



**UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC**

**INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**

**EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES UNA INVESTIGACION  
DOCUMENTAL PARA SU COMPRESIÓN Y ESTUDIO.**

**T E S I S  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA.**

**P R E S E N T A  
VANESSA GIL MADRID.**



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.

## INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I EL ADULTO MAYOR.....	8
1.1. Antecedentes históricos y definición de vejez.....	11
1.2. La transición de la edad adulta a la vejez.....	22
1.3. Aspectos biológicos de la vejez.....	33
1.4. Aspectos psicosociales de la vejez.....	40
CAPITULO II EL DETERIORO COGNITIVO.....	60
2.1. Antecedentes históricos sobre el estudio del deterioro cognitivo.....	61
2.2. Envejecimiento cerebral y sus implicaciones cognitivas.....	70
2.3. Definición de deterioro cognitivo, síntomas y signos.....	76
2.4. Envejecimiento normal en las tareas cognitivas afectadas por la patología del deterioro cognitivo, como fuente de referencia para su diagnóstico.....	84
2.4.1 Sensopercepción.....	84
2.4.2. Atención y memoria.....	92
2.4.3. Lenguaje.....	101
2.4.4. Funciones ejecutivas.....	107
2.5 Factores de riesgo para desarrollar el deterioro cognitivo, factores preventivos del trastorno, diagnóstico diferencial y su importancia .....	111
2.6. Diagnóstico del deterioro cognitivo, diagnóstico diferencial y su importancia..	115
2.7. Pruebas psicométricas para diagnosticar el deterioro cognitivo.....	121
CAPITULO III PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.....	132
3.1 La valoración funcional del adulto mayor y su relación con el deterioro cognitivo .....	136
3.2. Tratamiento y seguimiento del adulto mayor con deterioro cognitivo.....	144
CAPITULO IV DISCUSION.....	160
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	172

## RESUMEN.

La esperanza de vida en la población ha tenido un considerable aumento, lo que lleva a pensar que los avances tecnológicos a lo largo del último siglo, han generado que enfermedades que causaban la muerte sin esperanzas de dar un tratamiento o al recibirlo no resultaba de la forma en la que se esperaba.

Por lo anterior y gracias a diversos estudios que se han generado a lo largo de los últimos años, se cuentan con recursos que generan una nueva opción y varias alternativas para el tratamiento de enfermedades que antes eran consideradas crónicas y mortales.

Sin embargo, estos últimos años se ha visto que hay nuevos retos por resolver o esclarecer para su estudio y atención, especialmente en los adultos mayores, dichos retos son los trastornos neurodegenerativos, que suelen ser crónicos y conllevan un desgaste emocional para la familia o las personas que cuidan de los adultos mayores con estos problemas de salud.

Actualmente, dichos trastornos neurodegenerativos son considerados como las enfermedades del siglo, las cuales requieren de atención inmediata, debido a que, incapacita a los individuos de forma significativa.

Dentro de estas enfermedades neurodegenerativas, se puede observar el deterioro cognitivo, el cual, consiste en una paulatina afectación al nivel de la memoria, en otras ocasiones se encuentra el deterioro de otras funciones cognitivas, aunque esto no afecta significativamente el ámbito social y laboral en el caso de los adultos mayores que aun continúan activos en esta esfera.

El deterioro cognitivo, en general es un cuadro que ocasionalmente suele ser diagnosticado como una demencia, aun cuando este no es profundo. Sin embargo el deterioro cognitivo puede llegar a ser un pródromo a las demencias, por lo que es de vital importancia realizar el diagnóstico temprano de ambos trastornos para procurar el bienestar de los adultos mayores con esta problemática y brindar los cuidados adecuados, así como un tratamiento farmacológico; si es que el médico lo sugiere; para que el pronóstico sea lo más favorable posible.

Dicha patología suele llegar a ser un factor de estrés y cambios significativos en la dinámica familiar cuando uno de los miembros la padece.

Como anteriormente se mencionó, esta enfermedad puede ser un pródromo de demencias, por lo que es de vital importancia tener el conocimiento amplio para dar una atención preventiva, así como realizar un diagnóstico adecuado y generar terapias que procuren la calidad de vida de las personas.

## INTRODUCCIÓN.

La vida de hombre desde sus inicios hasta la actualidad, ha enfrentado diversas situaciones con las que se ha visto obligado a evolucionar y encontrar diversas alternativas para darles una solución y así, hallar la forma de poder sobrevivir a estas mismas o bien de enfrentarlas lo mejor posible. Estas situaciones puede entenderse como climas extremos (en el caso del hombre primitivo), la obtención del alimento, la vivienda, y las enfermedades, que como bien se sabe han ido evolucionando al mismo tiempo que el ser humano; algunas de esta enfermedades han sido erradicadas al paso del tiempo, mientras que simultáneamente surgen otras enfermedades más complicadas y que rebasan los conocimientos de los investigadores y estudiosos en el momento.

Retomando el párrafo anterior, las diversas situaciones a las que se enfrenta el ser humano en la actualidad y en diversos países son de diferentes índoles, desde las cuestiones sociales, políticas y económicas. Es curioso que dentro de las tres esferas que se mencionen encaje a la perfección un proceso biopsicosocial, que todo ser humano experimenta desde el día de su nacimiento; el envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso por el que todo ser humano atraviesa, y si desde el punto de vista biológico todos envejecemos día a día, atravesando retos de la infancia, buscando a través de la adolescencia una identidad, la adultez llena de responsabilidades, retos propios y finalmente al llegar a la tercera edad, vejez o ancianidad, en donde finalmente surgen y se observan los cambios a través del tiempo.

El primer capítulo del presente documento hace mención de esa transición de ser un adulto maduro a ser un adulto mayor, internándose de esta forma en los cambios biológicos, emocionales y su contexto sociocultural, contextualizando los riesgos a los que se ve expuesto el ser humano en esta etapa del ciclo vital, partiendo desde el punto de un desarrollo esperado para personas de cincuenta años hasta los sesenta y cinco aproximadamente.

De esta forma este primer capítulo invita a revisar la importancia que obtiene la historia de vida en la vejez, brindando información a los profesionales de la salud que se enfocan a proporcionar atención multidisciplinaria a este grupo poblacional.

Por otro lado al tener claro lo que implica el llegar a la vejez y las condiciones durante la misma, cobra importancia la comprensión y estudio de las patologías, problemáticas y necesidades de los adultos mayores, es de esta forma que el segundo capítulo evidencia la importancia de la independencia de cualquier individuo en esta etapa, de acuerdo a sus posibilidades económicas y sociales, sin embargo las enfermedades en este periodo del ciclo vital, son condicionantes que pueden coartar dicha independencia.

Sin embargo a pesar de las enfermedades crónicas comunes, es en este apartado en donde se describen las enfermedades crónico-degenerativas a nivel neuronal, las cuales en la mayor parte de los casos incapacita a las personas, y un factor determinante es la edad, entre otros, dichos trastornos neuro- degenerativos son conocidos comúnmente como demencias; sin embargo al inicio de estas se puede llegar a confundir con otros trastornos y en otras ocasiones se observa que hay ciertos síndromes o signos que se confunden con las demencias, sin embargo no cumplen los criterios diagnósticos de la misma, por lo que se denomina deterioro cognitivo, en donde no es solo la memoria la que se ve afectada, sino que hay diferentes funciones ejecutivas que también se alteran.

El deterioro cognitivo se diagnostica con diferentes instrumentos psicométricos, además teniendo un diagnóstico sobre este trastorno es posible brindar una atención multidisciplinaria y generar calidad de vida para el adulto mayor que la padezca.

De esta forma la afección de la memoria y de diversas funciones cognitivas como se mencionó anteriormente, incapacitan a los adultos mayores, modificando su situación social y al mismo tiempo su dinámica familiar, por lo que el tercer capítulo de esta tesis hace hincapié en la importancia de evaluar la independencia de los adultos mayores y la relación que tiene con el deterioro cognitivo y las posibles alternativas para su tratamiento.

Finalmente el cuarto capítulo conjunta cada uno de los puntos tratados a lo largo de los tres primeros, aterrizando este problema socio- sanitario en México haciendo una revisión de la situación de la población de adultos mayores en el país.

---

## CAPITULO 1 EL ADULTO MAYOR.

“¿Cómo inicia la vida? ¿Cómo a partir de una sola célula?- del tamaño del punto final del enunciado- se convirtió en adulto maduro y complejo que es hoy? ¿Será igual o distinto cuando sea viejo? ¿Cómo influye en la vida de los demás? ¿Cómo influyen ellos en la suya? ¿De qué manera los papeles que ha desempeñado en su vida- niño, adolescente, socio, cónyuge, progenitor, trabajador, abuelo- moldearon su desarrollo? ¿Cómo enfrentará su muerte y la de sus seres queridos? Las preguntas anteriores son ejemplos de las que se sientan las bases del desarrollo humano, estudio multidisciplinario de la manera en que cambiamos y mantenemos en nuestra identidad a través del tiempo. Para conocerlas hay que recurrir a teorías de investigación de las ciencias físicas y sociales: biología química, medicina, psicología, nutrición, sociología, demografía, economía y antropología. La ciencia del desarrollo humano refleja la complejidad y singularidad de los individuos y sus experiencias personales, así como los aspectos comunes y patrones. Esta ciencia se basa firmemente en la teoría e investigación procurando siempre entender la conducta humana” (Kail, Cavanaugh y Pecina, 2006).

“El desarrollo se refiere a continuidades y cambios sistemáticos en el individuo que ocurren entre la concepción y la muerte. Al decir que los cambios son sistemáticos se hace referencia a que son ordenados, siguen un patrón y son relativamente duraderos, y por lo tanto, se excluyen las oscilaciones temporales como el estado de ánimo y otros cambios transitorios en nuestra apariencia, pensamiento y comportamiento. También estamos interesados en la continuidad del desarrollo, o la forma en la que seguimos siendo los mismos o continuamos reflejando nuestro pasado” (Shaffer, 2000).

“La mayoría de los científicos que se dedican al estudio del desarrollo, reconocen que este avanza a lo largo de la vida. Este concepto de desarrollo como un proceso que dura toda la vida y que puede estudiarse científicamente, se conoce como desarrollo del ciclo vital. Dado que los seres humanos son complejos el estudio del desarrollo del ciclo vital es interdisciplinario, con el tiempo siendo ya una disciplina científica, sus metas evolucionaron para incluir la descripción, explicación, predicción y modificación de la conducta” (Papalia, Wendkos y Feldman, 2005).

Por otro lado, “los científicos del desarrollo se interesan en dos tipos de cambio el cuantitativo y cualitativo; el cambio cuantitativo es un cambio en un número cantidad, como el crecimiento en la estatura, peso, vocabulario, conducta agresiva o frecuencia de la comunicación, el cambio cualitativo, es un cambio en el tipo, estructura u organización, es decir marcado por la emergencia de nuevos fenómenos que no pueden anticiparse con facilidad sobre la base del funcionamiento anterior, como el cambio de un embrión a bebé, o de un niño no verbal a uno que entiende palabras y que establece comunicación oral” (Papalia *et al* 2005).

De esta forma el desarrollo, como ya se ha mencionado es multidisciplinario y los cambios se generan en diversos dominios, pero para efectos de su estudio se plantean tres esferas o dimensiones importantes el desarrollo, el físico, el cognoscitivo y el psicosocial.

El desarrollo o dimensión biológica se refiere al crecimiento, fisiología, morfología y genéticas del cuerpo, órganos, capacidades de tipo sensorial, y la salud fundamentalmente. Kail, Cavanouht y Pecina (2006) indican que, “en su conjunto los factores biológicos aportan la materia prima necesaria (en el caso de la genética) y establecen las condiciones límite (en el caso de la salud general) del desarrollo”.

Ahora, el desarrollo cognitivo básicamente son habilidades mentales tales como la memoria, el aprendizaje, percepción, creatividad, inteligencia, razonamiento y solución de problemas entre otros proceso cognitivos. Estos dependen y se ven influenciados por las dimensiones biológicas, por ejemplo, los cambios en el cerebro de un adulto mayor, en cuanto a fisiología pueden resultar en un deterioro cognitivo o ser un factor de riesgo de para desarrollar alguna demencia.

A su vez “el desarrollo psicosocial, es una dimensión que estudia la estabilidad y cambio en las emociones, la personalidad, las relaciones con su entorno y las relaciones que establezca con su sociedad. Algunos consideran que estos factores son los más conocidos porque con ellos se describen las características de una persona” (Kail *et al* 2006). Además la interacción con el ambiente y el contexto sociocultural a pesar de vivir en una comunidad determinada tiene resultados diferentes para cada persona.

Al revisar la literatura, hay diversas teorías que concuerdan con el estudio del ciclo vital a partir de ocho etapas. Para fines prácticos de este trabajo, se expone particularmente el periodo de la edad adulta intermedia o madurez y la edad adulta tardía o vejez.

## 1.1. Antecedentes históricos y definición de vejez.

Entender el proceso de envejecimiento implica observar el ciclo vital de cada persona, es enfocarse a un análisis profundo de los cambios que se generan a lo largo del desarrollo y que se presentan durante toda la vida, es decir que la edad no lo define tal cual.

De esta forma, conocer el ciclo vital de las personas, posiblemente ayude a entender su propio proceso de envejecimiento, independientemente de las normatividades en el estudio del desarrollo en cualquiera de las disciplinas en el que su objeto de estudio sea la vejez, por ende es necesario hacer mención, que la edad no es un predictor de sensaciones, actitudes, conductas y condiciones específicas cuando una persona es mayor.

Sin embargo una definición de acuerdo con Larrínaga (2006) “el envejecimiento es un proceso que está caracterizado por la diversidad de factores, entre los más significativos que determinan esta diversidad se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. La vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación”.

A pesar de que en la actualidad se estudia el proceso de envejecimiento de un punto de vista muy particular, anteriormente, la vejez se concebía de una forma diferente. Hoy en día la vejez se ha considerado un problema social, y no por menos preciar a esta población, simplemente en otros tiempos de acuerdo a García, Torres y Ballesteros (2004), “la sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, cada día creciente, fuese de edad tan avanzada. No existían los largos cuidados de la salud para el anciano, no existía, aunque tanto se alude a ella, la convivencia trigeneracional o incluso cuatrigeneracional”.

Sin embargo, la vejez y ancianidad se han visto de diferentes formas a través de la historia del ser humano, ya que todas las culturas desde la más antigua han documentado o se tienen referencias de la concepción de los adultos mayores a través de literatura y documentos entre otras referencias. En estas referencias se puede encontrar que los “viejos” son respetados o minimizados, aunque no es un estado deseable.

“En el análisis de la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado o al menos soportado oficialmente y criticado en realidad, lo que pone en manifiesto que las condiciones socioculturales han propiciado diferentes formas y fundamentos de cuidados dispensados en los ancianos” (*García et al. 2004*).

En lo que respecta a los primeros pobladores de la tierra; la supervivencia estaba condicionada al clima y al hábitat en las que el ser humano se desenvolvía, y una cuestión importante es que pocas personas llegaban a la vejez. Dependiendo de las culturas era la forma en la que se trataba al adulto mayor, en ese sentido, en el polo norte simplemente se les abandonaba, mientras que en otras culturas, como en Mesoamérica, en donde el anciano fue considerado como una persona sabia, y una fuente de transmisión de dichos conocimientos, experiencias y la capacidad de poder formar un mejor futuro. En general eran fundadores, consejeros, guías ceremoniales y de rituales.

Una vez que las comunidades nómadas se establecieron en diversas ubicaciones geográficas, con esto y la incorporación de diferentes actividades para la supervivencia como la agricultura, ganadería, construcciones, asienta el establecimiento de las primeras civilizaciones. En occidente las civilizaciones que influyen en mayor proporción son la cultura grecorromana y la hebrea, dentro de estas civilizaciones se le brindaba importancia a los adultos mayores, normalmente, quienes se encargaban de los cuidados eran los familiares más cercanos, sin embargo no era un estado deseable al que todos añorarán llegar. De hecho a partir de los griegos comienzan con aportaciones enriquecedoras sobre la vejez.

Continuando con lo anterior Hipócrates, consideraba que la vejez comenzaba después de los 50 años de edad, y argumentaba de acuerdo a García *et al* 2004, la vejez era consecuencia del desequilibrio de los “humores” aunque se trataba de un desequilibrio diferente que provocaba y facilitaba el desarrollo de enfermedades. En los aforismos hipocráticos se describe la presentación diferenciadora de las enfermedades en la vejez, como la temperatura no suele ser tan alta, los procesos tienden a la cronicidad, los hábitos intestinales cambian etcétera, y se dan normas de asistencia específicas de higiene corporal. Para Aristóteles, La vida se pierde poco a poco en la vejez por la pérdida de calor interno, siendo la senescencia un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada en el desarrollo.

De esta forma hay diferentes opiniones de grandes filósofos de la antigua Grecia, en donde Aristóteles consideraba que la vejez podía ser una etapa bella, sin embargo esto sería mientras no existiera invalidez, sin dejar de mencionar que por otro lado Platón si creía que los adultos mayores eran valiosos por su sabiduría.

Así mismo, Platón, de acuerdo con García (2003), reitera que “existen ancianos carentes de cualidades o virtudes (debido a la mala formación educativa y por lo tanto, no están en condiciones de alcanzar la plenitud)”.

Por el contrario en la cultura china, se encuentra que las personas consideran que con la vejez la dignidad se alcanza con base a sus experiencias de vida, mientras que, como se puede ver, para los griegos, la dignidad es meramente intelectual y solo se puede alcanzar dicha dignidad por medio de la educación formal.

Aquí he de referirme también a la cultura hebrea y la judeocristiana, en donde los ancianos, al parecer tenían mayor peso en la sociedad y era una figura admirada y respetada, en algunas cuestiones eran autoridades aún, sobre todo en consejos importantes, sin embargo también en algún periodo sus opiniones y consejos fueron desechados entre los reyes, y la imagen del viejo comienza a deteriorarse, perdiendo su poder político.

De acuerdo con De La Serna (2003) “El antiguo testamento abarca casi 2000 años y, por lo tanto, la valoración y consideración de los ancianos a lo largo de estos siglos atraviesa diversas etapas. En la época más antigua, los mayores representan la sabiduría, y son las guías y jefes naturales de los pueblos. Constituyen el Consejo de los sabios. En el *Libro de los Reyes* surge un conflicto generacional y, aunque no se obedecen las indicaciones de los mayores, les sigue respetando y honrando. La bendición otorgada por el padre es sagrada y a la vejez se le tacha de dichosa. En libros posteriores como el *De Daniel*, los jóvenes adquieren mayor relevancia y los ancianos pierden autoridad. La vejez, en vez de ser bendecida es temida y rechazada. En el *Libro de la Sabiduría* ya no es un mérito ser anciano. En la última época hebraica, contagiados por la cultura griega, aparece la representación del viejo “chocho, charlatán y lascivo”.

Por otro lado, al principio de la era cristiana surge una idea global sobre la vejez, por parte de Galeno de acuerdo a García *et al*, (2004) indica que “refundió el saber griego y romano tratando de unir la teoría hipocrática humoral con la aristotélica o de la pérdida de calor interno, postulando que el envejecimiento era la pérdida de calor interno y como consecuencia, la deshidratación y la alteración de los humores”.

De lo anterior que se generaran los primeros fundamentos de lo que hoy se conoce o se considera gericultura. Así pues es durante estos periodos de la historia en donde surgen lugares destinados a los cuidados de los ancianos.

Por otro lado, durante la edad media o el Medievo, la concepción del mundo cambio radicalmente, la mayor parte de las cosas se relacionaba con el ámbito espiritual, por lo que el fin de la vida no era una preocupación constante en las personas lo que ocupaba el pensamiento era la condena o vida eterna que se fuera a tener después de la muerte.

Sin embargo, la edad media es conocida como una etapa de retroceso u obscurantismo, no se cuenta con mucha información con relación a la vejez sin embargo es rescatable algunos escritos como los de Santo Tomás de Aquino entre otros.

De esta forma y de acuerdo a Rodríguez (1989), “San Agustín transmite a través de su obra autobiográfica de las *Confesiones* los valores ascéticos de la renuncia a los placeres físicos, la resignación y el cultivo de la virtud, como requisitos de la herencia estoica que igualmente dignifican la visión cristiana del hombre y máxime al anciano, por cuanto que de él se espera más que de cualquier otra edad, la consecución de un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos. Por su parte Santo Tomás de Aquino, y a través de la Escolástica, afianza el estereotipo aristotélico de la vejez, como periodo decadente físico y moralmente puesto que durante ese periodo de la vida, se tornan rígidos y estereotipados, ciertos comportamientos del hombre marcados por el interés personal; es decir, del egoísmo, avaricia posesiva, aislamiento y desconfianza como consecuencias de su edad y declive físico, intelectual y moral”.

“Lo que es factible de creer es que las personas difícilmente llegaban a ser viejos. En esta etapa los viejos estaban excluidos en de la vida pública, eran los jóvenes los que dominaban, la sociedad estaba más regida por la fuerza de las armas que por las instituciones estables. En el campo, el padre no conservaba su autoridad al envejecer y era suplantado por el hijo mayor quien tomaba posesión de la casa y de las propiedades e incluso desplazaba de su habitación al padre, Los viejos que no tenían familia eran socorridos por el señor (feudal) o por el asilo y, en las ciudades, por la corporación y su cofradía religiosa. En la Europa occidental fueron surgiendo diversos hospitales bajo el patrocinio de la iglesia. Algunos se dedicaron a atender ancianos, ya fuera por su propia condición de vida o por ser considerados pobres” (García *et al*, 2004).

