son muy variados, es decir, los intereses por parte del estudiantado abarcan diferentes áreas como la psicología educativa, experimental, psicofisiología, social y del trabajo.

Es necesaria la participación de los responsables de instituciones, usuarios, sociedad civil e investigadores a nivel de educación superior, con el propósito de que realmente se avance en la problemática de este tipo de población, además de llevar un control del tipo de intervenciones que se realizan.

Esto, principalmente, por que el trabajo realizado en los asilos no es controlado, no existe un seguimiento sobre el trabajo que se realiza con adultos mayores o demenciados, ni que personas participan en dicha investigación o en su defecto por cuantas intervenciones han pasado, cuantas veces han sido sujetos de estudio.

No existe un seguimiento de los programas aplicados y esto trae como consecuencia una población muy manipulada.

Se observa que los sujetos de estudio solo se han prestado a la investigación, sin ningún impacto o beneficio bien identificado, solo fueron el propósito para obtener un fin por parte de los investigadores, es decir, se observa que solo fueron tratados como material para lograr obtener un trabajo, y no como seres humanos sensibles pues en ninguno de los trabajos realizados se reporta un trabajo posterior al terminar la investigación, tratamiento o terapia aplicada.

Así mismo, se observa que las investigaciones se centran en los ancianos y demenciados y no en los responsables de los asilos o casas de cuidado y por ello la información presentada se encuentra sesgada, no existe una estructura al igual que no se nota un compromiso por terminar los trabajos realizados o por una continuidad de estos.

Por otra parte, la mayoría de los trabajos no cumplen con un criterio de calidad ya que solo es un trabajo para poder obtener un grado de licenciatura, en muchos de ellos, se pueden observar deficiencias en la información.

Las investigaciones realizadas no consideraron relacionar sus conclusiones o resultados con el trabajo gerontológico o geriátrico, solo reportan sus datos como hechos aislados, sin contribuir al avance de estas materias.

En los trabajos revisados en esta investigación se observa que los estudiantes de Psicología se enfocaron a llevar trabajos marcados por una línea de investigación, es decir, que estuvieron influenciados por el tema de moda; la depresión, autoconcepto, actitudes sobre el anciano y/o demenciado y en los últimos casos sobre la calidad de vida.

Tampoco se detectó la participación de organismos de gobierno que estén realmente preocupados por la calidad de vida de estas personas, ya que en México no existen reglamentos que cuiden a las personas de la tercera edad y menos que se preocupen por las que padecen algún tipo de demencia, el esfuerzo del INAPAM se ha quedado corto ya que se ha olvidado de los problemas familiares, laborales y sociales que se pueden presentar en esta etapa de la vida.

La mayoría de los trabajos se realizaron en instituciones de asistencia pública o privada, Fundación Alzheimer, casas de la tercera edad, asilos, hospitales, etc., en donde se trabajo principalmente con el anciano o el paciente con demencia, pero nunca con los encargados directos (cuidadores y/o directivos) de las mismas por lo cual es conveniente realizar investigaciones que tomen en cuenta su participación.

La participación de la familia es constante en cada uno de los trabajos revisados pero no existe el seguimiento de cada una de ellas para saber los resultados que se dieron seis meses o un año después de cada intervención, deben de existir más trabajos enfocados al tema de la familia ya que es un pilar primordial en el cuidado de este tipo de población.

Con esta revisión queda muy claro el poco interés que existe sobre el tema por parte del estudiante universitario ya que hasta hace poco tiempo no existía ninguna materia sobre el envejecimiento y muy ligeramente se revisaba el tema de la demencia.

Así mismo es necesario concientizar a la población y a las autoridades en la necesidad de una legislación que proteja a las personas de la tercera edad y a los pacientes diagnosticados con demencia dado que de acuerdo a las estimaciones estadísticas México será un país habitado por personas de la tercera edad en muy pocos años.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones que se pueden observar en el presente trabajo consisten, principalmente, en que solo se revisó un periodo de tiempo muy corto 2000-2009 y en una sola Institución Educativa, la Universidad Nacional Autónoma de México; así como el hecho de revisar únicamente los trabajos de licenciatura dejando de lado trabajos de Maestría o Posgrado.