Posteriormente durante el periodo del renacimiento, hay dos cuestiones importantes en cuanto a la posición social de las personas ancianas, ya que en esta etapa surge con mayor fuerza la burguesía y el capitalismo, además de que los comerciantes cobran fuerza y posición dentro de la alta y media sociedad, en donde se observó el fenómeno de las mujeres jóvenes cerca de hombres mayores y en muchas ocasiones viejos, sin embargo estos últimos burgueses tenían los suficientes recursos para poder pagar médicos o magia para curar los males físicos.

En la revisión bibliográfica de acuerdo con García *et al* 2004) “en el renacimiento existían dos tendencias: una religiosa y otra espiritualista, y otra materialista y burlesca. Dante, pre-renacentista, metaforizaba y decía que la principal preocupación del anciano debía ser “bajar las velas”, para llegar apaciblemente a puerto. La vejez era el momento de asegurar la salvación. Esto generó una corriente de austeridad, seguida incluso por el Papado, y empezaron a ser elegidos Papas ancianos. La edad ayudaba a imprimir una imagen de sacralidad”.

En aquella época aparecieron dos comunidades destacadas por su labor en pro de los ancianos: las Hijas de la Caridad y Los Hermanos de San Juan de Dios. Valga decir que otras órdenes, aunque no de manera tan específica se dedicaron a ello, algunas aun lo hacen, la mayoría de veces con más caridad que medios.

A pesar de lo descrito anteriormente durante este periodo del renacimiento existieron filósofos y escritores, que se interesaron por la población anciana de su época aportando algunas cuestiones importantes en cuanto a la visión de la vejez desde diferentes puntos de vista, entre ellos Shakespeare, L. de Vivés y Francis Bacon entre otros.

Ahora bien, dejando de lado el renacimiento, durante la revolución industrial hay un cambio evidente, que lamentablemente solo es definido por las clases sociales, en la burguesía se mejora la situación de las personas ancianas, el concepto como tal de vejez se transforma, en este periodo los viejos son más participativos en la sociedad, es aquí en donde la figura del abuelo cobra importancia como cabeza de familia y hombre sabio, sin embargo no era un estado humano deseable. Por otro lado siguiendo la misma línea de tiempo en la otra clase que se mencionaba es la clase obrera en donde el avance de la concepción de la vejez no es del todo desalentadora pues de igual manera el respeto por el anciano convertido en abuelo era evidente, es decir basado en un patriarcado y sólo en familias campesinas bien acomodadas, ya que en otra situación distinta a esta o a la de los burgueses, la vida solo se trataba de subsistir y aun se daba el viejo fenómeno de deshacerse de los ancianos cuando ellos resultaban ser una carga para la familia. Definitivamente hay un incremento considerable respecto a la longevidad.

Continuando con los antecedentes de la vejez y su concepción a lo largo de la historia se puede observar constantemente el miedo y el rechazo a esta etapa del ciclo vital y actualmente la población de adultos mayores ha crecido junto con la esperanza de vida, sin embargo es rescatable decir que hoy en día de acuerdo a las culturas, forma de vida, posición socioeconómica hay cuestiones que siguen funcionando de una forma muy similar.

“A lo largo de la historia se mimetiza el proceso que las sociedades más hedonistas o que cultivan más la belleza, como la antigua Grecia o en el renacimiento, menosprecian a los ancianos y a su asociada decadencia. Las sociedades regidas por un ideal estético más abstracto los tienen en mayor consideración. Entre las generaciones jóvenes y los mayores se perpetúa el conflicto frente a quienes ostentan dinero y poder, hasta nuestros días, esto se repite con variaciones en movimientos pendulares. A lo largo del tiempo, asociadas a la vejez se han considerado como virtudes la prudencia, sabiduría, discreción y ecuanimidad: pero a la ancianidad también se le ha atribuido rigidez de criterio, irritabilidad, intolerancia, decadencia emocional, recelo, egoísmo e indecisión. Cuando se piensa en la persona de edad se acostumbra a repetir dos estereotipos uno que le exalta y otro que le degrada, sin embargo ninguno es real” (De La Serna, 2003).

De acuerdo con García *et al* (2004), “la conducta humana hacia los problemas de la ancianidad, manifestada a lo largo de la historia, han llegado a incidir en nuestro tiempo pasando por cuatro grandes tendencias según su incidencia en la prestación de cuidados la supervivencia, obligatoriedad moral y cívica, caritativa y la profesional”.

Sin embargo, la situación de los adultos mayores depende particularmente de la sociedad en la que se desarrolle, es decir, en los países subdesarrollados el número de ancianos es menor y con escasas posibilidades económicas que en los países desarrollados. Según De La Serna (2003) el sistema de pensiones proporciona, en una mayoría de casos, una cierta autonomía económica, los mayores de clase social alta no suelen sufrir necesidades ni privaciones y, con frecuencia, se muestra una actitud de respeto hacia ellos, aunque se pueden repetir modelos de querer arrebatárles el poder por sus descendientes”.

Por otro lado, en la actualidad, debido a que la longevidad ha aumentado y gracias a los avances de la ciencia que han mejorado día a día, se ha generado el apoyo a la población envejecida de diversas formas como asistencia por parte de asociaciones civiles, caridad, asistencia gubernamental, sin embargo y de acuerdo con Sánchez (1993) “la favorable evolución de la esperanza de vida a nivel mundial y en particular la progresiva generalización del acceso a la longevidad plantean la necesidad de operar las adaptaciones sociales, económicas y mentales que la nueva situación exige; rehuir los tópicos y las simplificaciones de apariencia demográfica en materia de vejez y de envejecimiento, estudiar la complejidad y la diversidad del fenómeno, es contribuir a dicha adaptación”.

Desde el punto de vista anterior y como se ha mencionado en párrafos anteriores, el estudio del desarrollo es multidisciplinario y el caso del envejecimiento no es la excepción.

“De esta forma, en cuanto a las ciencias estrechamente relacionadas con el estudio y cuidado de los adultos mayores, se encuentra la geriatría; que es la especialidad médica que se ocupa de los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano enfermo, la identificación del anciano enfermo como “caso geriátrico” es esencial para comprender dicha especialidad” (Perlado, 1994).

Por otro lado la Gerontología, según Asili (2004), es una disciplina que “estudia en primera instancia, los cambios que la vejez produce en sí mismos y, en segunda, el efecto de esos cambios en la persona anciana y su entorno. Para analizar seria y profesionalmente cada uno de estos complejos aspectos, la gerontología se ha apoyado en otras ciencias como la sociología, anatomía, psicología patología, economía, entre otras. Al rodearse de estas ciencias y enriquecer su visión y comprensión sobre el anciano y las vicisitudes del proceso de envejecimiento, la gerontología se convierte en una ciencia interdisciplinaria”.

## 1.2. La transición de la edad adulta a la vejez.

Anteriormente el periodo de la “Edad Adulta Intermedia” se consideraba un periodo de transición de la juventud hacia la vejez, también se consideraba un periodo relativamente tranquilo en cuanto a cambios biológicos, psicosociales y cognitivos. Sin embargo al día de hoy con base a estudios nutricionales y médicos se sabe que es una etapa en donde psicosocialmente hay diferentes roles, ansiedad y expectativas sobre el futuro, ya que implicará pérdidas, pero al mismo tiempo ganancias.

Como tal no existe una edad biológica o algún evento social en donde se indique como inicio o final de esta etapa del ciclo vital, con el avance de la tecnología y el aumento en la esperanza de vida el inicio o término es subjetivo. Por lo tanto la edad madura varía en relación a la genética, contexto sociocultural y económico, así como en diferencias individuales y experiencias de vida previas. En esta etapa las personas experimentan la sensación de mayor libertad financiera, algunos pueden percibir en cuanto a lo cognitivo una memoria mucho más eficiente que en años anteriores, se retoman sueños y proyectos, perciben niveles de rendimiento propios con mayor eficiencia, pueden experimentar que se encuentran en el punto cúspide en sus carreras y por el contrario pueden experimentar la sensación de no tener un progreso significativo.

Otro hecho a considerar es que en esta etapa la gente experimenta y debe manejar la partida de los hijos, algunos otros la pérdida de los padres, así como asumir nuevos roles, y manejo de limitaciones y de cuestiones que no pueden manejar o controlar, ya que no depende de ellos.

En relación con lo indicado anteriormente los cambios durante la etapa de la adultez intermedia, específicamente los cambios físicos, estos resultado del envejecimiento biológico, además del estilo de vida desde la juventud, cultura y contexto social, es decir que las personas que procuran el cuidado de sí mismos, tienen mayor probabilidad de tener una salud estable, aunque no es una garantía de que deterioro físico o cognitivo no pueda presentarse, pero si es un factor preventivo, también esto depende de la genética. Por otro lado las personas que han llevado su vida de forma sedentaria, sin ejercicio o una alimentación balanceada perderán tono muscular y energía.

A partir de estas consideraciones, en el funcionamiento sensorial y psicomotor se evidencian algunos cambios sensoriales graduales e imperceptibles de primera instancia, cambios que son tan pequeños que solo a lo largo del tiempo se hacen presentes y evidentes.

En relación a la vista hay cinco cuestiones que comienzan a presentar algunas deficiencias, tales como la visión cercana, visión dinámica, sensibilidad la luz, búsqueda visual y velocidad del procesamiento de la información visual. Fundamentalmente estos cambios se presentan por que el cristalino pierde progresivamente su flexibilidad y por esta misma cuestión cambiar de foco, dicho cambio es muy evidente o perceptible por la persona alrededor de los sesenta años de edad, casi al final de esta etapa.

Siguiendo en la línea de investigación sobre el funcionamiento sensorial, la audición empieza a tener ciertas deficiencias, como la presbiacusia (pérdida gradual de la audición), en cuanto al gusto, las papilas se tornan menos sensibles y las células olfativas suelen disminuir su número. A su vez el tacto comienza a ser menos sensible entre los 45 y 50 años, por lo que las personas no experimentan el dolor de la misma forma, sin embargo al mismo tiempo, ya no existe la misma capacidad para tolerar el dolor.

“Por otro lado el tono muscular comienza a ser menor que en años anteriores a partir de los 45 años aproximadamente se percibe disminución en la fuerza, posteriormente la fuerza máxima declina a los 60 años aproximadamente y de forma paulatina. Lo que antes era fibra muscular se sustituye con grasa. La pérdida de resistencia es debida a que el metabolismo basal; uso de la energía para mantener funciones vitales” (Papalia *et al*, 2005) que con el paso del tiempo presenta un decremento considerablemente.

En lo mencionado anteriormente cabe destacar que aunque haya pérdidas físicas como se mencionaba, también hay ganancias y una de ellas es la experiencia, la cual compensa los cambios físicos en las personas de la edad madura.

En lo referente a cambios estructurales y sistémicos, cabe mencionar que la piel a partir de la quinta o sexta década se vuelve frágil, pierde firmeza y además la capa de grasa debajo de la superficie se adelgaza ya que las células de colágeno y elastina se hacen rígidas y frágiles. Como ya se había mencionado en este periodo hay una tendencia al aumento de peso por la acumulación de grasa, además comienza un encogimiento de los discos intervertebrales.

En concordancia con lo anterior el cuerpo humano en esta etapa también comienza a experimentar cambios en materia ósea a medida que se absorbe mucho más calcio del que se reemplaza, por lo que los huesos se tornan frágiles, lo que puede generar que los huesos se hagan porosos, lo que comúnmente se denomina osteoporosis que conlleva el riesgo de fracturas peligrosas en edades ya más avanzadas. Los factores que la favorecen son el tabaquismo, consumo de alcohol y una dieta inadecuada, aunado a esta parte también las articulaciones se ven afectadas por el paso del tiempo, ya que estas se vuelven rígidas esto puede ser por sedentarismo o incluso por acumulación de estrés.

Del mismo modo aunque no menos importante el sistema circulatorio también experimenta cambios graduales y dependientes también del estilo de vida, como por ejemplo el corazón late de manera más lenta e irregular y su poder aeróbico disminuye alrededor de los sesenta años de edad, las arterias se vuelven rígidas y más gruesas de lo que comúnmente eran.

En relación a lo anterior, se encontró en la literatura que la capacidad vital o el volumen de aire que procesa los pulmones suele disminuir, al igual que la función reguladora de la temperatura, el sistema inmune también experimenta un debilitamiento.

En relación a las mujeres si hay un evento importante dentro de etapa en cuanto a lo físico se refiere, la menopausia, la cual puede tener un gran impacto en la vida de las mujeres; como siempre, dependiendo del contexto sociocultural, genético y la educación en materia de salud; hay algunas cuestiones que se relacionan con este proceso tal y como sensaciones de calor excesivos por momentos, esto se debe a que las hormonas, en algunos casos, pueden afectar el centro de regulación térmica en el cerebro, también se refiere sequedad vaginal ardor y comezón, infecciones urinarias y vaginales, debido a la contracción de los tejidos.

Hay ciertos efectos psicológicos relacionados con la menopausia los cuales son irritabilidad, ansiedad, nerviosismo y depresión, todos estos relacionados el entorno social y contexto de la persona.

Sobre la misma línea de investigación, cerca del final de esta etapa y no exclusivo de los hombres encontramos la disfunción sexual. De acuerdo con Papalia *et al* (2005), “la disfunción sexual es una perturbación persistente de del deseo o la respuesta sexual. En donde el individuo puede presentar una falta de interés en el sexo o placer derivado del mismo, dolor en las relaciones sexuales, dificultad para excitarse, orgasmo o eyaculación prematura, incapacidad para alcanzar el clímax o ansiedad a cerca del desempeño sexual. La forma más severa de disfunción sexual en los hombres es la disfunción eréctil que se refiere a la incapacidad de lograr o mantener un pene lo suficientemente erecto para el desempeño sexual satisfactorio”.

En otro orden de ideas, hay diferentes preocupaciones dentro de esta edad, una de ellas es la preocupación por la apariencia y el atractivo físico. De ambos géneros, probablemente quienes tengan mayor preocupación por encontrar la “fuente de la juventud” sean las mujeres. Debido a las presiones sociales y a la creencia de que la belleza es exclusiva de la juventud, hace que algunas mujeres tengan bajos sentimientos de auto-valía.

Con base al párrafo anterior hay otra preocupación constante en la etapa de la adultez intermedia, dicha preocupación fundamentalmente es por la salud, esto se debe a que hay un declive notable, como mayor tiempo de recuperación ante una enfermedad, menor aguante ante una tarea ardua, fatigas ocasionales, dolores etcétera, lo cual, comparando con las etapas anteriores del ciclo vital no ocurría, lo que evidencia el paso del tiempo.

De esta forma existiendo evidencias de que el tiempo ha pasado, las clínicas y el sector salud de la comunidad de cada individuo va indicando con mayor periodicidad e insistencia el acudir a una valoración continua para mantener el estado de salud óptimo, las personas de esta etapa con los cambios físicos que experimentan, deben tener el suficiente cuidado con su estado de salud tanto físico como mental, ya que hay enfermedades que con el pasar del tiempo pueden desarrollarse como la hipertensión, cáncer, diabetes, por poner ejemplos, y requieren de una atención continua y veraz, debido a que son causas frecuentes de muerte en esta etapa del ciclo vital.

A partir de las consideraciones anteriores, hay un factor de alta importancia, el cual puede influir sobre la salud de las personas, dicho factor es la posición socioeconómica.

Partiendo de este factor, las personas que tienen una mayor posición socioeconómica tienen una calidad y expectativa de vida más amplia, ya que se tienen los recursos necesarios para poder llevar una dieta adecuada, compra de medicamentos, etcétera, en cambio las personas que tienen menor posición, tienen mayores limitaciones.

Del mismo modo los estados emocionales, la personalidad y el estrés son factores que pueden alterar o afectar la salud de las personas, se ha visto que el estrés y estados de ánimo negativos influyen sobre el sistema inmunológico y las personas se hacen más susceptibles a la enfermedad, en general el juicio de cada persona tiene relación con el estado de salud y enfermedad. De acuerdo con Papalia *et al* (2005) “la relación personalidad y salud es la forma en la que las personas manejen el estrés”.

De lo anterior se desprende una parte importante dentro del estudio del desarrollo en esta etapa del ciclo vital y es la parte cognoscitiva. En cuanto a la percepción se puede decir que esta disminuye en cuanto a velocidad, sin embargo no es desde esta etapa, es a partir de los 25 años, sin embargo durante la adultez intermedia ya es evidente, parecido es el caso de la habilidad numérica, aunque esta comienza a disminuir a partir de los cuarenta años. Sin embargo de seis habilidades fundamentales del ser humano cuatro de ellas (razonamiento inductivo, orientación espacial, vocabulario y memoria) alcanzan su mayor desempeño en la adultez intermedia.

Para tratar la misma temática es importante mencionar que la inteligencia tiene dos aspectos importantes, la inteligencia cristalizada y la fluida. De acuerdo a Mishara y Riedel (2000) la inteligencia fluida representa la forma de inteligencia capaz de resolver problemas nuevos y la inteligencia cristalizada la aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

Con relación a lo anterior estas habilidades también dependen de la educación y el contexto sociocultural, ambos aspectos están presentes durante la etapa del adulto intermedio, sin embargo la inteligencia fluida tiene su clímax durante la edad adulta temprana, mientras que la cristalizada mejora considerablemente en la madurez y en muchos casos al final de la vida.

De lo anterior se desprende una cuestión relacionada normalmente con las personas adultas intermedias y las personas de la tercera edad... la experiencia, que en conjunto con las habilidades fluidas, el procesamiento de la información y un conocimiento específico hace mucho más sencillo el aumento y el uso de dicho conocimiento.

Todo esto es aplicable a que los jóvenes tienen mejores resultados en la adquisición de nuevos conocimientos, mientras que las personas maduras, con base a la experiencia se les pueden denominar “expertas” y si tienen dificultad en la adquisición de nuevos conocimientos, sin embargo los problemas los resuelven con mayor fluidez gracias a su juicio a partir de la experiencia. Dicho pensamiento se conoce como post-formal

“Una característica importante del pensamiento post-formal es su naturaleza integradora. Los adultos maduros combinan la lógica de la intuición y la emoción, integran hechos e ideas conflictivas así como la nueva información con lo que ya conocen. Interpretan lo que leen o escuchan en términos del significado que tiene para ellos. En lugar de aceptar algo por su valor evidente, lo filtran a través de su experiencia en la vida y el aprendizaje previo” (Papalia *et al*, 2005).

De estos datos se desprende un proceso elemental de la madurez, la educación y el trabajo. En sociedades industrializadas es común escuchar sobre el retiro o la jubilación de las personas maduras, y la estructura vital de estas mismas es diferenciada por la edad, en donde la edad rige las metas que deben cumplirse sobre lo esperado para dicha edad, es decir durante la juventud el ser humano está para aprender, durante su madurez debe trabajar, mientras que para la etapa final de la vida, la vejez solo queda el tiempo libre meramente.

Con base a lo anterior, hay algunos teóricos como Riley que indica que los diversos roles que puede tener un individuo no deben ser diferenciados de la edad, sino al contrario integrada por la edad en donde, haya una apertura social al aprendizaje, el tiempo libre y el trabajo a lo largo de toda la vida, esto nos lleva a pensar que en una sociedad donde los cambios con relación a la edad son drásticos, revisando la literatura se encuentra que las personas con modelos profesionales transcurre toda su vida con una sola vocación, y que con el tiempo llegan alcanzar puestos importantes , a ser figuras de autoridad en algún corporativo y a manejar grandes responsabilidades, y presentan una tendencia a ser adictos a sus labores, ya sea por mantener una estabilidad o seguridad financiera antes de la jubilación o bien porque les resulta sumamente complicado renunciar a su estatus como autoridad o responsable, su trabajo en particular, lo cual puede generar un estrés difícil de manejar.

Hay personas que de forma contraria, han llegado a sentirse satisfechas con los logros que han alcanzado a lo largo de su vida, incluso aunque no hayan alcanzado todos sus sueños u objetivos como tal, sin embargo tienen una visión o una sensación de relajación y tranquilidad, más no exponen su salud física y emocional en la cuestión laboral como en etapas anteriores a la madurez lo hacían.

Habría que decir también que las personas a esta edad, enfrentan el retiro, y hay valores intrínsecos que surgen a partir de dicha cuestión como la sensación de querer seguir siendo productivos, entre otros factores importantes que influyen para el retiro en cada persona. Hay personas maduras que se resisten a retirarse por la estimulación que el trabajo produce, o ya sea que las pensiones, programas de jubilación y/o ahorros inadecuados. En general los predictores de una jubilación temprana son la salud y situación económica.

De esta forma las personas que se encuentran sumamente comprometidas y en un trabajo complejo tienen ventajas sobre otras personas de la edad, y esta ventaja es que su estado cognitivo al llegar a la vejez es fuerte, esto debido a que mucho del mantenimiento de una cognición fuerte radica en el nivel sociocultural, contexto, búsqueda de oportunidades estimulantes, nivel educativo entre otros factores.

En contraste hay teorías que sostienen que la madurez es una circunstancia para el cambio positivo mediante la autorrealización, que solo puede generarse en este periodo, equilibrando la experiencia con el “yo” a través de la constancia y de la permanencia. Dentro del desarrollo psicosocial en la madurez hay tres tipos de cambio, los cuales de acuerdo con Papalia *et al.*(2005) “son el cambio relacionado con las necesidades o tareas de la maduración que todos los seres humanos experimentan en momentos particulares de vida; cambio relacionado con los roles respaldados culturalmente o con eventos históricos que afectan a una población particular; y cambio relacionado con las experiencias inusuales o la ocurrencia de los eventos de la vida en un evento inusual. Dos tareas necesarias pero difíciles de la madurez son renunciar a la imagen de juventud y reconocer la mortalidad”.

De acuerdo a lo anterior, el reconocer la mortalidad se necesita una introspección, la cual en ocasiones puede resultar perturbadora y amenazante ya que en esta revisión las personas cuestionan sus compromisos, logros y metas que aun desean alcanzar.

Por otro lado una cuestión importante durante la madurez es la preocupación por establecer y orientar a las generaciones más jóvenes que ellos, perpetuando su experiencia y sus conocimientos, es algo parecido a dejar un legado. Cuando esta preocupación no está presente en las personas estas suelen volcarse a sí mismas, se sienten estancados, y poco satisfechas.

A este fenómeno se le conoce como generatividad frente al estancamiento, dicha teoría es propuesta por Erikson, y posteriormente otro teórico postuló cuatro formas de generatividad: la biológica, paterna, técnica y cultural.

De esta forma la madurez implica reasignación de roles sociales, tales como convertirse en abuelos y la jubilación, sin embargo los relojes biológicos han cambiado, hay muchos adultos maduros que aun están criando hijos adolescentes o niños pequeños, o bien cuidan de padres ya adultos mayores, lo cual se convierte en desafíos, que con la experiencia aprenden a manejar.

Independientemente de los relojes biológicos y de acuerdo con teóricos del desarrollo en esta etapa del ciclo vital, encuentran que el diverso inventario de roles sociales (yo trabajador, abuelo, hijo, padre, etcétera) contribuyen al proceso de formación y consolidación de la identidad y que es el tema principal en la edad adulta ya que estos están fuertemente vinculados con el compromiso, lo que puede generar que problemas de identidad no resueltos en etapas anteriores de vida salgan a flote.

En concordancia se ha visto que las personas a lo largo de la vida se encuentran rodeadas por círculos de amigos cercanos así como familiares de diferentes grados de cercanía en los que casi siempre se encuentra ayuda, bienestar, apoyo social, soporte emocional y a su vez esto es reciproco; estas relaciones se conocen como redes sociales y se componen de eventos de la vida, posición socioeconómica, la personalidad de quienes la componen, cuidado e interés, lo cual favorece la salud y el bienestar. Durante etapas anteriores del ciclo vital las redes sociales marcan una tendencia a reducirse ya que durante esta etapa son más íntimas.

### 1.3. Aspectos biológicos de la vejez.

El envejecimiento de acuerdo a Macías, Guillern y Ribera (2005) “es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico- dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiforme y sincrónico, no sigue una ley única que lo explique y su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobre cargas biológicas, ambientales y sociales. Es interesante la a-sincronía, que significa que no todo el organismo envejece al mismo tiempo o con la misma sincronía. Así hay funciones que se conservan como en los jóvenes hasta edad muy avanzada de la vida y otras se resienten mucho antes. Esto no ocurre sólo con la fisiología, sino incluso con los órganos, sus componentes celulares y las organelas dentro de cada una de las células. Por todo ello, el primer problema que se plantea al describir cualquier proceso relacionado con el envejecimiento, parte de la extrema dificultad que existe para separar nítidamente el envejecimiento como un proceso biológico equiparable al desarrollo y la maduración, de los procesos patológicos que se acumulan con la edad”.

Como se ha mencionado anteriormente es complicado separar los dos conceptos que en la práctica se presentan normalmente juntos, la patología y la poca resistencia del cuerpo humano al perder algunas funciones, por muy imperceptibles que estas sean, por lo que puede definirse que dicho proceso no es más que una incapacidad de forma progresiva del organismo en función de la edad, para mantener un equilibrio.

Continuando con el tema hay dos teorías básicas sobre el proceso del envejecimiento, el primero se le llama teoría exógena y la otra teoría es denominada genética; sin embargo, sobre de estas mismas se han propuesto algunas más

“La primera teoría es la exógena o ambiental, que propone que múltiples factores presentes en el ambiente, en la dieta o derivados del propio mismo metabolismo, ejercen sobre el organismo acciones lesivas puntuales o acumulativas que no pueden ser adecuadamente corregidos por los procesos reparativos presentes en el organismo, o que inducen procesos que en su origen pueden ser reparativos, pero que su hiperfunción o falta de control regulatorio producen lesiones en el organismo” (Álvarez y Macías, 2009).

Por otro lado la teoría genética, atribuye drásticamente el envejecimiento como una programación en los genotipos, postulando que todas las células o algunos grupos específicos de estas, como el caso de las neuronas cuentan con un “reloj interno” que en su momento regulará el proceso de envejecimiento en las personas. Para dejarlo claro, las células tienen diferentes ciclos de reproducción y una vez que estas han alcanzado los ciclos máximos no se presentarán más divisiones celulares conllevando el deterioro y la muerte; es decir que el envejecimiento se encuentra programado.

Sin embargo entre ambas teorías no hay una oposición por lo que se podría postular una teoría más, la que se ha denominado mixta y en dicha teoría se podría definir que el organismo tiene cierta predisposición genotípica y en conjunto con factores ambientales las personas envejecen.

Por otro lado si se habla de envejecimiento biológico en general es evidente que este se presenta desde las células, De acuerdo con Gastañaga (2013) “se ha demostrado que las células de diversos tejidos humanos normales proliferan en cultivo tan solo un periodo de tiempo definido antes de degenerar y morir. Estas Células son los “fibroblastos de Hayflick”. Estas células cultivadas se conocen como “fibroblastoides diploides humanos” y se dividen únicamente un cierto número de veces antes de que la velocidad de división disminuya y finalmente se detenga”.

“Se dice que han sufrido un proceso de senescencia límite de Hayflick, quien propuso que sería equivalente a la expresión celular del envejecimiento in vivo. El Dr. Leonard Hayflick llevó a cabo una investigación en el *Wistar Institute* en Filadelfia, que se tradujo en el descubrimiento del límite de Hayflick, se encontró que el tejido proveniente de los pulmones parecía morir después de que las células se hubieran dividido cierto número de veces (50 veces). En un segundo experimento dejó a las células dividirse 25 veces y las congeló por un tiempo. Al restablecer la temperatura, las células continuaban dividiéndose hasta el límite de unas 50 divisiones y después morían, a medida que las células se acercaban a este límite de edad, presentaban cada vez más signos de envejecimiento celular, y en 1965 se postuló esto como una explicación de las causas de la vejez” (Gastañaga, 2013).

En relación con lo indicado anteriormente, en opinión de Gil (1993) “el envejecimiento como aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, le permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea. El envejecimiento se considera patológico cuando la incidencia de proceso fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. En la vejez ocurre una serie de cambios a nivel molecular, celular, de tejidos y de órganos que contribuyen a la disminución progresiva de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad. Sin embargo, este declinar no es uniforme en velocidad ni magnitud. En ausencia de un perfil completo del envejecimiento, y conscientes de la variabilidad temporal de los cambios en la vejez, los fisiólogos han dirigido parte de sus estudios a los cambios de edad-dependientes que afectan a los mecanismos integrales. Estos mecanismos son los que mantienen la homeostasis, es decir, los que se aseguran la constancia del medio interno a pesar de la variabilidad del externo”.

Por otro lado, como se ha mencionado el cuerpo humano experimenta cambios en las diferentes etapas de la vida y la senectud o vejez no es la excepción. A continuación se detallan de forma breve algunos cambios en los adultos mayores:

- Sistema Musculoesquelético, “este sistema se encarga del movimiento en general, además de dar estructura al cuerpo y en algunas áreas protección. Está formado por tejido óseo, adiposo, fibroso y cartilaginoso, durante el periodo del envejecimiento las funciones de estos tejidos se van debilitando, haciéndose frágiles, poco elásticos y ejerciendo mucho menor fuerza comparado con etapas anteriores del ciclo vital. Uno de los cambios notorios en las personas de la tercera edad es la modificación de la columna vertebral, así como problemas en las articulaciones, que no necesariamente se presenta en todos los individuos. Durante la vejez la columna vertebral tiende adoptar una curva suave en forma de “c”, lo cual es una reminiscencia de la curva fetal inicial. La razón de ello radica en que la forma de la columna vertebral está en gran parte determinada por los discos vertebrales y en menos medida por las vertebrae en sí, por consiguiente, como los discos se degeneran con la edad, las curvaturas secundarias desaparecen de forma gradual” (Palastanga, Field y Soames 2007). Otro de los cambios anatómicos que se presentan durante la vejez, en cuanto a la estructura ósea se refiere son la formación de los osteofitos, calcificación de tejidos blandos, estrechamiento de las articulaciones y calcificaciones periósticas. “El crecimiento óseo o cartilaginoso durante el envejecimiento se ha visto tradicionalmente como un proceso patológico. Es quizá más real, verlo como un proceso de la anatomía normal durante el envejecimiento” (Abizanda, Romero, Luengo, Sánchez y Jordán, 2012).
- Sistema Endócrino, durante el envejecimiento este sistema cambia y por sus funciones afecta a otros sistemas corporales, provocando diferentes manifestaciones. Los estrógenos y la testosterona tienen una disminución considerable, el páncreas también modifica su funcionamiento.

- Sistema circulatorio, a lo largo del desarrollo humano también envejece, el corazón, arterias, venas, en específico el corazón del ser humano marca una tendencia a tener un aumento de peso, normalmente es ligero, hay otro aumento en la anatomía del corazón, esto se puede ver en cuanto al espesor de las paredes cardiacas. Es común encontrar que la frecuencia cardiaca se mantiene, sin embargo disminuye paulatinamente y en ocasiones hay bradicardia nocturna. Por otro lado “los cambios en la pared vascular asociados con el envejecimiento determinan el aumento de la presión arterial con el ejercicio, hipertrofia ventricular y menor capacitancia de las arterias elásticas que determinan dificultad para el vaciado ventricular, así como la dilatación aórtica” (Abizanda *et al*, 2012).

Parte de los cambios del sistema circulatorio y sus órganos tienden a desarrollar depósitos de grasa y algunas ocasiones tejido fibroso.

En cuanto a los vasos se ha observado que las paredes de las venas y arterias se engruesan lo que genera que la absorción de nutrientes sea lenta, además en la sangre también hay ligeros e imperceptibles cambios como la reducción de agua en el torrente sanguíneo y la volemia se muestra reducida, dada esta situación también se encuentra que la reacción ante la enfermedad o el estrés, los glóbulos rojos ya no responden con la misma rapidez, generándose rápidamente, al igual que los glóbulos blancos, específicamente los neutrofilos, que son encargados de la inmunidad en el ser humano lo que hace que el cuerpo humano genere menos resistencias ante infecciones, durante el envejecimiento.

- Sistema Digestivo. En general no es un sistema que se degenere considerablemente, lo que es posible es que si haya modificaciones que impacten directamente en cuanto a la alimentación y absorción de nutrientes, uno de esos factores es la pérdida de piezas dentales, disminución de la producción salival, como ya se había mencionado anteriormente el sentido del gusto tiene una disminución.

Otro fenómeno que aparece durante el envejecimiento es la motilidad del esófago, y es probable que pueda presentarse el reflujo gastro-esofágico. El hecho de la baja en la motilidad facilita el estreñimiento.

- Sistema Respiratorio. En lo que respecta a los pulmones arriba de los 70 años de edad se encuentra que hay una disminución en un 20 % aproximado de peso en los pulmones, los tubos respiratorios disminuyen en lo que se refiere al diámetro, sin embargo los alveolos se mantienen de la misma forma que en otras edades, por otro lado, la muscular respiratoria desciende en cierta forma. De acuerdo con López, Kullsevky y Caballero (1997) “la capacidad vital desciende entre los 19 y 35 mL/año a partir de los 35 años. El volumen respiratorio forzado disminuye 30 mL/año en hombres no fumadores. Estos son los cambios más significativos que se asocian al envejecimiento”. Por otra parte es necesario apuntar en los ancianos existe una disminución de hasta un 50% en la respuesta ventilatoria a la hipoxia y a la hipercapnia.
- Sistema renal. Dentro del envejecimiento normal podemos encontrar que el número de nefronas ha disminuido en edades avanzadas, aunque no de una manera significativa, sin embargo durante la vejez este proceso se acelera y el peso de los riñones disminuye.

El envejecimiento, como se ha mencionado es una etapa más de la vida, en donde hay cambios notables, y donde el cuerpo humano experimenta diferentes pérdidas, sin embargo como se ha mencionado el ser una persona de la tercera edad saludable depende en gran medida de los hábitos acostumbrados a lo largo de la vida.

Con esto se quiere decir que a pesar de los cambios morfofisiológicos y anatómicos del cuerpo humano a través del tiempo y evidentes durante la vejez, la salud depende de cada persona.

Es por esto y continuando en la misma línea de investigación cuando se presentan diversas problemáticas en una persona de edad mayor y puede generar una dependencia o síndromes geriátricos como las caídas, incontinencias, malnutrición entre otros padecimientos, se dice que la vejez de la persona no es del todo sano y esta cuestión puede desencadenar diversas complicaciones a lo largo del tiempo.

Por otro lado el sistema nervioso para fines prácticos de este documento no se ha mencionado en este apartado, ya que los cambios dentro de la morfofisiología y anatomía de este sistema pueden generar diversas patologías, y no por tener mayor importancia sobre los otros sistemas mencionados, pero, como se ha visto el cerebro y otros órganos aun son tan complejos que he decidido explicar estos a mayor profundidad más adelante, ya que como resultado de dichos cambios, variablemente estos pueden generar una demencia o un deterioro cognitivo en la vejez. Además en ocasiones el mismo deterioro cognitivo puede ser o no la manifestación temprana de una demencia, lo que depende de la atención y una examinación minuciosa por parte del personal de salud que atienda estos problemas en los adultos mayores a través de diversas herramientas.

#### 1.4. Aspectos psicosociales de la vejez.

El envejecimiento se puede clasificar de acuerdo a la calidad y estilo de vida de cada individuo; es decir que se han propuesto diversos constructos en el estudio de este proceso del desarrollo: el envejecimiento primario, secundario y la edad avanzada.

Así pues, “el envejecimiento primario es el proceso gradual e inevitable de deterioro corporal a lo largo del ciclo de vida, mientras que, el envejecimiento secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente. Por otro lado, los científicos sociales que se especializan en el estudio del envejecimiento, se refieren a tres grupos de adultos mayores el “viejo joven”, se refiere a personas de entre 65 a 74 años aproximadamente, y estos son usualmente activos, vitales y vigorosos; el “viejo viejo” se considera a las personas de 75 y 84 años de edad y el “viejo de edad avanzada” de 85 años en adelante, por lo general frágiles y enfermizos y con dificultades para controlar las actividades de la vida diaria”. (Papalia et, Al, 2005).

De esta forma ante la vejez, teniendo segura pérdidas y ganancias sociales. Así como modificaciones orgánicas en cuanto a morfofisiología y anatomía; se realizan esfuerzos considerables para poder definir lo que es una vejez exitosa o problemática. Sin embargo lo que es un hecho es la actitud tomada hacia la vida como tal, lo que lleva en ocasiones numerosas a tener una salud física y mental adecuada para los retos diarios en los adultos mayores.

Por otro lado se habla del término adulto mayor, cuando en este encajan personas de más de 60 años en adelante y se consideran viejas sin tomar en cuenta el avance social del envejecimiento.

Así pues el objetivo de revistar los aspectos psicosociales considerando la edad como una variable independiente es tomar en cuenta las capacidades y necesidades humanas en la vejez.

Finalmente los adultos mayores continúan siendo un individuo, un ser humano por lo que, la orientación en cuanto a cambios experimentados durante la vejez como son los cambios en la personalidad, aspectos sociales y cognitivos deben atenderse apropiadamente: además de recordar y tomar en cuenta que el ser humano es biopsicosocial, que alguna cuestión que afecte en cualquier esfera (ya sea la biológica, psicológica o social) podrá afectar significativamente la calidad de vida

Como se había mencionado anteriormente el adulto maduro que vive y envejece afronta tareas nuevas para sí mismo y para la sociedad en la que desarrolla. Durante esta etapa del ciclo vital se adquieren nuevos roles sociales, formas y estilos de vida, en donde la mayor parte del tiempo ahora es libre; en algunos casos; la salud como se revisó pasa a ser una parte fundamental, ya que los cambios son evidentes y el deterioro del organismo puede incluso cambiar la calidad de vida.

Por otro lado así como hay teorías sobre el envejecimiento en cuanto a la parte orgánica hay diversas teorías relacionadas con la vejez en cuanto a lo psicosocial.

Para el estudio de las distintas etapas del desarrollo humano, se han postulado varias teorías y enfoques psicológicos, sin embargo, algunas de estas se han interesado en el proceso del envejecimiento, con mayor ímpetu o bien han considerado la vejez como una etapa de pérdidas y ganancias, lejos de conceptualizarlo como un proceso de carencias y fallas.

Las teorías relacionadas con el proceso del envejecimiento, que más auge han tenido son:

- ✓ El enfoque del proceso de la información
- ✓ Epistemología Genética.
- ✓ La teoría de Erikson
- ✓ Perspectiva del Ciclo Vital.

A pesar de lo mencionado anteriormente para fines de este trabajo se considera que la teoría el ciclo vital es una de las teorías que considera el desarrollo como una forma de ganancia y pérdida, además toma en cuenta el contexto cultural, social, biológico de los individuos.

El enfoque vital actualmente aporta mayor investigación y es más destacado hoy en día en el estudio del envejecimiento.

“El objetivo fundamental que se plantea desde la perspectiva del enfoque del ciclo vital es reintegrar en el campo de estudio de la psicología evolutiva todas las etapas vitales” (Triado y Villar, 2006); sin dar más importancia a una etapa sobre otras y tener un esquema explicativo común para todas ellas.

Para uno de sus teóricos, Baltes, y otros como Lindenberg, Taudinger (1998) “el desarrollo tiene tres metas o aspectos”:

- ✓ Crecimiento: Visión del desarrollo en ganancia, en capacidades a perfeccionar o mejorar a lo largo de la vida.
- ✓ Mantenimiento: “Intentos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual en situaciones de riesgo o como el retorno a niveles previos del funcionamiento tras haber experimentado una pérdida” (Triado y Villar, 2006).
- ✓ Regulación de la pérdida: Regulación del funcionamiento en niveles inferiores tras una pérdida que hace imposible el mantenimiento de niveles anteriores.

“El desarrollo es crecimiento los primeros años de vida. El mantenimiento y la regulación de la pérdida van ganando peso hasta las últimas décadas, acaparan la mayoría de los recursos, aunque siempre hay la posibilidad de que la ganancia esté presente. Hay factores que influyen determinadamente en la configuración de las trayectorias evolutivas personales” (Triado y Villar, 2006).

Para poder proporcionar dicho esquema se ha redefinido el concepto de desarrollo desde el enfoque del ciclo vital, con las siguientes características según Baltes:

- ✓ Multidimensionalidad: “Los procesos de cambio no afectan de la misma manera todas las dimensiones del ser humano, algunas pueden presentar ganancias mientras que en otros pueden darse procesos negativos de cambio o permanecer estables. Cambio y estabilidad son dos parámetros presentes a lo largo de todo el ciclo vital” (Triado y Villar, 2006).
- ✓ Énfasis en Diferencias Individuales: “el desarrollo ya no se concibe como proceso normativo, reconoce las diferencias intra-individuales y las interindividuales del intento por adaptarse a las situaciones particulares de vida que afectan la capacidad plástica del ser humano, mantiene en todas sus etapas vitales” (Triado y Villar, 2006).

- ✓ Desarrollo como concurrencia de pérdidas o ganancia: Ningún cambio evolutivo en ninguna etapa es en definitiva pérdida o ganancia.
- ✓ Énfasis en la multicausalidad en el desarrollo: “permite tener en cuenta factores de tipo biológico, ambientales, sociales y culturales. Capaces de configurar la trayectoria evolutiva de las personas” (Triado y Villar, 2006).

Asimismo la cultura es un factor esencial en este enfoque, y tiene influencia sobre las metas del desarrollo propuestas por este mismo.

El hecho de que este enfoque haya tomado fuerza en cuanto al estudio de la psicología evolutiva implica que se conceptualiza al envejecimiento de una forma optimista, ampliando las posibilidades de la adaptación de los individuos en cuanto a su capacidad para enfrentar y superar las pérdidas a lo largo de la vejez y abre la probabilidad de experimentar ganancias en edades consideradas muy avanzadas que incluso otras teorías no contemplan de tal forma.

Continuando con el enfoque del ciclo vital y de acuerdo a Triado y Villar (2006) “hay influencias biosocioambientales que están presentes en todo el ciclo vital y configuran la trayectoria de vida evolutiva según Baltes y son principalmente”:

- ✓ Influencias Normativas relacionadas con la edad: Estas influencias abarca factores sociales, biológicos y ambientales que afectan a todos los individuos en determinadas sociedades, comunidades o regiones y en determinados momentos de su vida lo que genera que todos estos individuos compartan rasgos, estilos de vida, formas de pensar etcétera.
- ✓ Influencias normativas relacionadas con la historia, que son factores biosocioambientales que suceden en cierto momento, histórico y afecta solo a individuos de determinada generación, responsables de que personas de una generación se parezcan entre sí.

- ✓ Influencias no normativas, referente a factores biosocioambientales, que afectan sólo a cierto grupo o a un individuo muy concretamente en una determinada comunidad, responsables que pese a la edad y generación sigan diferenciándose entre sí. Son más o menos predecibles y susceptibles de controlar.

Los factores menos relevantes en la edad adulta son las influencias normativas de acuerdo a la edad y únicamente en la vejez, a causa de la acentuación del declive biológico o pérdida de ciertos roles, vuelve aumentar su influencia. Por otro lado las influencias no normativas incrementan su importancia con el paso de los años.