Por lo anterior se sugiere revisar lo hecho en otras Instituciones Educativas que impartan la carrera de Psicología así como revisar los trabajos que se encuentran por arriba de la Licenciatura.

También es importante mencionar que solo se tomo en cuenta para este trabajo las investigaciones realizadas en el área de la Psicología Clínica existiendo más trabajos dentro de la carrera que también hablan de estos dos temas.

Se sugiere que de, existir el interés por este tema, se revisen trabajos de Psicología Educativa, Experimental, Psicofisiología, Social o del Trabajo para conocer los adelantos en estas areas.

Así mismo, es importante destacar que para tener una visión más amplia de lo realizado en esta década acerca del envejecimiento y la demencia se deberán de revisar otros trabajos de licenciatura distintos a la Psicología, como por ejemplo: Medicina, odontología, trabajo social, abogacía entre otros.

Por lo tanto, se sugiere llevar a cabo trabajos de investigación donde se analice lo hecho estos en estas areas del saber humano para tener una vision más amplia del tema del envejecimiento y la demencia.

El presente trabajo se realizó revisando lo escrito en trabajos de investigación a nivel licenciatura pero se dejo de lado lo realizado por instituciones gubernamentales o por la propia iniciativa privada.

Se sugiere hacer un análisis de lo hecho por estas instancias para conocer los avances que ellos presentan acerca de estos temas.

## BIBLIOGRAFIA

- Acosta, A., José y López, S., Jenny. (2005). Diseño, aplicación y evaluación con técnicas cualitativas de un taller de asertividad de adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Acuña. G., Ma. Del R. (2006). Asociación entre autoeficacia, tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y su bienestar subjetivo. Actividad de investigación-reporte. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Aguilar, L., E., Alicia. (2009). Propuesta de un taller de orientación para prevenir duelos patológicos en adultos mayores. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Aguirre, J. A. (1977). Tercera edad. Madrid: Karpos
- Alberca, R. (1998). Demencias: Diagnostico y tratamiento. Barcelona: Masson
- Alvarado, C., A., Delia (2006). Violencia a los adultos mayores, perspectiva en el Siglo XXI. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Arellano, M., C., Azucena (2007). La programación neurolingüística como una propuesta para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Baiget, B., Monserrat et al (1996). Manual de demencias. Barcelona: Prous Science.
- Barrón, R., Yessica. (2006). Calidad de vida y actitud hacia el envejecimiento en adultos mayores. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Barroso, S., Raquel. (2008). Entrenamiento en calidad de vida a familiares y cuidadores primarios de pacientes con demencia. Informe de prácticas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Belsky, Janet. (2001). Psicología del envejecimiento. México: Paraninfo
- Beltrán, C., Nancy. (2009). Relación de la funcionalidad bio-psico-social con la autoestima y la percepción de calidad de vida en adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.
- Belloch, Amparo. (1996). Manual de psicopatología Vol. II. México: McGraw-Hill.
- Bermejo, F. (1992). Demencias: conceptos actuales. Madrid: Díaz de santos