Desde este punto de vista, los factores de influencia a lo largo del ciclo vital aportaran ganancias y pérdidas y deben considerarse parte de la adaptabilidad de cada persona.

Es entonces que desde este enfoque “se plantea que el ser humano está dotado de cierta plasticidad comportamental” de acuerdo con Triado y Villar (2006) se entiende como:

*“niveles de flexibilidad y potencial de cambio que poseemos para poder abordar demandas y desafíos (Studingger, Morsiske y Baltes, 1995)”*

Durante el envejecimiento esta plasticidad se ve disminuida o afectada, sin embargo siempre estará presente, salvo en casos en donde haya un deterioro cognitivo o una demencia.

Continuando sobre el mismo enfoque puede decirse que la capacidad plástica tiene tres procesos adaptativos o estrategias las cuales son: selección, optimización y compensación.

La selección se refiere a la elección consciente o no de determinados objetivos o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo, tomando en cuenta el contexto individual y social por lo que no siempre se obtienen todos los recursos pues estos son limitados, y por tanto, hay cuestiones que si logran y otras no. Seleccionar posibles trayectorias evolutivas es adaptativo e incluye descartar otras alternativas.

Dentro del proceso mencionado anteriormente, hay dos tipos de selección; la electiva que supone elegir metas entre amplias probabilidades y la basada en pérdidas, fruto de la disminución de recursos para conseguir una meta o trayectorias, implica poner más atención, en las metas u objetivos más fundamentales; darles prioridad; o elegir metas posibles de realizar con los recursos con los que se cuentan.

“En la vejez, se limitan más los recursos por lo que la selección basada en pérdidas, les resulta más adaptativo en la mayoría de las ocasiones para continuar el mantenimiento. Por otro lado la optimización regula el desarrollo para alcanzar el funcionamiento más deseable; la clave de este proceso son los recursos y medios para alcanzar las metas” (Triado y Villar, 2006).

Asimismo la compensación; es la respuesta emitida ante la ausencia o pérdida de un medio relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas, implica procesos o estrategias muy variadas, Por ejemplo:

- ✓ Adquisición de nuevos medios o competencias para sustituir los faltos.
- ✓ Incremento en el esfuerzo, energía o tiempos dedicados a la consecución de las metas o mantenimiento de habilidades.
- ✓ Uso de instrumentación tecnológica o asistencia de terceras personas que ayuden a conservar un determinado nivel a pesar de las pérdidas.

Las pérdidas en la vejez asociadas con la edad desencadenan los procesos de compensación para mantenerse adaptados y seguir adelante con metas importantes. Con los tres procesos anteriores las personas tratan de conseguir metas del desarrollo y estos son necesarios para un envejecimiento exitoso o satisfactorio.

“Lo anterior se define como: conservación de metas evolutivas en determinados dominios del comportamiento que la persona considere importantes a partir de la puesta en marcha de estos tres procesos adaptativos” (Triado y Villar, 2006).

Así bien como se ha explicado anteriormente el envejecimiento implica ganancias y pérdidas, tanto en aspectos emocionales, físicos así como cognitivos, y también pueden presentarse simultáneamente, gracias al apoyo que se le brinde al individuo por medio de ayuda profesional y multidisciplinaria.

En continuidad con el párrafo anterior, hay aspectos importantes a revisar en cuanto a cambios en algunas cuestiones relacionadas con la psique, una parte de ella es la personalidad, que refleja de manera constante, la forma de comportarse de los individuos, los rasgos que le caracterizan a cada persona, y lo diferencia de otras. Evidentemente estos procesos dinámicos se manifiestan por medio de patrones cognitivos, motivacionales, emocionales, pensamiento y comportamiento. Sin embargo, nuestro comportamiento no solo está determinado por la personalidad, también por el aprendizaje, el ambiente y estados de ánimo.

Si bien, la personalidad es un proceso que estructura la forma de vida, y distingue el comportamiento de un individuo a otro, además de definir la forma en la que respondemos a situaciones presentes en la vida cotidiana.

Según Allport la personalidad se define como la organización dinámica de procesos psicofísicos determinantes de la forma de pensar actuar y es única en cada individuo, en cuanto a la organización se refiere es a la estructura que esta tiene, dinámica ya que esta entidad psicológica siempre estará en contacto con el ambiente y las situaciones de la vida diaria pueden ser similares más no iguales, por lo que la forma de accionar de las personas es diferente, propiamente dicho dinámica, por otro lado los procesos psicofísicos es por la relación que mantiene el binomio cuerpo y mente.

La personalidad se forma desde la infancia, por un lado la carga genética (temperamento) y desarrollo neuropsicológico y por otro la parte de la influencia ambiental y la sociedad en la que se encuentra inmerso cada individuo implicando al proceso del aprendizaje a lo cual se le denomina carácter.

Ahora bien la personalidad tiene una estructura, los seres humanos se comportan de manera parecida en situaciones similares, es decir la conducta se muestra consistente, lo que nos lleva al concepto de rasgo. Así pues, los rasgos son agrupaciones de conductas de carácter específico, que están presentes habitualmente en el comportamiento global de una persona. A su vez estas agrupaciones conforman tipos o dimensiones de la personalidad.

Retomando la cuestión de la estructura de la personalidad, cada individuo experimenta en su desarrollo situaciones similares aunque no iguales por lo que a pesar de que hay hermanos que viven bajo el mismo techo tienen diferentes formas de personalidad, sin embargo ante algunas situaciones responden de una forma similar, y esto pasa con todos los seres humanos, ya que las emociones forman parte de la herencia y genética de la personalidad, sin embargo a este “actuar de forma similar” se le conoce como rasgos.

Por otro lado, “investigaciones descriptivas sugieren que los rasgos primarios de personalidad (introversión, extroversión hostilidad y asertividad) se forman tempranamente y se mantienen casi estables a lo largo de la vida. En edades avanzadas sin embargo, se pueden acentuar los rasgos previos y los ancianos llegan a convertirse en cierta caricatura de sí mismos. Porque para ellos, el futuro resulta menos atractivo, piensan más en los recuerdos que en los proyectos, las relaciones se hacen más egocéntricas y en la mayoría de las ocasiones la inseguridad conduce a la dependencia, y a reaccionar con irritación y oposicionismo” (De la Serna, 2003).

Asimismo, la personalidad se forma desde los primeros años de vida, y los rasgos nucleares de esta estabilizan a lo largo de la adultez, cuando hay cambios muy evidentes se debe a patologías subyacentes, sin embargo en el adulto mayor, estas no deben estudiarse con base a los patrones de los adultos, en su lugar hay que valorar con base a su sistema de creencias, ya que estas pueden ser determinantes ante la forma en la que los ancianos afrontan diferentes situaciones que se presentan en su vida diaria. Por lo general, se cree que los cambios que se presentan durante la vejez, son negativos, y no se toma en cuenta que hay rasgos neuróticos que se acentúan con la edad.

“También debe tomarse en cuenta que, no hay una personalidad característica de la edad, sino que esta va a estar condicionada por los rasgos previos de la vida adulta. En la ancianidad existe gran diferencia entre unos individuos y otros, como en cualquier época de la vida, y hay que eludir las generalizaciones” (De La Serna, 2003)

Aunque los adultos mayores reaccionen de forma común en su comportamiento, esto no implica que sean semejantes a causa de la edad propiamente.

Si bien, hay dos cuestiones importantes en el estudio del adulto mayor que deben ser tomadas en cuenta, ya que, estos se relacionan de acuerdo a sus creencias y su conciencia tanto moral como la de sí mismos y estas influyen en el comportamiento, además de ser elementos que influyen en la personalidad de cada individuo.

Así pues la conciencia moral forma parte de las reglas, la culpa y la ansiedad ante la trasgresión de normas. Estas han tenido una evolución desde la infancia, dejando sedimentos en la memoria, y forma la base estas normas sociales y las propias como individuo; estas imprimen un código de conducta en el comportamiento de la persona.

La conciencia moral está ligada a los estados de ánimo y como se había mencionado, tiene relación con valores sociales y culturales, y finalmente se torna como guía de acciones durante toda la vida.

Así pues las reglas, la culpa y la ansiedad son emociones que forman parte de una conciencia moral, la cual evoluciona desde la infancia a través del aprendizaje formando normas sociales y propias, dicha conciencia también está ligada a estados emocionales.

Por otro lado y en relación a la conciencia moral, la capacidad de darse cuenta de la propia existencia y la relación de la persona con el ambiente que le rodea, brinda la posibilidad de tener sentido de realidad y así organizar percepciones y sensaciones en un esquema que incluye la inteligencia y los valores que las personas adquirieron durante su educación.

Así pues, “en la escuela de psicología cognitiva, Thomaes (1976) trata de explicar la forma en la que el individuo percibe el mundo que le rodea, estima que la conciencia es uno de los factores esenciales en la determinación del comportamiento y postula que la evolución del comportamiento se halla ligada a la percepción del cambio objetivo. Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado a la luz de las preocupaciones y las expectativas del sujeto. La adaptación al envejecimiento se halla en función del equilibrio entre estructura cognitiva y motivacional del sujeto” (Mishara y Riedel, 2000).

Por otro lado, hay modelos o aproximaciones para el estudio de la personalidad en el adulto mayor en cuanto a cambios y estabilidad de esta, durante la vejez, estructuradas desde diversas perspectivas, como el modelo de los rasgos, el modelo contextual y finalmente el modelo de las etapas del desarrollo.

Primero, el modelo de los rasgos, que se basa, en los cinco factores de la personalidad, las investigaciones que se han hecho desde este modelo han usado instrumentos de personalidad, que han sido diseñados por Costa y McCrae, otros estudios se han enfocado al locus de autocontrol y el estilo cognitivo. Con estos estudios se ha llegado a la conclusión de que rasgos de la personalidad que permanecen estables durante la vejez son los que se encuentran ligados al temperamento como son la capacidad de adaptación, apertura a la experiencia, extraversión, eficacia personal etc.

Sin embargo, “hay evidencias de cambios en un número considerable de dimensiones de la personalidad como son: en variables intrapsíquicos, la introspección, roles sociales, masculinidad, feminidad, aspiraciones, motivación de logro, autoestima, y satisfacción de vida, por ejemplo” (Asili, 2004).

Segundo, el modelo contextual, presenta una expansión del modelo de los rasgos, este modelo toma en cuenta factores socioculturales, históricos por ejemplo la segunda guerra mundial etc. hechos históricos que pueden tener influencia sobre la formación de un individuo y por supuesto también influye en el comportamiento de la persona que está expuesta a estas situaciones. Dentro de este modelo hay dos enfoques principales, entre otros:

- ✓ El proyecto del reloj social, se refiere principalmente a que los cambios que se presentan en la personalidad durante la adultez, dependen en gran medida del reloj social y a situaciones esperadas durante este periodo como son por ejemplo el matrimonio, la llegada de los hijos, jubilación etc. y estas situaciones influyen para la definición de patrones conductuales.
- ✓ Temperamento e interacción con el papel, dentro de este enfoque, se observa la forma en la que las personas se adaptan a situaciones y se ajustan a transiciones en los diferentes roles sociales (escolar, marital, paternidad etc.), de acuerdo a la edad. A su vez las dimensiones de la personalidad repercuten sobre la misma transición en los roles o papeles que desempeñan.

Es decir, el modelo contextual se enfoca a la estabilidad de la personalidad en el adulto mayor en correlación con el contexto sociocultural, que influye en los cambios y la estabilidad.

Tercero se fundamenta en las etapas de la vida propuestas por Erikson, posteriormente Loevinger propuso también etapas del desarrollo sin embargo estas no están íntimamente correlacionadas con la edad biológica, y se enfoca más a las diferencias individuales de acuerdo con el desarrollo del ego.

Si bien es cierto que la personalidad, no cambia textualmente durante la vejez, es solo que los adultos mayores, al ya no tener una expectativa de vida futura, recurren a los hábitos con los que cuentan como una forma de afrontar las situaciones y los retos nuevos a los que se enfrentan en esta etapa del ciclo vital, mostrándose irritables o necios ante otras alternativas para seguir con su vida y afrontar desafíos propios de la edad.

En conclusión, algunos de los problemas de los adultos mayores se relacionan con la madurez y la integración de su personalidad, es decir haber superado y soportado retos en otras etapas anteriores a la vejez, para poder afrontar los cambios. También se debe tomar en cuenta que algunas problemáticas de los ancianos se relacionan con factores endógenos (cambios del organismo) y a los exógenos, que se relacionan con los cambios en relación al ambiente (socioculturales).

Entonces, la rigidización de la personalidad y su capacidad de adaptación a los cambios presentes durante la vejez, puede ser un factor que si se maneja adecuada y profesionalmente, y si se orienta al adulto mayor para ajustarse a los cambios internos y externos se puede evitar con eficacia psicopatologías y disminuir también la aparición de cuadros psiquiátricos como síndromes confusionales y demenciales.

En edades avanzadas se generan miedos basados en creencias y pensamientos negativos reiterados por la sociedad y la familia. Se experimenta un miedo al cambio, temor que inutiliza más que la decadencia física o mental.

Por otro lado la vejez lejos de ser una cuestión de asistencia y programas para adultos mayores, también tiene inmerso cuestiones emocionales como se ha mencionado ya anteriormente, condicionado en su mayoría por lo que piensan las otras personas que aun no son “viejas”.

También es necesario mencionar que si buena parte de la responsabilidad del estado es brindar atención por medio de instituciones públicas, la familia y la sociedad están implicadas en la atención de la población de los adultos mayores, o sea, una corresponsabilidad como un principio básico para favorecer a esta población.

Así pues, la cultura ante el envejecimiento es pobre, ya que hace poco, algunas personas y en comunidades selectas, apenas comienzan a vislumbrar una cultura para el envejecimiento exitoso, tomando en cuenta la calidad de vida que se desea y esperando gozar de bienestar en la vejez.

Asimismo, el bienestar del viejo se refiere a la calidad de vida y aquellas vivencias se relacionan con la historia de vida de las personas, desde los roles sociales que haya tenido hasta los hábitos, el aspecto laboral, etc. son factores que determinan la calidad de vida.

De esta forma, la calidad de vida se refiere a una serie de características inherentes, tomando en cuenta los cambios físicos, psicológicos, sociales con relación a etapas anteriores del ciclo vital, para obtener la plena sensación de satisfacción.

En relación con lo dicho anteriormente, la calidad de vida es un aspecto subjetivo que no solo depende de aspectos cuantitativos, sino de los cualitativos que lleven al anciano a generar la felicidad y el afecto, ya que lo económico y una situación estable en este último ámbito, no asegura la vulnerabilidad de esta población ante el rol social desvalorizado, de abandono y de maltrato al que se ven expuestos algunos de los adultos mayores.

También se requiere identificar elementos tales como redes sociales, económicos, entorno social, familiar, salud y servicios públicos para que la calidad de vida sea factible.

Si bien, las personas consideran como apoyo a los hijos, la familia en general, son el primer núcleo de apoyo durante la vejez. Sin embargo, la sociedad y la estructura familiar ha cambiado con el paso del tiempo, así que uno de los recursos vitales y una tarea de las personas ante la vejez, es el hecho de haber creado redes sociales que le apoyen durante el proceso del envejecimiento.

Es decir, las redes sociales son de vital importancia durante la vejez ya que satisface necesidades del adulto mayor, por ejemplo las de socialización, que se refieren a relaciones interpersonales con la familia y externos a esta; las necesidades de afecto es decir, las emociones y sentimientos entre los miembros de la familia en la convivencia diaria; asimismo están las económicas que se basa en el patrimonio y el sustento financiero de la familia.

Por otro lado, los amigos, como se había mencionado forman parte de la red primaria, y esto es a raíz de que son relaciones que se forman a lo largo del tiempo y en caso de que la familia se encuentre lejos o sea inexistente, estos se convierten en el único apoyo del adulto mayor.

Aún así la institucionalización, pertenece a la tercera red de apoyo, ya que las instituciones gubernamentales y las particulares, brindan asistencia en función de salud, económico, emocional o la carencia de información.

Sin embargo las redes primarias, tienden activarse de primera instancia, aunque cuando se presenta un apoyo institucional se observa el fenómeno de la disminución de participación por parte de estas.

De esta forma, se ha visto que el envejecimiento afecta a todos los miembros de la familia, dejando de lado la variable de la edad, como se ha mencionado, el ciclo vital y las etapas de la vida se han prolongado por lo que conllevan a diversas consecuencias sociales y personales; la familia que es el primer círculo social de apoyo en la vejez, sin embargo el ritmo y estilo de vida en occidente es acelerado y en ocasiones las familias se dispersan y se alejan debido a sus necesidades económicas y sociales. Por lo tanto el hecho de envejecer puede resultar complicado para el adulto mayor y su alrededor.

Es decir, “la vida familiar ha variado y continuará cambiando en el futuro previsible, los sociólogos han centrado su atención en dos sectores de la investigación relativos a la familia, primero la modificación de los lazos de parentesco y su incidencia sobre la interacción entre las generaciones y la segunda, la aparición de nuevas formas familiares” (Mishara y Riedel, 2000).

Por poner un ejemplo, cada vez es más frecuente la cantidad de separaciones de las parejas que ocurren por diversos motivos interpersonales, y esta fractura intrafamiliar limita mucho el grado de estabilidad, seguridad material y afectiva que se brinda al anciano. En la actualidad la variable de estabilidad familiar ha cambiado mucho, con las separaciones de pareja, no solo los hijos sufren las consecuencias, sino que también los ancianos que antes contaban con un premisorio techo para continuar su vejez. “Ahora el anciano también queda desprotegido dentro de su familia, pues la separación de pareja hace que las dimensiones de las expectativas de cada persona sean modificadas de manera drástica y que lo que pareciera un techo seguro para la vejez sea ahora un hogar roto que tiende a equilibrarse de una manera no convencional. Es decir, que en las nuevas reestructuraciones de las parejas separadas, los abuelos son actores pasivos y pueden resultar heridos por la manera como los miembros de la pareja rehacen su vida” (Asili, 2004).

Además, tradicionalmente las familias realizaban actividades en donde se incluían todos los miembros de la familia para mantener la cohesión y estructura, sin embargo hoy en día se respeta más las elecciones personales y convenientes de cada miembro (aparentemente), de tal forma que la independencia se genera en los miembros de la familia, así, que la presencia de un miembro u otro ahora puede ser requerida o no, entonces, el rol del adulto mayor es prácticamente separado del rol intrafamiliar, ya que la independencia obliga a los miembros de la familia a buscar nuevas soluciones a su estado familiar, y con referencia a esto, el adulto mayor tiene la “libertad de vivir de una forma diferente a lo tradicional”, y probablemente esto le puede hacer sentir segregado de la familia.

Asimismo, la familia es un sistema multigeneracional, que se desarrolla a lo largo del paso el tiempo, con una historia familiar específica, dependiente de cada una de las vivencias de los miembros del sistema familiar, durante la vejez de alguno de los miembros de la familia, experimentan cambios que se pueden vivir con estrés, esto depende de los valores, de que tan estrechos sean los lazos y las relaciones entre los integrantes de la familia.

Como en otras etapas de la vida, la vejez se presenta de forma paulatina, se presenta lentamente, en ocasiones los cambios a lo largo del tiempo no se aceptan y tampoco se reconocen. La familia tarda en tomar conciencia de esto. En casos fortuitos un miembro de la familia hace énfasis en lo viejo que esta un individuo, esta misma conciencia va filtrándose en las relaciones del adulto mayor con otros miembros de la familia.

Saberse viejo y que se le reconozca viejo a un individuo, implica tener la conciencia de que los padres se han envejecido y que los roles sociales han cambiado a la par de estos, y que ahora pasan de ser los hijos protegidos a ser protectores de sus progenitores.

En consecuencia al tener la conciencia de reconocimiento ante la vejez de un familiar, se vive la cercana pérdida de figuras importantes como son principalmente las paternas. Y a través de estas figuras se vivencia la propia vejez y mortalidad, que generalmente se niega; probablemente se debe al mal manejo que tiene este tópico en la sociedad; aunque finalmente la vivencia futura de la falta de autonomía y la inversión de roles se repetirán con la siguiente generación.

Por lo tanto, lo primero que requiere la familia, ante el envejecimiento de uno de sus miembros, es orientarse con respecto a los cambios propios del envejecimiento, ya que en esta etapa mucha problemática viene de la ignorancia ante cuidados, alimentación etc.

Asimismo hay grupos familiares con rasgos obsesivos quienes sobreprotegen y limitan al adulto mayor, logrando con ello la limitación de la funcionalidad del anciano, confundiendo medidas preventivas con miedos y ansiedades de naturaleza propia, lo que lleva a consecuencias negativas, en su mayoría, al estado físico y cognitivo del adulto mayor.

Por otro lado, actualmente las familias son pequeñas y se ha ido fragmentado el concepto de familia, por lo que los viejos recurren a otros círculos como amigos, primos etc. no tan directos como el primer núcleo social, hoy en día se puede ver de un viejo cuidando a otro.

También es importante saber que en nuestra sociedad, o en la mayoría de las familias se considera al anciano como una carga y se le relega otorgándole responsabilidades tales como el cuidado de menores, limpieza del hogar y cuidados de vivienda. Y de esta forma las necesidades del adulto mayor son relegadas.

De igual forma, la postergación de sus necesidades derivan en un aplazamiento de otras necesidades en diversos ámbitos, llegando así a la autorelegación, en donde los adultos mayores se consideran a sí mismos sin voto y con aspiraciones no atendidas, esto como resultado de una falta de cultura del envejecimiento y desinterés de la sociedad por la población de los adultos mayores.

Sin embargo, la familia sigue siendo el apoyo primordial de un individuo, la manera en la que se conformen las redes de apoyo entre los diversos miembros de la familia, permitirá que estas redes continúen generación tras generación. Si bien es cierto que la familia no solo cuida de los niños, adolescentes y adultos mayores, pero también pertenecen a una sociedad y es de vital importancia que esta comience a generar el hábito de brindar apoyo a otros, comenzando por el primer núcleo social que se tiene durante el ciclo vital.

Cuando las redes son bien fundamentadas a través de la historia familiar, los integrantes de esta, asumirán roles y ajustes para enfrentar los cambios en el ciclo vital del grupo familiar y de la sociedad a la que pertenecen.

Finalmente el individuo al llegar a la vejez espera de la familia, que se le valore como ser humano, que se reconozca su trascendencia, espera todo aquello que ha dado a lo largo de su vida, no por obligación, sino por amor, espera que haya una reciprocidad por parte de los hijos, sobrinos etc. espera fortalecer lo que él mismo ha creado, y espera que simplemente se respete su autonomía y humanidad.

## CAPITULO II EL DETERIORO COGNITIVO.

El envejecimiento ha despertado el interés de los investigadores en distintas disciplinas, por el aumento en la longevidad debido a los avances en ciencias médicas entre otras cuestiones, estas han tenido resultados en cuanto al tratamiento de las “enfermedades del nuevo siglo” sin embargo ahora la esperanza de vida ha aumentado si se compra con la esperanza de vida en otras épocas.

Sin embargo hoy en día con la población mundial de adultos mayores se afrontan nuevos retos como lo son las enfermedades neurodegenerativas, las cuales imposibilitan a sus víctimas impidiendo la autonomía y la oportunidad de gozar plenamente de los últimos años de vida.

Actualmente de acuerdo con Mora (2010) “se comienzan a conocer los mecanismos neurales a través de los cuales se puede envejecer sano, de modo lento y con “éxito”, lo que en esencia significa escapar de las enfermedades asociadas a la edad”.

“La vejez no es más que la expresión de discretas entidades nosológicas y, de ser así, la cura o la prevención de alguna de ellas traerán como consecuencia modificaciones a la edad biológica del individuo” (Escobar, 2001).

## 2.1. Antecedentes históricos sobre el estudio del deterioro cognitivo.

Desde la antigüedad se ha observado el deterioro intelectual de los adultos mayores, estas características propias del fenómeno, han sido representadas en diversas formas artísticas, a través de diferentes épocas de la humanidad; en algunas de estas representaciones, tales como la literatura de Shakespeare, las cuales hacen alusión al fenómeno del envejecimiento y el deterioro mental que se suponía era propia de los adultos mayores en forma de sátira. El concepto errado de la conducta en la vejez cambia a partir de los comienzos del siglo XIX por medio de estudios científicos.

De igual forma los cambios psicológicos, sin entrar en lo patológico, son conocidos desde tiempos remotos, considerando al viejo como un ser capaz de emitir juicios experimentadamente, además, se consideraba desde tiempos remotos al anciano libre de todas las pasiones humanas; durante estos periodos históricos, algunos pensadores creían que llegar a la vejez, significaba llegar a un estado al que se debía llegar, y que se envejecía conforme a la vida que se había llevado, y que algunas características del ser humano se exaltaban más que en otras etapas de la vida. Sin embargo otros pensadores y estudiosos perciben la vejez como sinónimo de decrepitud, inutilidad y de enfermedad inevitable.

Con base en el párrafo anterior se puede decir que los cambios psicológicos durante el envejecimiento, se presentan principalmente en la personalidad, en el área de la cognición y en cuestiones somatosensoriales.

En cuanto a los cambios somatosensoriales son meramente orgánicos, sin embargo en algunos casos estos llegan a condicionar ampliamente la percepción del ambiente y por ende el óptimo funcionamiento psíquico, hay una deficiencia en la fisiología y la sensibilidad táctil, se observa que la información procedente de algunos órganos sensoriales, en los ancianos, como la vista, el oído y el olfato se altera. Por otro lado la vibración o la percepción periférica del tacto se ve afectada, al igual que la coordinación y el control muscular; puede ser esta una razón para que los antiguos filósofos y estudiosos tuvieran una percepción equivocada sobre la vejez.

Desde los orígenes de la humanidad el deterioro intelectual y general del ser humano en la vejez ha sido latente, evolucionando de forma simultánea con la percepción de la locura. La concepción del deterioro, se ha interpretado de diversas formas, debido a la diversidad cultural. Sin embargo es común encontrar que el deterioro cognitivo, es en sí una constante en la descripción de la vejez, al igual que el deterioro en estructuras orgánicas, en diversos tiempos históricos y sociales. Incluso hay paradigmas que surgen desde la antigüedad y perduran en la actualidad.

Conforme la ciencia y el estudio del cerebro han evolucionado, se ha tomado importancia a los procesos del envejecimiento y entre sus principales afecciones en esta etapa del ciclo vital son las demencias y el deterioro cognitivo, se han conceptualizado como algo que no es propio de la vejez.

Entonces, siempre se ha manifestado un interés por el funcionamiento orgánico, especialmente de la cabeza, desde la antigüedad se encuentran restos humanos con evidencia de trepanaciones, con diversos fines, desde el paliolítico aproximadamente.

Desde esta época mencionada, se ha mostrado interés por los procesos que se llevan a cabo en el cerebro, y la mayoría de las culturas coinciden en que la cabeza y sus órganos llevan a cabo tareas esenciales para la vida. Las trepanaciones encontradas en cráneos antiguos, de acuerdo con Broca, que examinó restos peruanos postuló que dichas intervenciones eran realizadas con el fin de curar algún mal que podía ir desde una epilepsia, cefalea y la expulsión de malos espíritus que asociaban con la “locura”. Muy posiblemente, los cráneos de ancianos padecían de demencias o de un deterioro cognitivo.

Por otro lado y recordando un poco sobre el estudio de este tema, en Egipto no se ha encontrado gran evidencia de la actitud de sus pobladores hacia la vejez, sin embargo en escritos de la India antigua contienen documentos médicos como el “Atharvaveda” en donde hacen descripciones y referencia sobre conductas propias o características propias del estado mental.

Posteriormente, se realizan prácticas más empíricas, con relación a las funciones de la cabeza, como las sensaciones, en el periodo de los griegos, específicamente con Tales y Anaxímedes, también Pitágoras hace algunas aportaciones con evidencias del deterioro cognitivo, dicho autor dividía la vida en 5 etapas fundamentalmente, la última etapa, la vejez, era concebida por él como un periodo en donde se deterioraba el cuerpo y la mente. Tal fue esta concepción que influyó en cuestiones jurídicas, ya que algunas leyes en este periodo de la humanidad consideraban como elemento jurídico en contra o defensa del acusado, tomando en cuenta la discapacidad, el deterioro mental y tutela del mismo.

Posteriormente Hipócrates realiza sus estudios y hace mención de la “paranoia” y esta representaba la pérdida de las facultades mentales, esta de igual forma relacionadas con la senectud, sin embargo este creía que la paranoia tenía una base orgánica y es en este momento histórico en el que se relaciona el deterioro cognitivo o mental con una base de tipo orgánico asociado con la edad, y lo consideraba en relación a los viejos como una condición inevitable durante el envejecimiento.

Por otro lado Platón y Aristóteles, plantean en sus diversas obras que el envejecimiento cognitivo es algo asociado a la edad y las consecuencias de este sobre la sociedad. Cicerón de forma contraria observó de forma perspicaz el deterioro, ya que él postulaba que era un “proceso casi inevitable durante la vejez, sin embargo este podía ser menos drástico si las personas se mantenían activas mentalmente, conservarían sus capacidades cognitivas”, esta idea aun es redundante en nuestros días.

Así años después Cornelio Celso, en Roma, hace traducciones de algunos escritos griegos, descubriendo algunos términos y este hace referencias a una parálisis senil como tal en lugar de asociar el deterioro directamente a la edad. De igual forma Galeno también cree que el envejecimiento es en sí una enfermedad incurable y que el deterioro era una condición esencial de la vejez.

Posteriormente, durante la edad media, el interés por la cognición del adulto mayor se extendió, continuando con las ideas de Galeno, y con el oscurantismo del Medievo, se encuentra un estancamiento de la filosofía y la ciencia, cualquier intento por realizar aportaciones a los conocimientos que ya se tenían, eran vistos como conductas heréticas.

Sin embargo Bacon, a sus 80 años de edad escribe sobre la prevención de la senilidad y el deterioro cognitivo en las que menciona que posibles áreas cerebrales afectadas, dan lugar al deterioro cognitivo senil, basándose en teorías galénistas y árabes, de esta forma Bacon realizó pequeñas aportaciones en un mundo de oscurantismo y fue así hasta el siglo XIX, con el renacimiento.

Durante el renacimiento el deterioro comenzaba a considerarse como algo cotidiano, finalmente salió de ser tratado solo por los médicos, y fue objeto de discusión y contemplado por artes literarias principalmente. Shakespeare fue uno de los escritores que avanzó más que los médicos de su tiempo, haciendo una clara diferencia entre la locura y el deterioro cognitivo senil, además de percibir la vejez como un retorno a la infancia. También un medico llamado André Du Laurents contemporáneo a este escritor, pensaba de forma similar, para él, el deterioro era una regresión a los primeros años de vida; y realiza las primeras clasificaciones de las demencias, después de que Barrough estableciera diferentes trastornos cognitivos.

Finalmente en 1776, Cullen es el primer patólogo que hace mención de que el origen de todas las enfermedades era el sistema nervioso y las fallas de este, haciendo una reclasificación de los trastornos estableciendo cuatro grupos de trastornos, entre ellos las neurosis (enfermedad de los nervios) en donde encajaba la demencia senil.

Ahora bien, en la medida en que fue estudiándose el cerebro y sus funciones, la percepción y el concepto en torno a las enfermedades mentales también fueron evolucionando, así como la “locura”, el deterioro senil y las demencias. Así pues, se hicieron reformas para el trato de los enfermos mentales para su tratamiento, gracias a Pinel quien definió el término de demencia, y Esquirol, su discípulo estableció las diferentes etiologías de esta en aquella época, y una de dichas etiologías era la edad.

Si bien es cierto un estudio decisivo en la vejez y sus diversas patologías psíquicas y físicas, especialmente en psicopatologías y demencias fue el primer caso observado de forma rigurosa y meticulosamente por Alois Heimer, quien en 1910 recibe a una paciente llamada Frau Auguste D. De 51 años de edad, la cual tenía como síntomas una disminución significativa en la memoria, además baja capacidad para comprender, afasias, apraxias, agnosias, desorientación, espacio, tiempo y persona, conductas inaceptables socialmente, ideas delirantes persecutorias, paranoia y finalmente un deterioro social grave. A la muerte de esta paciente, Alois Hemier se dedica a estudiar su cerebro y realizó los mayores descubrimientos en el ámbito de las demencias, por lo que es un antecedente en dichas psicopatologías y especialmente en el deterioro cognitivo que como ya se ha mencionado puede ser un pródromo de las demencias, ya que las personas que tienen un deterioro, generalmente el trastorno evoluciona en una demencia.

Finalmente, a través de la historia, el deterioro cognitivo se ha estudiado de forma global, es decir implícito en lo que hoy se conoce como demencia, sin embargo como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, es importante el diagnosticar la diferencia entre la demencia y un deterioro cognitivo.

Esto tiene relevancia y es importante porque a lo largo de la historia de la medicina, específicamente en torno a las demencias, el deterioro se incluye dentro de una patología, cuando la posibilidad de que este deterioro cognitivo sea parte del envejecimiento normal, son elevadas, con base a los cambios físicos de la vejez, la disminución en el procesamiento de la información, que las funciones mentales superiores se aletarguen y cambien, debido a que el organismo ya no tiene la misma vitalidad comparadas a las de otras etapas anteriores a la vejez. Además la demencia afecta, como han visto nuestros antepasados, no solo funciones mentales superiores, afecta también la motricidad y la personalidad considerablemente y de forma drástica a los individuos.

Hoy en día se tiene conocimiento de esto, sin embargo, la línea del diagnóstico diferencial entre la demencia y el deterioro cognitivo en la vejez es muy delgada.

De igual forma, se han realizado investigaciones que como objeto de estudio tiene los diversos factores que afectan a las personas de edad para desarrollar un deterioro cognitivo. Por ejemplo, se realizó un estudio en Finlandia, en el que participaron durante 21 años, personas elegidas de otras investigaciones anteriores realizadas cuando estos tenían entre 50 y 60 años de edad, en dicho estudio se examinó cuántos de ellos habían desarrollado deterioro cognitivo y cuántos la Enfermedad de Alz Heimer; las variables estudiadas en esta investigación fueron; la soledad y las relaciones de pareja, finalmente encontraron que las personas que habían compartido su vida con una pareja durante la edad madura habían tenido una menor probabilidad de mostrar deterioro cognitivo, frente a los que estaban divorciados, separados e incluso los solteros, concluyeron pues, que las personas portadoras del Alelo  $\epsilon$ 4 de la lipoproteína E (APOE-  $\epsilon$ 4) y que eran solteros y viudos tenían un riesgo más alto de desarrollar un deterioro o la enfermedad de Alz Heimer.

Otra investigación importante realizada en México sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores fue una investigación llevada a cabo por la Universidad Autónoma de México, en donde se estudio el estrés oxidativo y la residencia urbana como factor para desarrollar un deterioro cognitivo en adultos mayores. Dicho estudio fue pro-lectivo, transversal con una población de 135 adultos mayores que tenían 65 años en adelante, 65 eran residentes de la ciudad de México y 65 con residencia en Hidalgo, aplicaron el test MMSE para evaluar el deterioro cognitivo, mientras que se usó una prueba de electroforesis unicelular alcalina para determinar el estrés oxidativo de las células y como resultados observaron que los habitantes de regiones urbanas tienen un nivel de estrés oxidativo celular más alto y mayor probabilidad de desarrollar un deterioro cognitivo.

Otro factor importante que se ha estudiado es la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el nivel de estimulación cognitiva en el adulto mayor, dicho estudio publicado por la web de la revista Neurology en donde comprueba esta relación. Dicho estudio se realizó con 931 participantes inicialmente de los cuales solo 775 completaron las tareas a realizar para concluir con esta investigación, a través de 5 años de seguimiento, los participantes fueron sometidos a evaluaciones integrales anuales incluyendo la evaluación clínica y cognitiva. A las personas que fallecieron antes de concluir la investigación se les realizó un examen post- mortem evaluando capas amiloides, infartos cerebrales, cuerpos de Lewy etcétera. De la muestra 90 personas desarrollaron la enfermedad de Alz Heimer, dichos resultados comprobaron que las personas inactivas cognitivamente tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad.

También se llevó a cabo en Argentina un importante estudio en donde se examinaron a 484 sujetos mayores de 60 años, y se les aplicó la prueba Pfeiffer, 69 de estas personas fueron diagnosticadas con deterioro cognitivo y según los resultados se ha visto que los sujetos con deterioro cognitivo tienen mayor probabilidad de que este aumente con la edad.

Por otro lado, en Perú realizaron un estudio que como objetivo tenía evaluar el grado de deterioro cognitivo y la asociación con otros síntomas geriátricos en los adultos mayores que se encontraban hospitalizados; que como ya se ha mencionado este es un factor importante que puede influir en el desarrollo de dicha patología; se examinó a 312 pacientes hospitalizados, los cuales fueron valorados para obtener la frecuencia y la gravedad del deterioro cognitivo, mediante la prueba Pfeiffer. Además si se encontró una asociación significativa entre el deterioro y síndromes geriátricos como son caídas, inmovilidad y desnutrición principalmente.

Por otro lado en el año de 1999 se efectuó otro estudio en el que como objeto principal tenían determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y las demencias en pacientes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, obteniendo como resultados en una evaluación de los 239 usuarios mayores de 50 años, que el 16% de la población en el año de 1999 tenían un deterioro cognitivo y el 8% una demencia. Anualmente un 25.5% de los pacientes con deterioro cognitivo se les diagnóstico una demencia y al final de la investigación la tasa de conversión de un deterioro cognitivo a demencia fue un porcentaje del 56.4%. En general el 22% de la muestra sin alteraciones al final del estudio desarrollo deterioro cognitivo leve o una demencia como tal.

Finalmente de los estudios que se han realizado durante los últimos años han llegado a diversos resultados, sin embargo las conclusiones suelen ser similares en cuanto a los factores que pueden indicar la presencia de un deterioro cognitivo o una demencia. Así como también indican la poca información con la que se cuenta para realizar un estudio epidemiológico que sea en su mayoría confiable y se convierta en una herramienta para así poder establecer medidas de acción y por lo menos brindar un esquema para realizar dichos estudios, para contar con una información de la prevalencia y curso de dicha patología.

## 2.2. Envejecimiento cerebral y sus implicaciones cognitivas.

“El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo y alarmante en el ámbito mundial derivado de las transformaciones económicas y sociales. La menor tasa de nacimientos, sobre todo en países desarrollados; junto a los avances médicos, permiten el aumento en la cantidad de gente anciana en nuestros países. Esto trae consigo mayor prevalencia e incidencia de enfermedades cardiovasculares” (Abraca, Chino, Lacho, Mucho, Vázquez y Cárdenas, 2008) y por tanto neurodegenerativas.

Los estudios e investigaciones actualmente arrojan datos preocupantes para los sistemas de salud de cualquier gobierno en el planeta, en cuanto al área socio-sanitaria, con el hecho, de que las consecuencias de la relación existente entre envejecimiento y bajo nivel escolar, especialmente en países subdesarrollados.

“Los indicadores poblacionales mundiales no sólo muestran un incremento de enfermedades neurodegenerativas asociadas con la edad, sino que también un aumento de casos de deterioro cognitivo en aquellas poblaciones en donde los niveles educativos y culturales son bajos o existe un bajo índice de alfabetismo” (Abarca, *et al*, 2008).

Lo anterior se relaciona fundamentalmente porque en diferentes investigaciones en diversos países se ha encontrado que hay cierta relación entre deterioro cognitivo y bajos niveles de educación en donde las aproximaciones indican que a menor nivel educativo mayor probabilidad de que las personas al llegar a vejez desarrollen un deterioro cognitivo e incluso una demencia.

Durante el envejecimiento así como hay cambios a nivel social y biológico hay un aspecto que también experimenta diversos cambios en cuanto a estructura y funcionamiento, dentro de los cambios físicos que se mencionan en el primer capítulo de este trabajo se indico que el cerebro y sus estructuras también sufren modificaciones, es en este apartado en donde se exponen algunos cambios.

Como ya he mencionado, hay cambios en estructuras del cerebro estas deben evidenciarse en algunas conductas experimentadas por las mismas personas de la tercera edad y por la gente que cuida de ellos; dichas conductas se pueden denominar como alteraciones cognitivas. Es decir, algunas personas durante la vejez experimentan alteraciones cognitivas que no alcanzan a cubrir los criterios diagnósticos de una patología neurodegenerativa y tampoco causan los problemas e implicaciones clínicas de estas.

De acuerdo al párrafo anterior, actualmente existe la duda en cuanto a que si las alteraciones cognitivas asociados al envejecimiento normal son una fase prodrómica de alguna enfermedad neurodegenerativa, lo cual actualmente es objeto de estudio por los investigadores.

Sin embargo, hasta que se defina la situación entre alteraciones o deterioro cognitivo asociado a la edad, este deterioro tiene bases neuropsicológicas que indican que se debe a cambios funcionales y bioquímicos a niveles neuronales y sus circuitos, aunque cabe especificar que no es debido a una muerte neuronal.

Continuando con el tema hay que destacar que el deterioro cognitivo relacionado con la edad y las demencias de diversas etiologías son procesos fisiopatológicos distintos, aunque compartan algunos síntomas o criterios diagnósticos.

De hecho el deterioro o alteraciones cognitivas son vistos por algunos investigadores como fases previas a trastornos neurodegenerativos o bien como un proceso normal en el envejecimiento.

De esta forma el envejecer no solo implica pasar de una edad, en donde apenas si los cambios experimentados son perceptibles, sino que conlleva una serie de cambios biopsicosociales como ya se había mencionado anteriormente.

En el envejecimiento se ha observado; a lo largo de diferentes estudios con personas mayores; que las habilidades cognitivas experimentan cambios con factores relacionados como lo es la edad (principalmente), nivel sociocultural, nivel educativo y el género fundamentalmente.

Por lo cual en el envejecimiento se ha observado que hay dificultad en el procesamiento de la información, tareas en las que se necesita de una atención dividida, en secuencias de números o de letras, inhibición de información irrelevante presentada por una forma sensorial (visual, auditiva y/o táctil), fallas en algunas funciones mnésicas. Sin embargo estos déficits, se presentan de forma lenta y paulatinamente lo que da la oportunidad de brindar una atención primaria. No obstante por esta situación ha de confundirse estas alteraciones con el envejecimiento patológico (el cual se refiere a que una persona no pueda llegar a una edad avanzada con pleno uso de sus facultades mentales y funcionales). Toda persona que envejece experimenta cambios, aunque también significa una nueva oportunidad para aprender algunas novedades que permita ejercitar dichas funciones o fortalecer algunas otras.

“De esta forma el envejecimiento del organismo, es un proceso estocástico y fisiológico que se acompaña de una pérdida progresiva de funciones y que acontece tras alcanzar la madurez reproductiva, siendo el resultado de la disminución de la energía disponible para mantener la fidelidad molecular en el organismo” (Mora, 2010).