- Berryman, Julia C., (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.
- Buendía, José. (1994). Envejecimiento y psicología de la salud. México: Siglo XXI.
- Bustos, G., Jennifer y Velázquez, V., Virginia. (2001). Actitud ante la muerte en un grupo de ancianos institucionalizados. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Cacabelos Ramón. (1991). Enfermedad de Alzheimer: Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnostico y terapéutica. Ed. J.R. Prous Editores.
- Cameron, Norman. (1990). Desarrollo y psicopatología de la personalidad: Un enfoque dinámico. (2ª. Ed.) México: Trillas
- Carrera, Z., Carmen. (2003). Relajación: cuerpo y movimiento, integrar mente y cuerpo a la imagen corporal en la tercera edad. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Chaires, L., A., Rosalía. (2009). Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados y con discapacidad. Informe de prácticas de servicio social. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Chi, M., Ma., del Pilar. (2000). El valor de la religión y de Dios en ancianos del DIF Naucalpan. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Contreras, R., Santiago. (2007). Taller de autoestima para adultos mayores en situación de violencia familiar en una comunidad rural. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Cornejo, P., Ma. Guadalupe y Trejo, G., María. (2003). La vejez desde una perspectiva psicosocial. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico (6ª. Ed.) México: Prentice Hall
- Cruz, R., Pilar. (2007). Propuesta de un programa de información y prevención de envejecimiento prematuro dirigido a personas de la tercera edad. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Escobar, V., M., Antonio. (2002). Efectos del apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Espino, O., Jenny. (2004). Sentido de vida y significado de muerte en la vejez. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Fericgla, J. (1992). Envejecer: una antropología de la ancianidad. Barcelona: Herder.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Madrid: Pirámide

Flores, B., Ma. De los Ángeles. (2006). Análisis de propuestas de modelos de atención gerontológica en México. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Flores, G., Sandra y Gómez, A., Ma. Edith (2004). Influencia del entrenamiento en la autoestima de adultos mayores. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Flores, G., A., Valeria. (2008). Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Galicia, A., Marlene A. (2008). Rehabilitación de la memoria episódica y semántica en pacientes con Alzheimer. Informe de prácticas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

García, M., Andrés. (2003). Consecuencias de la depresión en la enfermedad de Parkinson: una perspectiva desde el modelo cognitivo conductual. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

García, Z., Telma V. (2002). Percepción de la calidad de vida en un grupo de ancianos. Efectos de la jubilación. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Geist, Harold. (1977). Psicología y psicopatología del envejecimiento. Buenos Aires: Paidós

Gómez, T., María F. (2007). Programa de rehabilitación del lenguaje en pacientes con Alzheimer. Informe de prácticas. . Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

González, C., Jaqueline. (2008). Taller de prevención de violencia, maltrato y abuso hacia las personas adultas mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

González, R., Eva y Zepeda, P., Fabiola. (2002). Aspectos psicológicos de la calidad de vida y autoeficacia en un grupo de ancianos. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Hernández, C., María G. (2005). Reporte de trabajo profesional del psicólogo en atención a la población de la tercera edad. Reporte de trabajo. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Hernández, S., Jorge y Martínez, P., Edith A. (2006). Análisis de experiencias de psicoterapia Gestalt con adultos mayores: el caso del grupo de vida. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Ibáñez B., Luis. (2005). Propuesta de un taller para la elaboración de duelos en adultos mayores. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Iniesta, B., Blanca E. (2005). Depresión y funcionalidad en adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Jaime L., Adriana y Sandoval, S., Ana B. (2005). Efectos de las asertividades y estrategias de creatividad y terapia de arte en la población atendida en un centro gerontológico de población funcional ambulante: el modelo de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N. (2000). La calidad de vida en los trastornos mentales. España: Masson

Lehr, U.; Thomas, H. (2003). Psicología de la senectud. España: Herder.

López, H., Lidia. (2001). Panorama actual de la jubilación en México y sus implicaciones en el ámbito psicológico. Tesis teórica. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

López, I., Mauricio. (2009). Calidad de vida y autoconcepto en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.

López, P., María S. (2006). La actitud que jóvenes y adultos tienen hacia las personas de la tercera edad. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.

López, S., Vilalta, J. (1996). Manual de demencias. España: Prous Science.