Así pues, el envejecimiento cerebral, presenta un desarrollo asincrónico, en diversas áreas y circuitos específicos encargados de realizar diferentes funciones con relación al funcionamiento del sistema nervioso central y periférico. La velocidad de estos cambios son modulados en gran medida por el estilo de vida de cada una de las personas que envejece; recordando las bases asentadas por el estudio del desarrollo, por lo que no todas las personas atraviesan este proceso de igual forma; además de los propios procesos neuronal- Síntico-molecular en cada área del cerebro.

De acuerdo con Cohen, “el envejecimiento cerebral se puede definir como la pérdida de la capacidad de adaptación a cualquier cambio, aguda o crónica, necesaria para una vida de relación normal” (Escobar, 2001).

El proceso de envejecimiento físico de acuerdo con Mora (2010) “es largo y comienza entre los 27 y 30 años y 50 y 60 años después de su inicio es “cuesta abajo” y azaroso. La longevidad, sin embargo, si es dependiente en parte de los genes, aun cuando, en gran medida sea el medio ambiente un factor para determinarla y los estilos de vida que escoja cada individuo. Sin duda la ciencia en general y la Neurociencia en particular tendrán que adentrarse en el estudio de ese gran factor que es el medio ambiente y sus poderosos determinantes”.

Por otro lado, aunque siguiendo la misma línea de investigación los cambios o alteraciones cognitivas son reflejo de los cambios a nivel orgánico que se experimentan durante el periodo de envejecimiento, dado que envejecer significa que hay una implicación de cambios a niveles biológicos (bioquímicos, morfofisiológicos, anatómicos) y psicosociales.

Sin embargo, hay cambios cognitivos que se alejan de lo que es un envejecimiento normal, la importancia de conocer los cambios que se consideran normales es vital ya que como se ha mencionado el conocerlos da pauta a que se pueda identificar cualquier anomalía que pudiera resultar indicio de algún otro trastorno o patología.

De acuerdo a lo anterior se ha documentado que durante el envejecimiento normal hay un enlentecimiento en tareas que requieren de la atención, específicamente la atención dividida, tareas en donde hay secuencias de números o de palabras, memoria sensorial, memoria episódica reciente, procesamiento contextual, velocidad del procesamiento, aspectos contextuales en el recuerdo de la información, hay cambios en la memoria de trabajo, funciones ejecutivas, hay una notable disminución en la flexibilidad del pensamiento para realizar abstracciones y nuevas categorizaciones

Por otro lado a nivel orgánico, “los cambios que más frecuentemente ocurren en el envejecimiento normal incluyen disminución del peso y volumen cerebrales alrededor de 100 gramos, atrofia cortical, pérdida de neuronas corticales, y de algunos núcleos subcorticales, aumento de gránulos de lipofuscina en neuronas y glía, cambios hipertróficos en la glía astrocitaria. La secuencia de los cambios involutivos en la morfología de los hemisferios cerebrales sigue paralelamente la secuencia filogenética y ontogenética del cerebro. Las estructuras hipocámpicas- son las primeras en mostrar signos de atrofia” (Escobar, 2001).

Se encuentra que hay una disminución en los niveles de mielina y también en la sustancia gris que como consecuencia tiene el ensanchamiento de los surcos cerebrales. Además también se ha evidenciado una disminución en el árbol dendrítico que provoca que la sinapsis sea más lenta lo que evidentemente genera menor velocidad en el procesamiento de la información que llega al individuo.

En consecuencia los lóbulos frontales también muestran cambios, que se evidencian como ya se ha mencionado en la cognición de los adultos mayores, de acuerdo con Román y Sánchez (1998) “dichas tareas son el razonamiento, juicio, autoconcepto, formación de conceptos, generalización, planeación, etcétera”.

Por consiguiente, la actividad neuronal de las siguientes estructuras cerebrales como; la amígdala, el hipocampo, ganglios basales, locus ceruleus y sustancia negra disminuye. Además se ha visto que los vasos sanguíneos con el tiempo pierden su flexibilidad, y también es posible que el flujo de sangre en el cerebro tiene una disminución a medida que las personas van envejeciendo, al igual que el flujo, la velocidad del impulso nervioso va disminuyendo paulatinamente. Esto puede deberse a que hay sustancias como la proteína fibrilar acídica glial que funciona de forma protectora en cerebros envejecidos generando que las neuronas puedan sobrevivir por más tiempo y que además haya crecimiento de neuritas.

Así mismo, se ha encontrado que en los cerebros de las personas envejecidas hay presencia de ovillos neurofibrilares, los cuales, se pueden encontrar también en personas que tienen la enfermedad de Alzheimer, sin embargo en los cerebros envejecidos sin alteraciones cognitivas, cuestión que si dista en cuanto a las placas amiloideas en donde si son difícilmente encontrados en la vejez, solo en personas que ya son mayores de 80 o 90 años en adelante (aproximadamente).

### 2.3 Definición de deterioro cognitivo, síntomas y signos.

En cuanto a la actualidad se puede decir que El deterioro cognitivo, trata de estudiar a profundidad, como se ha hecho con las demencias, cuestión que había llevado a subdiagnosticar demencias o a tratar esta patología psicobiológica como un proceso natural y frecuente en el envejecimiento normal. Sin embargo a través del tiempo se han realizado estudios que paulatinamente han generado información importante para el diagnóstico y tratamiento para dicha patología, la cual comenzó a estudiarse debido a que en la mayoría de las ocasiones la patología del deterioro cognitivo, evoluciona a demencias, por lo general en Alzheimer, además de otros tipos.

“El intento de caracterizar fases incipientes de la enfermedad de Alzheimer ha evolucionado desde la aparición del término deterioro cognitivo leve, esto a finales del siglo pasado, hasta los actuales criterios de diagnósticos de investigación propuestos para la enfermedad de Alzheimer” (Valls- Pedret, Molinueva, Rami, 2010). Inicialmente dicho concepto fue utilizado por Elicker y otros colaboradores en la década de los ochenta, la intención o la utilidad de este término era realizar la clasificación de un grupo de pacientes que no cumplía los criterios diagnósticos de una demencia y que padecían ciertas dificultades cognoscitivas.

Posteriormente, el término fue utilizado para referirse al periodo entre las demencias y el funcionamiento cognitivo normal en las personas de la tercera edad, esto fue considerado por el equipo de la Clínica Mayo en los noventa.

Por la razón anterior, es que se ha tomado mayor importancia a esta patología psicobiológica, debido a que el deterioro cognitivo puede ser un pródromo a las demencias, aunque no necesariamente todas las personas que padecen un deterioro cognitivo leve desarrollará una demencia o enfermedad neurodegenerativa. En sí, el deterioro cognitivo y las demencias representan un problema mundial socio-sanitario importante, ya que hoy en día en países desarrollados cuentan con medidas para atender a la población de adultos mayores, pero no se ha tomado en consideración como tal a los adultos mayores con este tipo de problemáticas propiamente. Por consiguiente, los países en vías de desarrollo tienen menores posibilidades de atender esto que llaman “la nueva epidemia de este siglo”.

Además, de ser un problema mundial, quienes llevan la responsabilidad y el cuidado de los adultos mayores con deterioro cognitivo son los familiares, amigos y conocidos en algunos casos, también representa una situación importante en donde se debe tener información básica y necesaria para poder dar calidad de vida a las personas con dicha patología, y esto en gran medida también es responsabilidad de las instituciones de salubridad de cada país.

Es entonces y de esta forma, que comienza la investigación sobre el deterioro cognitivo, junto con sus implicaciones en las demencias de diversas etiologías.

Por otro lado, los estudios que se han llevado a cabo, suelen no tener una representatividad debido a que se toman muestras pequeñas y poco significativas, el tiempo de estudio que generalmente es transversal, suele ser corto por lo que no se obtienen datos tan contundentes como se esperaría, pero, estos datos son relevantes y son base para lograr realizar estudios que posteriormente darán herramientas para poder atender a los pacientes con esta patología.

“El deterioro cognitivo es un síndrome, caracterizado por una alteración prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponda a un síndrome focal y no cumple los criterios suficientes de gravedad para ser calificada una demencia. Su Diagnóstico se basa en la objetivación del deterioro cognitivo, en el paciente con nivel de consciencia normal, a través de pruebas neuropsicológicas estandarizadas, con puntos de corte apropiados para la edad y nivel académico del sujeto, teniendo en cuenta su actividad profesional. Las alteraciones son adquiridas mediante la declaración de un informador fiable o bien por su objetivación en exploraciones diferentes. El paciente con deterioro cognitivo a diferencia del que padece una demencia, aún tiene recursos compensadores, suficientes como para realizar sin dificultades notables o mínimas limitaciones, sus actividades diarias instrumentales. La duración del trastorno es imprecisa, aunque al menos de varios meses. Puede ser transitorio y reversible o estacionario con pocas variaciones en largos periodos de tiempo, o progresivo y convertirse en demencia sin un momento de transición claramente definido, puede deberse a múltiples causas” (Robles A.; Del Ser, T. y Peña- Casanova, 2002).

Algunos estudiosos consideran que el deterioro cognitivo representa un estado transicional del estado cognitivo de los adultos mayores a una demencia. De acuerdo con Reyes, Marcel, Bordas, Gaviria, Vilella y Labad (2010), “representa a menudo una etapa prodrómica en la transición entre el deterioro asociado al envejecimiento y el desarrollo de síndromes demenciales”.

Sobre la misma definición, cabe señalar que el envejecimiento así como el deterioro cognitivo son procesos individuales y el trascurso de la edad varía y las funciones de igual manera. Las funciones cognitivas decrecientan poco a lo largo del ciclo vital, mientras que otras incrementan.

“El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad en la zona fronteriza de la demencia” (Pérez, 2005). De acuerdo con Reyes et al (2010) “la tasa anual de progresión a demencias tipo Alzheimer u otras demencias es del 1 al 2% en pacientes con deterioro cognitivo leve”.

Aunque las alteraciones cognoscitivas observadas en un adulto mayor no cumplan con los criterios diagnósticos de las demencias, cabe señalar que no tienen una repercusión directa y significativa en actividades de la vida diaria, social y ocupacional.

Por otro lado es importante que a lo largo del estudio de este síndrome, no se encuentra como tal un criterio diagnóstico como “deterioro cognitivo leve” en el DSM-IV o el CIE-10. Sin embargo, en el DSM-IV se figura como “trastorno cognoscitivo no especificado” y debe ser indicado como Trastorno neurocognoscitivo leve, en donde se muestra el deterioro de funciones cognoscitivas, demostrado mediante pruebas correspondientes neuropsicológicas acompañado de una enfermedad médica o disfunción del sistema nervioso central; además de no cumplir con criterios diagnósticos de una demencia, delirium o trastorno amnésico.

Sin embargo como se ha mencionado hay signos que evidencian el deterioro, los que aquí se enlistan son propuestos en el 2002 por la Sociedad Española de Neurología publicados en la Revista de Neurología como Artículo Especial, dichos criterios diagnósticos son los siguientes:

- I. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas:
  - a. Atención y concentración.
  - b. Lenguaje.
  - c. Gnosias.
  - d. Memoria.
  - e. Praxias.
  - f. Funciones Visoespaciales.
  - g. Funciones Ejecutivas.
- II. Esta alteración debe ser:
  - a. Adquirida, señalando un deterioro respecto a las capacidades previas del individuo.
  - b. Referida por el paciente o un informador fiable.
  - c. Objetivado en la exploración neuropsicológica.
  - d. De meses de duración y constatada en el paciente.
- III. La alteración cognitiva solo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria.
- IV. La alteración cognitiva no se asocia a trastornos de nivel de conciencia.

Otros criterios diagnósticos que se han tomado en cuenta para el estudio y manejo del deterioro cognitivo son los de Petersen et al (2007) citado por Begoña, Sánchez, Arrufat, Figueroa, Labad, y Rosich, dichos criterios son:

- a. *Alteración subjetiva de la memoria, a poder ser corroborada por un informador fiable.*
- b. *Alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad.*
- c. *Función cognitiva general normal.*
- d. *Realización normal de las actividades de la vida diaria.*
- e. *No estar demenciado.*

“La alteración cognitiva del anciano que no alcanza la demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas, ocupacionales y sociales, o con muy discreta repercusión; solo para actividades complejas” (Pérez, 2005), puede ser tratada como un deterioro cognitivo leve realizando el adecuado diagnóstico diferencial.

De esta forma hay sujetos que presentan no solo alteración de memoria, sino que hay otros déficits cognitivos además del mencionado (la memoria) como el lenguaje, funciones ejecutivas, etcétera, en quienes este problema de dos alteraciones cognitivas es latente, tienen posibilidades mayores de tener una conversión a una demencia, en un lapso de dos años posteriores, cuestión que no sucede normalmente con los adultos mayores que tienen problemas únicamente de memoria, en específico la memoria episódica.

Por lo anterior Pérez (2005) incluye dos conceptos de operatividad práctica y de utilidad en la clínica diaria: “deterioro cognitivo muy leve sin demencia y el deterioro leve o con demencia, en el primer caso se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas”.

Por el otro lado, el segundo caso de acuerdo con Pérez (2005) “hay una alteración de memoria junto con un déficit en otra área, que no ocasionará molestias significativas en el funcionamiento ocupacional o social, por lo que no puede diagnosticarse como una demencia”.

Es de esta forma que a lo largo del estudio del deterioro cognitivo leve se ha visto que algunos pacientes que tienen esta patología evolucionan a una demencia, por lo que se han propuesto tres tipos de deterioro cognitivo:

- ✓ Deterioro Cognitivo Amnésico, este deterioro es caracterizado básicamente por déficits en la memoria y en pruebas de funcionamiento cognitivo general (normalmente pruebas aplicadas en atención primaria), no se observan otro tipo de alteraciones cognitivas. Este subtipo normalmente suele ser una fase prodrómica en algunos pacientes de la enfermedad de Alzheimer, además es el subtipo más frecuente en la población diagnosticada con deterioro cognitivo leve.
- ✓ Deterioro Cognitivo Difuso o multidominio, en este subtipo se puede observar más de una alteración cognitiva, no necesariamente la memoria, puede ser alguna alteración cognitiva en alguna función ejecutiva y en el lenguaje. Sin embargo al momento de diagnosticar, no cumple todos los criterios diagnósticos de la demencia.
- ✓ Deterioro Cognitivo Focal no Amnésico o monodominio no amnésico, para el diagnóstico de este subtipo se encuentra que hay una afección en la cognición pero de ninguna manera en la memoria.

“Es importante señalar que hay todavía pocos estudios que confirmen la distribución de tipos de deterioro cognitivo leve, así como su frecuencia y evolución” (Begoña et, al 2005). No obstante la propuesta de tipificación funciona tanto para estudiar la evolución, pronóstico, tratamiento y posteriormente, también funcione como una fuente de investigación.

De la tipificación anterior y en gran medida de la bibliografía citada, se ha observado que el deterioro cognitivo leve normalmente evoluciona a demencias, sin embargo se tiene la teoría de que el deterioro cognitivo amnésico generalmente se convierte en una demencia tipo Alzheimer, el deterioro cognitivo difuso evoluciona en demencia por Alzheimer y el focal no amnésico en demencias fronto-temporales, demencia con cuerpos de Levy, demencia vascular, afasias progresivas, enfermedad de parkinson y también Alzheimer.

2.4 Envejecimiento normal en las tareas cognitivas afectadas por la patología del deterioro cognitivo, como fuente de referencia para su diagnóstico.

Como se ha mencionado anteriormente el deterioro cognitivo leve incluye varias alteraciones principalmente de memoria, aunque no necesariamente como lo vimos en párrafos anteriores, sin embargo, es importante tener un marco de referencia sobre los déficits relacionados con el envejecimiento normal, ya que de esta forma al diagnosticar podemos distinguir entre lo “normal” y lo que comienza a parecer patológico.

#### 2.4.1 Sensopercepción.

La percepción es un proceso cognitivo, en el que intervienen órganos sensoriales que fungen como un receptor de estímulos y la corteza cerebral como la parte que da una organización a dichos estímulos.

Es decir, que una vez que existe la recepción de estímulos estos son transformados en impulsos que viajan a través de vías y terminaciones nerviosas hasta llegar a la corteza cerebral.

Se puede decir que los órganos sensoriales están diseñados para tener una interacción directa con el medio ambiente en el que una persona se desarrolla logrando que los organismos estén conscientes de su medio circundante, dichos órganos están capacitados para recibir cierto tipo de información, por ejemplo las ondas sonoras están destinadas a ser captadas por el oído, las ondas luminosas por los ojos, los sabores y olores por el gusto o el olfato respectivamente, sin embargo, el primero depende del segundo en gran medida.

La percepción no solo es el reflejo del ambiente, fundamentalmente implica la comprensión y el significado de los estímulos, es un proceso bipolar ya que es relativo a las características de los estímulos y también a la percepción que se le da a este, en otras palabras se recibe el estímulo y se le da una interpretación, lo cual depende de la motivación, personalidad, etcétera. También es importante mencionar que la percepción puede ser concebida como el proceso que interpreta y organiza la información del ambiente.

Por otro lado la organización e interpretación de los estímulos una vez que han llegado a la corteza cerebral se conoce como percepción. Incluso, para que las sensaciones sean producidas deben ser procesadas, los estímulos externos deben ser procesados por los órganos sensoriales para así ser vivencias o experiencias.

Por poner un ejemplo; la vista se inicia en ondas de luz reflejadas en un objeto, que llegan a nuestros ojos, la retina es en donde se llevan a cabo procesos químicos que finalmente, activan procesos neuronales, para que esta se conviertan en impulsos nerviosos y lleguen a la corteza cerebral, de esta forma no hay una variación de imágenes sino hasta que se llega a la corteza en donde se lleva a cabo la percepción de lo que se mira con los ojos, la percepción en si depende de procesos neuronales, y se viven como objetos externos dentro del ambiente en el que el organismo se encuentra, mientras que la sensación no es unitaria. Generalmente las sensaciones son un conjunto de configuraciones globales de estímulos conjuntos, si se habla de las experiencias.

Anteriormente se ha mencionado que cada órgano sensorial, trabaja con base a ondas luminosas o sonoras, procesos químicos, diversos tipos de energía y es por esta razón que cada uno de los órganos capta una energía en específico. Cada uno de nuestros órganos sensoriales, contienen receptores que van a transformar la energía del exterior en estímulos nerviosos, que viajan desde estos a diferentes zonas de la corteza cerebral, por ejemplo, la audición se sitúa en los lóbulos temporales.

Aunque todos los impulsos nerviosos fisiológicamente son iguales, la experiencia sensorial ocurre en los receptores, que son células especializadas y se encuentran en los órganos sensoriales.

En resumidas cuentas, las experiencias psicológicas con cada uno de los receptores afectados por determinada energía, se denomina modalidad de sentido. Generalmente se clasifican cinco como tal; la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto; aunque este último se relaciona con presión, temperatura y dolor; sin embargo, dependen de receptores particularmente sensibles a estos estímulos.

Es decir la modalidad del sentido de la vista corresponde al estímulo físico de las ondas electromagnéticas, los receptores son células llamadas bastoncitos y conos en la retina, el impulso nervioso llega hasta la corteza del lóbulo occipital en el cerebro, y finalmente la experiencia que este sentido nos brinda es el de brillantez, fondo y figura, tono y saturación entre otros.

En cuanto a la modalidad de sentido del oído es sensible a las ondas sonoras, o sea la compresión y expansión en el aire, los receptores del oído son las células pilosas, en el caracol del oído interno y como ya se había mencionado anteriormente los impulsos nerviosos llegan hasta la corteza cerebral en los lóbulos temporales, además la experiencia del oído es sonido, fuerza de este y el timbre.

Así pues las modalidades de los sentidos por parte del gusto y del olfato son moleculares; en el caso del gusto son moléculas en solución, mientras que el olfato son moléculas en el aire, y los receptores son células pilosas en las papilas gustativas de la lengua y en epitelio olfativo nasal respectivamente. Los impulsos nerviosos en el caso del gusto se dirigen hacia la zona cortical parietal mientras que el olfato no tiene una zona de proyección y el impulso nervioso culmina en el nervio olfativo en los centros inferiores. En la experiencia del gusto se reconocen como dimensiones el sabor amargo, dulce, salado y ácido.

Ahora bien la modalidad de sentido del tacto como ya se mencionó tiene varios receptores que son sensibles a la presión, el dolor, la cinestésia, y el equilibrio. Así que el estímulo físico de la presión es la deformación mecánica de la piel y los impulsos nerviosos se generan desde los corpúsculos de Merkel que se encuentran en las yemas de las manos y de los pies, hay otros receptores encargados de la presión, los corpúsculos de Meissner que se encuentran en las zonas de la piel que no tienen pelo, también están los corpúsculos de Pacini que corresponden al grado de presión y vibraciones que sentimos; situados en dedos de manos y pies encargados del peso y la consistencia de los objetos, finalmente el impulso llega hasta la zona parietal de la corteza cerebral y en la experiencia de estos receptores las dimensiones son duración, intensidad, textura y extensión.

Continuando con el tacto, hay otros receptores encargados de la temperatura, localizados en la dermis, los receptores del calor se denominan corpúsculos de Ruffini y son los responsables de detectar el frío reciben el nombre de corpúsculos de Krause.

Además están las terminaciones nerviosas libres que se encuentran en la mayor parte de la superficie corporal, si bien estas transmiten directamente al cerebro los impulsos nerviosos, especialmente el dolor, y estos responden ante estímulos físicos intensos tales como daño en un tejido. El dolor es definido como una experiencia sensorial desagradable del tejido.

También, hay terminaciones nerviosas en los músculos y tendones, y estos facilitan la percepción del movimiento, hay dos formas; la interoceptiva que se refiere a estímulos y sensaciones que provienen de los órganos internos, como por ejemplo la digestión; y la otra forma se conoce como propioceptiva o postural, regulando así el equilibrio y las sinergias o acciones voluntarias para el desplazamiento. En parte el equilibrio está dado por células pilosas en los canales semicirculares y sacos vestibulares del oído interno, en si el equilibrio nos brinda conciencia espacial y se relaciona íntimamente con la percepción del movimiento pero especialmente, los receptores son sensibles a la aceleración y movimientos corporales.

No obstante la duración, intensidad y la calidad de las sensaciones depende en si del estímulo que llegue al sistema nervioso central por parte de los receptores de los órganos sensoriales, sin embargo, la intensidad a la que se reacciona ante los estímulos diversos se denomina umbral. El umbral absoluto es la cantidad mínima de energía por parte del estímulo, que se requiere para causar una sensación y este varía de persona a persona, pero, por otro lado hay un umbral denominado subliminar, del cual no se tiene conciencia de cuando se presenta, sin embargo este si puede afectar la conducta. Es importante mencionar que el umbral del ser humano se puede ver afectado por lo que esté aconteciendo en otros órganos sensoriales y sus receptores; es decir si se atiende algún estímulo específicamente, entonces el umbral de otros receptores probablemente no se encuentre en su umbral absoluto y la sensación de este sea menor a la que se atiende momentáneamente.

Pese a lo anterior, los órganos sensoriales y sus receptores llegan adaptarse al estímulo que está presente ante la recepción continua, por lo que los niveles de percepción se reducen. De igual forma, cuando los receptores están adaptados a uno o varios estímulos, se habla de un nivel de adaptación, el cual se utilizará posteriormente como un marco de referencia ante otros estímulos que lleguen a presentarse.

Así mismo cuando existen varios estímulos que llegan a los receptores, somos capaces de poner atención solo a los estímulos que son relevantes por encima de los más mínimos y sin importancia. A esto se le llama punto focal o centro de conciencia y esto está relacionado íntimamente con el proceso atencional, que como se verá más adelante este proceso se encarga fundamentalmente de mantener consciente y alerta al individuo.

Hay características variadas en los estímulos presentados a los receptores de los órganos sensoriales, que si bien, determinan la atención, entre ellas el cambio de estímulo; que se refiere a cualquier cambio mínimo en este, el cual puede incrementar o disminuir la atención del individuo, dependiendo de la situación en la que se presente dicho estímulo, es decir un grito en medio de una bulla será inadvertido, caso contrario, si el grito se produce en un hospital. Otra característica de los estímulos que puede llamar la atención es el tamaño de este y también la repetición del estímulo, en este caso esta repetición del estímulo puede hacer que la atención disminuya o incremente según la situación en la que se presenten.

Cabe mencionar que dentro de la percepción se consideran varias cuestiones importantes que fungen como una función cognitiva en los seres humanos, las cuales son las gnosias, las funciones visoespaciales, visoconstructivas y visoperceptivas.

De tal forma, la gnosias es una función cognitiva que da la capacidad a los seres humanos de poder adquirir y tener conocimiento del mundo externo a través de la estimulación sensorial y de la interpretación que se le dé a dichos estímulos, sin embargo, también brinda la capacidad de tener el reconocimiento del mundo exterior, objetos y de sí mismo.

Es decir las gnosias dependen de la sensopercepción, el ser humano puede reconocer objetos a través de su forma, de su textura, olores, sonidos, etcétera, sin embargo, cuando hay más de una percepción simple permite al individuo la percepción corporal, del espacio, del tiempo, del movimiento y de la velocidad. Cuando se encuentra una alteración en esta capacidad se les denomina agnosias y las más comunes son:

- Agnosia auditiva; consiste en una dificultad para reconocer sonidos tanto verbales como los no verbales.
- Pseudoagnosias visuales; son aquellas perturbaciones en el proceso visual temprano que pueden dificultar el reconocimiento de los objetos o la estructuración del espacio.
- Agnosias Visuales:
  - Para objetos; se altera el reconocimiento de los objetos
  - Agnosias al color; de acuerdo con Ardila y Otrosky- Solís (2004) “la agnosia al color o trastorno inmediato del reconocimiento del color puede determinarse a partir de identificación de piezas de color levemente diferentes. En la Agnosia al color no se trata de un defecto en la percepción del color sino en la relación con los objetos”.
  - Prosopagnosia; es la perturbación para el óptimo reconocimiento de los rostros.
  - Agnosia espacial; es la incapacidad para orientarse en lugares familiares, el trayecto de un lugar a otro, etcétera.
  - Agnosia corporal; se refiere a dificultades en la percepción espacial corporal.

Por otro lado, las conexiones anatómo-funcionales en el cerebro, hace que las sensaciones se tornen en información importante o relevante que se procesa en la corteza, dichas funciones en cuanto a la percepción visual, que suelen verse afectadas en adultos mayores es la visoperceptiva (función dedicada principalmente a la percepción de la forma de los objetos), la visoconstructiva (visión- acción) y visoespaciales (dirección de acciones para darles un significado, funge como una guía visual del movimiento, se encarga de la organización espacial en el campo visual).

Esto está estrechamente relacionado con el lóbulo parietal en donde una de sus funciones es la sensación y la percepción proporcionando conciencia espacial y orientación.

Como anteriormente se había mencionado estas funciones suelen preservarse en la vejez sin embargo, las funciones visoespaciales son las que generalmente suelen verse afectadas durante el envejecimiento aunque no de una forma significativa.

#### 2.4.2 Atención y memoria.

La memoria es un proceso cognitivo de orden superior, que como algunas funciones primordiales son las de evocar y registrar la información proveniente de los órganos sensoriales, para ello, las personas requieren de la atención para poder discriminar qué de todos los estímulos que llegan a los órganos sensoriales es primordial, cuales debe atender primero y como, por lo que la atención es un proceso neuropsicológico esencial para el desarrollo y funcionamiento correcto de otras funciones cognitivas.

De acuerdo con Gallegos y Gorostegui, “la atención es la capacidad de seleccionar la información sensorial y dirigir los procesos mentales. La concentración es el aumento de la atención sobre un estímulo en un espacio de tiempo determinado, por lo tanto no son procesos diferentes” (extraído de [http://files.procesos.webnode.com/200000027-94236951d3/procesos\\_cognitivos\\_simples.pdf](http://files.procesos.webnode.com/200000027-94236951d3/procesos_cognitivos_simples.pdf).)

Como ya se ha mencionado, los estímulos llegan al individuo, el cual recibe información o estímulos sensoriales del exterior y del interior, sin embargo, este puede procesar varios al mismo tiempo, aunque es mucho más factible que dé una respuesta inmediata a los que generan peligro, necesidad, etcétera. Este proceso se determina selección y dependerá fundamentalmente de la naturaleza de los estímulos, y por parte del organismo o individuo las experiencias previas y las necesidades latentes mientras que también deberá accionar de acuerdo con las demandas del medio ambiente. Por otro lado dentro, del procesamiento de la información hay dos clases, la atención pasiva (provocado) y la activa (iniciada por el sujeto).

Por lo general, las respuestas ante un estímulo determinado, que sea novedoso o peligroso, los órganos sensoriales se enfocarán a dicho estímulo, por lo que el organismo prepara el sistema nervioso para accionar, y de esa forma lograr la adaptación ante la circunstancia dada, este proceso se llama orientación.

Sin embargo, hay diversas formas de atención las cuales son:

- Atención focalizada; consiste en generar una resistencia a la distracción y elegir que información es relevante y cual no en un momento determinado.
- Atención sostenida; esta forma se refiere a mantener la atención focalizada durante largos periodos de tiempo.
- Atención alterna; se conoce como la capacidad de poder realizar o cambiar de una tarea a otra sin generar confusión.
- Atención selectiva; abre la posibilidad de poder anular estímulos distractores a elección del individuo.
- Atención dividida; esto significa poder atender dos o más estímulos.

En los adultos mayores la atención sostenida tiende a presentar una disminución. De acuerdo con Sánchez y Pérez (2008), “las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida puede debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente”.

Las tareas que realiza un individuo requieren de un esfuerzo, en donde la atención fundamentalmente, de forma dinámica supone cambios en sus procesos indicando la selectividad, intensidad, y las respuestas a emitir en conjunto con otros procesos

mentales para que de esta forma se cumplan con los objetivos propuestos en cada tarea.

La disminución de los procesos de memoria está estrechamente relacionados con los procesos de la atención y sensoriales, pues estos se ven afectados por los procesos atencionales que con la edad disminuye la velocidad del procesamiento de la información. La velocidad de procesamiento se define como la velocidad en la que un individuo puede realizar una tarea cognitiva simple en forma sencilla y automática.

Dentro de la vejez se ha observado que hay un enlentecimiento en el rendimiento de tareas, por lo general, cuando se trata del proceso de la atención dividida es decir cuando hay que regular la atención a diversos estímulos simultáneamente o bien cuando la persona se enfrenta a tareas que requieren inhibir información o estímulos relevantes presentadas por uno o varios canales sensoriales.

Por otro lado, “la memoria puede definirse como la capacidad de almacenar, procesar y recuperar información que proviene del mundo exterior. Los conceptos de aprendizaje y memoria, están íntimamente relacionados. “Aprendizaje” es el proceso de adquisición de nueva información, mientras que “memoria” se refiere a la persistencia del aprendizaje en un estado relativamente permanente, que puede ser puesto en manifiesto en un tiempo posterior “(OCÉANO, 2006. Tomo 2).

De igual forma, la memoria tiene estructuras y sistemas con funciones específicas, aunque interactúan constantemente, sin embargo, estas dependen de tres procesos fundamentales: Codificación, almacenamiento y finalmente la recuperación. Es decir, la codificación se refiere al proceso por el cual la información se convierte en una representación mental almacenada (OCÉANO, 2006 Tomo 2). La información una vez

codificada, se almacenará por cierto tiempo; al parecer el almacenamiento se presenta de manera automática.

Finalmente la evocación o la recuperación es el proceso por el cual la información previamente almacenada se puede rescatar de la conciencia, esta puede ser complicada o fácil dependiendo de cada individuo en cuanto a las experiencias que ha tenido previamente, es decir, si ha recibido estímulos determinados y de forma constante será más fácil recordar esa información. Por lo tanto, la Evocación o recuperación puede ser diversa, por medio del reconocimiento, remembranza, recuerdo, re-aprendizaje, confabulación, imaginería etc.

Por otro lado la información que se obtiene del medio ambiente penetra mediante canales sensoriales, y esta su vez, debe de ser codificada para que así sea material de trabajo para la memoria a corto plazo, y de igual forma esta información se consolide entonces.

Originalmente la información entra por medio de los órganos sensoriales, y de esta forma son el primer contacto que se tiene con el medio ambiente y pueda ser codificado, aunque esto solo indica el principio de todo el proceso de la memoria. Lo que se conoce como memoria sensorial, es la actividad de retener efectos sensoriales que han sido recibidos anteriormente y su duración es corta. Posteriormente a la codificación de los estímulos sensoriales pasa a la memoria a corto plazo, a la que se ha considerado eje de la conciencia, ya que reúne toda la información que recabamos del ambiente, de nuestros pensamientos, reflexiones, etcétera.

“La finalidad de la memoria sensorial, es alargar la duración de estímulos extraordinariamente breves para que puedan ser completados los procesos perceptivos, remite tanto a procesos que están entre lo que llamamos percepción y lo que llamamos memoria, y que no tienen lugar de un modo consciente ni deliberado” (Triado y Villar, 2006).

Otra estructura de la memoria es la memoria a corto plazo, la cual funciona como una recepción de información temporal, de capacidad limitada, de tal forma que se haga consiente y tiene una duración máxima de 30 segundos aproximadamente. Esta estructura de la memoria normalmente en la vejez posee menor capacidad (debido a la disminución de la velocidad de procesamiento de la información) para separar los estímulos necesarios y los deseados.

Así mismo, dentro de la estructura de la memoria a corto plazo existe un subsistema denominado “memoria de trabajo” el cual tiene fundamentalmente tres tareas; almacenar y procesar simultáneamente la información entrante en la memoria de corto plazo, la segunda función sería supervisión de las operaciones y acciones mentales, finalmente la última función es la de coordinar información proveniente de diversas fuentes, tener una secuencia en la información y coordinar las estructuras.

De esta forma la memoria a corto plazo hace que las conversaciones y las actividades sean coherentes, además de ser una especie de ejecutivo central el cual ejerce control sobre la información que se almacena, ya sea introduciendo más de esta o retirándola.

Durante el envejecimiento de acuerdo con Kray y Lindenbergl, citados por Blasco y Meléndez (2006) “los ancianos muestran un particular impedimento en las operaciones de la memoria de trabajo que requieren realizar:

- Una coordinación del procesamiento cognitivo en tareas de procesamiento mental complejo, así como la realización de simples operaciones aritméticas.
- La supresión de estrategias de recuerdo habituales y la producción de secuencias alfabéticas no familiares.
- Una actualización eficiente en la memoria de ciertos elementos de la prueba, particularmente cuando el sujeto se encuentra sometido a una presión de tiempo”.

Así bien, “a la evocación de información después de un intervalo en el que el sujeto ha centrado su atención en otra tarea se considera memoria a largo plazo” (OCÉANO, 2006). Por consiguiente la memoria a largo plazo es aquella que permite a las personas poder evocar recuerdos o información almacenada anteriormente y no de forma reciente, sino información adquirida tiempo atrás.

Ahora, la memoria a largo plazo tiene una capacidad ilimitada y en dicha estructura está archivada gran cantidad de información obtenida a lo largo de nuestra vida. También la memoria a largo plazo se encarga de los recuerdos.

De igual forma la memoria a largo plazo hace que la información ya almacenada se haga presente y para esto se hay dos cuestiones que son realizadas; la primera es buscar el acceso a las huellas mnémicas que dirigen los recuerdos y finalmente facilitar la información requerida para acceder al objetivo.

También se habla de una memoria que contiene toda la información autobiográfica y se le puede llamar terciaria.

A su vez, hay distintos tipos de memoria, los cuales serán mencionados a continuación; la memoria implícita o procedimental tiene como función el almacenamiento de la información sobre conductas que tienen procedimientos y estrategias automáticas e inconscientes, casi imposible de verbalizar, que le permitan al individuo la interacción con su medio ambiente.

Por otro lado, esta memoria procedimental es considerada como un sistema de ejecución, el cual se ve implicado con el aprendizaje de habilidades no representadas de forma explícita en el mundo. Por el contrario, como ya se ha mencionado estas se activan automáticamente con pautas de actuación ante determinadas tareas. Contiene una serie de repertorios motores o cognitivos que se realizan de forma inconsciente.

De esta forma la memoria implícita, no sufre alteraciones relacionadas con el envejecimiento.

Por otro lado, “la memoria explícita o declarativa, se refiere a un conjunto de recuerdos fácilmente evocables a los hechos o datos que acceden directamente a la conciencia como los nombres de la gente o sus rostros” (OCÉANO, 2006. Tomo 2). Hay otros tipos de memoria como la declarativa o episódica la cual contiene información referida al conocimiento del mundo y experiencias personales de cada individuo; de igual forma la información referida a conocimientos generales así como conceptos extrapolados en situaciones vividas es conocida como memoria semántica. En general la organización de la memoria episódica se encuentra sujeta a parámetros espacio- temporales mientras que la semántica se guía en las relaciones de los conceptos y su significado.

Sin embargo, esta memoria la declarativa o explícita si sufre alteraciones durante la vejez.

“La capacidad de la memoria a largo plazo podría decirse que no es limitada, sin embargo, para no saturar el sistema de esta memoria, al igual que la de corto plazo pierde información poco relevante, esto es denominado como olvido y la función de este es desembarazarse de la enorme cantidad de información que tratamos cada día y que en un futuro carece de utilidad” (OCÉANO, 2006).

Ya se había mencionado que el olvido en general funge como la eliminación de información irrelevante, y hay diversos tipos de olvido, sin embargo hay que analizar primordialmente la forma en la que recordamos y recordamos, para poder entrar en el tema de la pérdida de información en la memoria a largo y también a corto plazo. El recuerdo como tal es una imagen del pasado que se encuentra archivado en la memoria, de igual forma, estos también son definidos como la reproducción de algo que se ha experimentado e incluso aprendido.

La rememoranza puede ser de diversas formas y naturalezas, pero, todas implican la recuperación de información, como; el reconocimiento, los recuerdos como tal, imaginaria, confabulación, etcétera.

De tal manera, el reconocimiento es un proceso de búsqueda en el que en principio se elabora la presentación de la información que se pretende encontrar, posteriormente, se trata de hacer compaginar la idea que interesa con la representación de la memoria, mediante la identificación y la familiaridad, una puede presentarse junto con la otra o bien fusionarse; estas dos entidades sirven para realizar el reconocimiento y seleccionar la información que se busca. De cierta forma el reconocimiento es simple en comparación al recuerdo, ya que este último requiere de una selección de claves para buscar la información en la memoria.

Así, “el olvido es una experiencia de imposibilidad transitoria definitiva para recuperar de una forma consciente una información adquirida o circunstancia vivida en el pasado inmediato o lejano” (OCÉANO, 2006. Tomo 4).

Sin embargo, el olvido puede ser de diversos tipos, en general son fallas en el proceso de codificación, en el almacenamiento o en la recuperación, de tal suerte, en esta cuestión también interviene la atención que prestemos a nuestras actividades.

De esta forma el olvido dependiente de señales, se refiere al olvido con relación al contexto, a los estados psicológicos y fisiológicos, que emiten señales internas, o bien el medio ambiente que presenta señales o rutas para la recuperación de la información.

Por otro lado, el olvido motivado se refiere a la represión ante sucesos que son experiencias dolorosas o desagradables para el individuo, esto se basa en la teoría psicoanalítica, y aunque no tiene un sustento experimental, clínicamente sí se observa, por ejemplo, en trastornos de estrés postraumáticos.

Por tanto, las fallas en la recuperación, se cree que es por la interferencia, es decir la información novedosa que se recibe provoca que el conocimiento antiguo sea difícil de retener. Cuando la nueva información trabaja hacia atrás, causa que el material anterior, sea difícil de de recordar y se habla entonces de inhibición retroactiva y esto puede presentarse también de forma viceversa.

Otra forma en la que puede fallar la recuperación puede depender de problemas con claves, es decir, el individuo se basó en determinada clave durante la codificación, sin embargo, estas pueden contener mucho material.

Así, la memoria es fundamental para el aprendizaje, podría decirse que una depende de la otra directa o indirectamente, ya que la memoria podrá evidenciar el aprendizaje del organismo.

Con lo anterior, nos referimos a que el aprendizaje es un proceso que finalmente se verá reflejado en la conducta de los seres humanos y otros organismos, es de vital importancia el estudio del aprendizaje para tener un marco de referencia en cuanto se refiere a modificaciones de algunas conductas.

### 2.4.3 Lenguaje.

El lenguaje es algo más que un medio de comunicación en los seres humanos y en otras especies.

Para Vigotsky el lenguaje es una actividad humana de rango superior, que comparte muchas características con otras actividades psicológicas, como el pensamiento y la memoria.

“Hay diversas necesidades de estudio sobre el lenguaje, como por ejemplo, la neuropsicología observará y estudiará los procesos cerebrales que permiten que los estímulos acústicos que llegan al oído interno se conviertan en impulsos nerviosos y alcancen el cerebro para allí ser interpretados y traducidos, es decir, descodificados en palabras comprensibles. La psicolingüística por su parte, se ocupará de averiguar los procesos individuales y colectivos que hacen posible que las personas se comuniquen y usen el lenguaje” (OCÉANO 2006. Tomo 2 Pp. 244).

Ahora bien, “se reserva el término lenguaje para designar una actividad humana organizada como un sistema de signos con estructura compleja, que tienen la propiedad de representar o sustituir la realidad y sirven para comunicar un número prácticamente ilimitado de significados” (OCÉANO, 2006. Tomo 2 Pp. 244).

Así mismo, puede argumentarse también que es el complemento del pensamiento ya que este último nos es completo y acabado, debido a que se expresa mediante el segundo. Si se define el lenguaje como un conjunto de símbolos, que como objeto o meta principal tiene el manifestar, comunicar o expresar el pensamiento y los diversos estados emocionales del ser humano se requiere estudiar la naturaleza del signo.

Desde la lógica, el signo es definido como algo que es sensible y tiene relación con otra cosa, no percibida momentáneamente por los órganos sensoriales. Este cuenta con elementos esenciales como el fenómeno sensible (elemento significativo) y la situación no percibida (elemento significado), la inteligencia se encarga entonces de relacionar ambos elementos. Dicha relación tiene como una de sus funciones primordiales, dar sentido a lo que se percibe y la idea que sugiere dicho estímulo (o el elemento significativo). Esta relación convencional esta infundada por el hombre mismo, mientras que hay otro tipo de relación entre los elementos del signo que se infiere por la naturaleza de las cosas, esta es denominada “natural”.

A partir de la necesidad de unir lo significado con lo significativo se crean más relaciones además de la natural y convencional, como puede ser la de causa- efecto en donde el efecto es signo de algún fenómeno, por ejemplo, el humo (efecto) se relaciona y es signo por lo general del fuego (la causa).

Existe la relación llamada del medio a fin, ejemplo, el estetoscopio se refiere a la medicina o se le relaciona con esta ciencia. Otra relación, es la de contigüidad habitual, en la cual, las relaciones pueden ser naturales y anuncian situaciones o circunstancias, por ejemplo, la caída de las hojas anuncia la llegada del otoño. Otras relaciones son las convencionales, como, la alarma sísmica para indicar movimientos telúricos. Entre otras relaciones están las de semejanza que establecen relaciones entre un retrato y la persona u objeto que representa. Además, están las denominadas de analogía o las basadas en diferencias y semejanzas parciales entre las cosas. Todos los simbolismos o la forma en la que las cosas significan unas a otras, en función de la solidaridad existente entre los seres humanos y otras especies, se funda básicamente mediante analogías.