- Martínez Lage, J. M., Khachaturian Zaven S. (2001). Alzheimer XXI: Ciencia y sociedad. España: Masson
- Martínez Lage, J. M., Pascual Millán, L. F. (2003). Alzheimer 2003 ¿Qué hay de nuevo? España: Aula medica ediciones.
- Martínez M., Arnulfo P. (2003). Construcción de una escala y evaluación de las actitudes hacia la vejez de ancianos que viven con familia y de ancianos aislados. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.
- Medina, M., Ma. Elena. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental. Vol. 26 N° 4 Agosto.
- Mendoza, P., Evangelina. (2009). La depresión como un desencadenante de problemas psicosomáticos en adultos mayores. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Mercado, M., María R. (2005). Calidad de vida, jubilación: ¿y ahora qué? Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Mondragón, M., Cristina A. (2006). Niveles de ansiedad, depresión y enojo en el cuidador adolescente de pacientes con demencia. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Monedero, Carmelo. (1986). Psicología evolutiva del ciclo vital. México: Biblioteca nueva.
- Moraleda, Mariano. (1999). Psicología del desarrollo. México: Alfaomega Marcombo
- Morales, D., Leticia M. (2004). Actitud ante la muerte en jóvenes, adultos y adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Moreno, M., Georgina. (2007). Adaptación de las técnicas de relajación del manual de Cautela en pacientes con demencia. Informe de prácticas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Obregón, H., Alejandro. (2006). Los grupos de la tercera edad como apoyo psicológico para solucionar sentimientos de inutilidad, soledad y baja estima. Reporte laboral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Papalia, W. y Duskin R. (2005). Desarrollo humano (9ª Ed.). México: McGraw-Hill.

Pérez, M., Fanny R. y Trejo, G., Sandra L. (2000). Historia de vida en ancianos: una experiencia de investigación con un enfoque psicogenético. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Ramírez, G., Luis. (2009). Participación ciudadana de un grupo de adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Rocha, G., Héctor. (2008). Programa para elevar y mantener la salud física y mental de personas entre 60 y 80 años que asisten a los clubes de la tercera edad del D.I.F. de Amecameca Edo. De Méx. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Rojas, de la T., Gabriela. (2009). Desempeño cognitivo en adultos mayores de población general: urbana y rural. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.

Sánchez, C., Francisco A. (2009). El bienestar psicológico en adultos mayores, un resultado del envejecimiento activo. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Santiesteban, S., Griselle E. (2007). Terapia racional, emotiva breve y manejo de la asertividad dirigida a cuidadores de pacientes con demencia. Informe de prácticas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Segura G., Manuel. (2001). Percepción de la vejez por adultos mayores de diferente estrato cronológico. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Sotelo, R., Gisela E. (2003). Análisis de los estilos de afrontamiento que utilizan los adultos mayores en relación a la edad, género y nivel académico. Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Soto, A., Adriana. (2007). Hacia una cultura de la vejez bajo una perspectiva psicogerontológica. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.

Soto, R., Juventino. (2006). Calidad de vida en la tercera edad. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Suarez S., Guadalupe. (2009). Relación entre redes de apoyo social, autoestima y depresión con el síndrome metabólico en adultos mayores. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.

Stuart, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata.

Vázquez C., Lucía A. (2009). Tanatología, duelo y sentido de vida. Taller para adultos mayores del INAPAM. Reporte laboral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Vázquez C., Luis A. (2008). Curso-taller para la atención y cuidado del paciente con demencia. Informe de prácticas. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Vera O., Sandra. (2006). Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de autoeficacia? Reporte de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Vieyra, D., María del R. (2001). La terapia sistémica como propuesta de prevención en el manejo de familias con un enfermo de Alzheimer. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Villagomez, P., Sandra. (2007). Evaluación e identificación del estrés y la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia: una propuesta de trabajo. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Villalpando, A., María del C. (2007). Jubilación y salud emocional. Taller de apoyo emocional como una propuesta de revaloración para jubilados. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Vizcarra, C., Gabriela. (2009). Actividades psicomotrices para la tercera edad como alternativa de tratamiento complementario en la depresión. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Zinberg, E. I. (1976). Psicología normal de la vejez. Buenos Aires: Paidós