De esta forma, los signos pueden ser emocionales, ya que no solo son palabras y signos del pensamiento, y ambas son formas intelectuales. Los signos pueden ser un conjunto de actitudes y modificaciones corporales, que sirven para expresar las emociones, y son inarticulados por ejemplo ademanes y gestos.

Finalmente, este lenguaje, expresado mediante conductas o actitudes, tiene caracteres determinados: es instintivo y universal, es decir todo el mundo lo usa y no es necesariamente aprendido, además un solo gesto, puede denotar todo un estado afectivo, es expresivo como se había mencionado anteriormente, y además comunicativo, ya que tiende a provocar en otros individuos la misma emoción o una similar a esta. Sin embargo, es insuficiente para expresar todos los sentimientos y estados afectivos, por lo que se recurre al lenguaje convencional.

Es por esto que el lenguaje convencional, es utilizado para expresar el pensamiento, básicamente es comprendido y empleado por las personas y grupos que lo han aprendido. También, es analítico ya que descompone el pensamiento como tal y lo expresa por medio de signos diferentes. De tal forma, es conceptual más que afectivo o emotivo, además es variable y progresivo, pues se encuentra a merced de la evolución del pensamiento humano y se ve influido por el ambiente.

Si bien es cierto, los signos tienen determinado significado, en sí es el sentido que lleva implícito determinado objeto, y los significados siempre implican un concepto y una interpretación. La palabra como tal, es un signo, se recibe y se organiza y este es básicamente el lenguaje interno. Así pues el significado es determinado por la contigüidad, en donde los conceptos adquieren un significado específico, como las luces del semáforo.

También el significado es determinado por la equivalencia o semejanza material de los estímulos, que se refiere, básicamente, a la identidad parcial o material de la generalización del mismo estímulo, y finalmente la conexión verbal, es decir, las palabras son tan versátiles y se refieren con facilidad a diversos objetos y proporciona la conexión requerida dentro de las experiencias que no pueden asociarse de otra forma. El símbolo particularmente pasa a ser parte de otros símbolos, simultáneamente relacionados ya que son lo que básicamente constituyen el lenguaje.

Además la palabra es de los signos más importantes en el lenguaje. La palabra puede ser articulada o bien escrita, además de otras formas de lenguaje de las que ya se hablaron como la mímica, la forma de lenguaje más o menos arbitraria para corroborar la expresión del pensamiento por la palabra. En sí la palabra es el signo del pensamiento, la escritura es el símbolo de la palabra. La palabra hablada es un signo fonético que impresiona al oído y la palabra escrita es un signo gráfico que impresiona la vista.

Entonces, el lenguaje humano se basa, en su mayoría, en un soporte sonoro; partiendo de que la palabra hablada es el símbolo del pensamiento y la escritura el símbolo de la palabra; los fonemas son en tal caso la unidad base del lenguaje oral, que se combinan para formar palabras. Concretamente los fonemas son vocales y consonantes que se corresponden aproximadamente con el alfabeto. Con la combinación de los fonemas se forman los morfemas, lo que conocemos como palabras, y cada una puede tener un significado o no, dependiendo del contexto social y cultural, deben emplearse series de estos para formar frases que a su vez están regidas por normas, que reciben el nombre de gramática. De este modo el lenguaje se rige por leyes fonéticas y gramaticales.

De tal forma, el lenguaje escrito puede ser fonético o ideográfico, el primero representa la idea del objeto por el objeto mismo o por un simbolismo, que a este se concede y el segundo es simbólico.

De esta forma, el lenguaje actúa sobre los pensamientos y/o completa, haciéndolo claro, distinto y estable; el pensamiento inicia en un objeto y antes de su expresión mediante el lenguaje es informe y suele ser confuso. La necesidad de encontrar los términos adecuados para la expresión del pensamiento propicia que la vaguedad con la que el pensamiento perfila en la mente, dándole fuerza y profundidad. El pensar en la palabra equivale a pensar en el significado de los objetos, convirtiéndose en un gran instrumento de abstracción y generalización. De esta forma el pensamiento es modificado en razón de las circunstancias presentes, al ser traído sensiblemente por el lenguaje.

En conclusión, el lenguaje es una herramienta de adaptación social y cultural ya que sigue ciertas normas sociales, aunque estas normas del lenguaje puedan ser relativas a los grupos a los que cada individuo pertenece a pesar de formar parte de una sociedad estructurada, y de igual forma se espera que el individuo se amolde así como se adaptó a normas conductuales, en relación con el uso de su lenguaje.

Así pues, el lenguaje, evoluciona durante todo el ciclo vital, a pesar de poder encontrar alteraciones y patologías este no sufre alteraciones como tal en un envejecimiento normal, sin embargo, si experimenta cambios, por ejemplo los déficits sensoriales pueden causar problemas en la comprensión oral y la reducción en la capacidad de comunicación. A medida que se envejece, se utilizan recursos lingüísticos con mayor frecuencia, y otros a la larga son abandonados.

Sin embargo, hay factores de riesgo, para que el lenguaje presente deterioros, si bien es cierto la semántica y la sintáctica se mantienen estables durante el envejecimiento, aunque, como ya se ha mencionado, el procesamiento de la información en el adulto mayor es lento, además de que también estos al estar relacionados con procesos sensoriales, puede verse afectado por el deterioro de los mismos. Se ha comprobado que a medida que se envejece, se dificulta el uso de recursos lingüísticos.

Por otro lado, si hay afectación en cuanto a cómo se utiliza y comprende el lenguaje durante la vejez, por así decirlo, ahora es más complicado seguir una conversación y mucho más difícil se torna cuando el tema de conversación es poco familiar para el anciano. Aunque se ha mencionado que no hay una alteración en la semántica, ni en la gramática del lenguaje en el adulto mayor, si se ha concluido a través de diversos estudios que sus construcciones sintácticas al escribir o al hablar, empobrece con el paso de la edad.

Sí la memoria al experimentar cambios como por ejemplo en la memoria operativa, puede tener influencia sobre el léxico y la capacidad de organización en el discurso.

Principalmente se han encontrado, en el envejecimiento normal, tres fenómenos principalmente; primero el vocabulario aumenta o se mantiene, sin embargo, la capacidad para denominar algunos objetos o dificultad en el recuerdo de palabras, se experimenta también un aumento en los tiempos de reacción y como conducta compensatoria, los ancianos recurren al parafraseo.

Igualmente, hay un declive en cuanto a las inferencias que pueden realizar a partir de material verbal, sin embargo esto se debe a los problemas de la memoria, que se experimentan durante el envejecimiento, aunque es un factor de riesgo, si se brinda la atención necesaria, con estimulación constante, estos problemas pueden retardarse.

#### 2.4.4 Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son consideradas como funciones cognitivas complejas y presentan cambios durante el envejecimiento. El papel de estas funciones es primordial y esencial para la vida diaria y calidad de vida de todo ser humano, ya que forman parte del proceso de aprendizaje, planeación, realización de metas y toma de decisiones.

En general estas se pueden definir como un conjunto de funciones cognitivas que como objetivo tienen controlar y regular capacidades básicas, logrando con ello conductas que son dirigidas o a la resolución de problemas, lo que lleva a la adaptación del organismo en nuevos retos.

Es decir que la programación de las actividades y propósitos están a cargo de estas funciones, e imprescindiblemente son parte del funcionamiento de los lóbulos frontales del cerebro, aunque principalmente en las zonas pre-frontales.

De acuerdo a lo anterior las funciones ejecutivas se sitúan primordialmente en la parte prefrontal, sin embargo este tiene comunicación con la zona límbica por lo que fungirá como un regulador en la conducta instintiva además de las emocionales y la autoconsciencia.

Inicialmente se creía que las funciones ejecutivas tenían cuatro componentes básicos como son; la voluntad, planificación, conducta intencional y ejecución efectiva de la conducta esto de acuerdo con Lezak.

Sin embargo hoy se sabe que fundamentalmente tiene como componentes principales:

- ✓ Control atencional; este se relaciona íntimamente con el proceso de la atención sostenida y la selectiva (conceptos ya revisados).
- ✓ Flexibilidad cognitiva; regula y auto-monitorea el proceso de la atención, y se ve inmerso en la memoria de trabajo.
- ✓ Establecimiento de metas que van desde el inicio, la planificación, la organización, realizar estrategias y realizar la conducta.

De esta forma un individuo conserva la autonomía gracias a estas funciones, que también están relacionadas con la personalidad, la manutención de la conducta y comportamiento.

Estas funciones son cruciales para el control de la conducta de cada persona en la mayor parte del tiempo, inhibe conductas o las permite de acuerdo al sistema moral y desarrollo en infancia y adolescencia de cada individuo, anticipar consecuencias de la conducta, modificación de la conducta de acuerdo a la situación o en circunstancias novedosas.

De esta forma se sabe que las funciones ejecutivas o las funciones que son mediadas por el lóbulo frontal son los primeros que se deterioran en edades muy avanzadas, y sensibles al envejecimiento.

El hecho de que las funciones ejecutivas se deterioren con el pasar de los años se relaciona íntimamente con la capacidad de aprendizaje, el cual se ve enlentecido en los adultos mayores, ya que para este proceso es fundamental que las funciones ejecutivas se encuentren en perfectas condiciones ya que para crear, corregir, modificar estrategias y solucionar problemas, se requiere de ellas.

De acuerdo con Mías (2000), citado por Binotti, Spina, de la Barrera y Donolo (2009), “las funciones ejecutivas permiten la expresión de la conducta, posibilitando la adquisición de aprendizaje que a su vez van a provocar cambios en la actividad cerebral manifestándose en el aumento de conexiones y circuitos neuronales que permiten una mejor actividad de esas funciones cerebrales superiores, y otorgando la adquisición de experiencias que serán necesarias para el logro de aprendizajes nuevas y de mayor complejidad”.

Sin embargo, los cambios no deben del todo afectar si las personas mayores se mantienen activos cognitivamente hablando ya que el cerebro tiene una plasticidad, la cual se refiere a la posibilidad por parte de las neuronas de desarrollar y reorganizar las conexiones neuronales o comunicación inter-neuronal, lo que se asocia con la reserva cognitiva.

Así, el tener en cuenta la plasticidad neuronal y poder evaluarla, da la pauta al profesional de salud a que además de tenerla como un instrumento diagnóstico, también puede validarse como un factor de apoyo en el tratamiento del paciente de la tercera edad.

El término reserva cognitiva se refiere a la capacidad de regeneración y de establecer nuevas redes neuronales, dicha capacidad se encuentra en cerebros de personas mayores con o sin demencias, en el caso de los adultos mayores, aun en edades muy avanzadas, si esta se ejercita suele continuar presente, a menos de que exista una enfermedad neurodegenerativa profunda.

Además de las funciones ejecutivas en el lóbulo frontal se encuentra la capacidad para poder realizar actividades motoras que han sido adquiridas anteriormente a lo largo del desarrollo. Dichas habilidades de acuerdo a los criterios diagnósticos citados anteriormente, esta capacidad se puede ver afectada dentro del deterioro cognitivo, sin embargo alguna alteración en esta esfera cognitiva se denomina apraxia y se define como un síndrome en el cual se afecta el control voluntario de los movimientos intencionales. De acuerdo con Ardila y Otrosky- Solís (2004) “la alteración no se presenta por compromiso motor o sensitivo, sino debido a una disociación entre la idea de movimiento y su ejecución motora”. Hay diversos tipos de apraxias entre las más comunes son:

- Apraxia bucolinguofacial; dicha apraxia se encuentra una dificultad en la movilidad voluntaria de los músculos requeridos para poder hablar, lo que a su vez genera una apraxia verbal.
- Apraxia ideatoria; es aquella en donde hay una incapacidad de realizar gestos de forma secuencial.
- Apraxia consructiva; incapacidad o dificultad para poder realizar la reproducción y/o construcción de algún modelo bidimensional o tridimensional.
- Apraxia ideacional; “consiste en la perturbación del plan de una secuencia de acción o el a alteración de la sucesión lógica y armónica de gestos elementales. Los gestos implicados en la realización de tareas como encender un cigarrillo con un fósforo, llamar por teléfono etcétera” (Ardila y Otrosky- Solís, 2004).
- Apraxia del vestir; “implica una alteración en el conocimiento del cuerpo y de su relación con los objetos y con el espacio en el cual se desplaza” (Ardila y Otrsoky- Solís, 2004).

Es de vital importancia tomar en cuenta la función específica de estas entidades o conceptos de la cognición a niveles superiores, ya que son un marco de referencia para distinguir lo patológico de los procesos normales durante el envejecimiento.

## 2.5. Factores de riesgo para desarrollar el deterioro cognitivo, factores preventivos del trastorno, diagnóstico diferencial y su importancia.

Como se ha mencionado anteriormente el deterioro cognitivo se considera un cuadro prodrómico de las demencias, en general, lo que se ha observado en los diferentes estudios poblacionales, dicha tasa de prevalencia converge aproximadamente en individuos mayores de setenta años con un diagnóstico de deterioro cognitivo leven un 14 a 18% , ya que en la población general estas tasas varían de un 10 a 15% anual.

Por otro lado además de ser una posible fase prodrómica a la demencia, se han encontrado a lo largo de varios estudios que concluyen que hay factores de riesgo para poder aumentar el riesgo de padecer estos cuadros o síndromes.

En cuanto al sistema nervioso se puede decir de acuerdo con Von Bernhardi (2005), citando a Melov (2004) y a Prolla y Mattson (2001), es especialmente susceptible a sufrir daño oxidativo debido a varios factores, entre los que destacan el alto consumo de oxígeno, su dependencia en el metabolismo aeróbico de carbohidratos y su compleja composición de lípidos de membrana. Los radicales libres, son generados en muchos sitios celulares, pero la cadena respiratoria mitocondrial es una de sus fuentes principales. Además basada en los estudios que se asocian el aumento del estrés oxidativo al envejecimiento, se ha potenciado una línea de investigación que propone la disminución de la ingesta calórica se asocia a un incremento de la resistencia del sistema nervioso a sufrir los desordenes neurodegenerativos del envejecimiento. El efecto neuroprotector en estos casos dependería de la de la disminución en la generación de radicales de oxígeno y a un incremento en la producción de factores neutróficos y chaperonas de proteínas.

Otra cuestión importante con relación a los factores fisiológicos, son los niveles de calcio también son importantes como factor de riesgo o protección en el deterioro cognitivo, se ha postulado y se cree que discretos cambios en la regulación de los niveles de este mineral podría modular ligeramente el envejecimiento cerebral y disminuir la vulnerabilidad a las enfermedades neurodegenerativas.

De igual manera se ha visto que eventos cardiovasculares, embolias son factores que pueden favorecer la aparición de deterioro cognitivo, aunque también puede generar una demencia sin un síndrome prodrómico.

Por otro lado se ha visto en estudios con primates, que los niveles de hormonas específicamente los estrógenos, tienen como ventaja mejoría en conexiones sinápticas y el proceso de las mismas.

Desde otro punto de estudio, los estudios en donde se relaciona nivel socioeconómico se observó que hay mayores proporciones de deterioro cognitivo en personas de nivel socioeconómico bajo y de escolaridad.

Por el contrario las personas que tienen un nivel alto de escolaridad, el cerebro durante la vejez suele favorecer el mantenimiento de las redes neuronales y las funciones de las neuronas en general.

Ahora, desde los estudios realizados, en relación al género se ha visto que las mujeres por ser más longevas están más propensas a desarrollar un deterioro cognitivo.

Por otro lado el estilo de vida de las personas mayores y también el estilo de vida antes de los sesenta años, es determinante para ser un factor de protección o un factor de riesgo para el desarrollo del deterioro cognitivo en una persona, la actividad física, alimentación saludable y chequeos preventivos entre otras cuestiones suele tener impacto en el desarrollo del deterioro o en la prevención del mismo.

De igual forma las personas que están institucionalizadas (asilos, casas de descanso) suelen tener mayor probabilidad de desarrollar este síndrome o patología. Sin embargo en este factor debe tomarse en cuenta que hay otros factores y psicopatologías que pueden alterar la cognición especialmente la depresión, ya que se ha observado que suele ser un problema constante dentro de estos centros.

De esta forma los factores determinantes para favorecer el deterioro cognitivo son principalmente factores que suelen llegar a ser protectores o preventivos, los cuales son:

- Nivel socioeconómico.
- Nivel educativo
- Contexto sociocultural
- Vivienda
- Situación Familiar
- Estado de salud
- Nutrición
- Estilo de vida

De acuerdo con Mías (2009) importantes estudios epidemiológicos de las demencias como Eurodem, evidencian que los sujetos con mejor nivel educacional tienen mayores posibilidades de mantener sus capacidades cognitivas inmunes comparados con personas de baja escolaridad. Si bien no existe en la actualidad una explicación

convinciente, parece que la educación y la actividad mental favorecen la conectividad cerebral y aumenta la “reserva funcional cerebral”.

Por otro lado y de acuerdo con el Instituto Mexicano de Seguridad Social en la publicación Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención (actualizado en 2012), los factores de riesgo tanto para demencia como para el deterioro cognoscitivo son:

- ✓ Envejecimiento
- ✓ Ambientales
- ✓ Genéticos.

De estas se incluyen:

- ✓ Edad avanzada
- ✓ Antecedentes familiares de demencia
- ✓ Trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia
- ✓ Alteración de los vasos sanguíneos
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Trastornos metabólicos
- ✓ Depresión
- ✓ Infecciones del sistema nervioso central
- ✓ Abuso de alcohol y otras sustancias
- ✓ Delirium postoperatorio o durante la hospitalización
- ✓ Evento vascular cerebral
- ✓ Cardiopatía isquémica y arterosclerosis
- ✓ Algunos tipos de cáncer
- ✓ Enfermedad de Parkinson

## 2.6. Diagnóstico del deterioro cognitivo, diagnóstico diferencial y su importancia.

El diagnóstico del deterioro cognitivo es de vital importancia en los adultos mayores debido a que como se ha mencionado este puede ser una fase prodrómica de alguna demencia, lo que ocupa al personal de salud en pensar una forma de poder generar una calidad de vida óptima dentro de lo posible en estos trastornos neurodegenerativos, así como poder brindar la información necesaria para los familiares de los adultos mayores que cursan por estos síndromes a modo que ellos puedan manejar dichas situaciones de una forma eficaz y suficiente para el cuidado del enfermo, o bien procurar que el declive no aumente de forma acelerada y poder preservar lo más posible el bienestar, tanto en el hogar así como en instituciones públicas o privadas de salud.

Es cierto que hay diversos factores de riesgo principalmente que influyen en el estado cognitivo de los adultos mayores y en su funcionalidad (actividades de la vida diaria y más complejas), así como las enfermedades físicas que algunos de ellos padecen desde antes de llegar a la vejez o a principios de esta etapa del ciclo vital (por ejemplo diabetes, hipertensión etcétera), así como los medicamentos prescritos por los médicos, que de formas distintas ya sea por problemas o efectos secundarios pueden alterar la cognición.

De esta forma, “la recomendación actual, es investigar la existencia de deterioro cognitivo cuando sospeche por cambios conductuales, cognitivos y funcionales que manifieste el paciente, los familiares o que aprecie el profesional, de forma que pueda realizarse un diagnóstico temprano de la enfermedad. Este diagnóstico tiene como objetivo detectar y controlar factores de riesgo e instaurar tratamientos precoces” (Zurro y Cubero, 2002).

Es decir hay diversas enfermedades en las que se puede ver un aparente deterioro cognitivo sin que este sea necesariamente debido a cambios estructurales o funcionales relacionados directamente con este problema, aunque este lo parezca.

Tiene gran importancia el lograr establecer el diagnóstico de dicho síndrome, ya que como se verá posteriormente hay otros trastornos que pueden enmascarar un problema neurodegenerativo y viceversa, como por ejemplo la depresión en adultos mayores suele ser diagnosticada como un cuadro demencial o de deterioro cognitivo, como más adelante se explica.

El correcto uso del material diagnóstico y de las entrevistas al paciente y sus familiares, utilizados de una forma responsable puede ayudar a esclarecer el diagnóstico diferencial, es decir dejar de lado una posible diagnóstico que por algunas cuestiones pueda generar una hipótesis de un trastorno que no corresponde a los signos y síntomas presentados por el paciente.

Es de esta forma que las pseudodemencia son síndromes en donde se encuentran defectos o fallas en la cognición, sin que haya una evidencia o lesión cerebral que pueda explicarlo, lo que abre la posibilidad de que sea un trastorno emocional o del estado de ánimo y especialmente cuando se piensa en las demencias como tal, tomando en cuenta que hay personas que aunque presenten un deterioro cognitivo no siempre evolucionan a una demencia propiamente.

Por un lado la demencia se define como una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, que presenta un deterioro en cuanto a la cognición, especialmente la memoria, esta se presenta de forma progresiva e irreversible, además de afectar la parte emocional, comprándolos con los niveles anteriores a estos síntomas en el paciente.

De acuerdo a Deví y Deus (2004), “las distintas definiciones estandarizadas de demencia, las más utilizadas son las correspondientes a la International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> revisión (ICD10), y al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup>, edition (DSM-IV). La ICD define como demencia como un trastorno con deterioro tanto en la memoria como de la inteligencia suficiente para alterar las actividades personales de la vida diaria. El DSM –IV considera que la demencia como un síndrome caracterizado por el desarrollo de múltiples déficits cognitivos, afasia, apraxia, agnosia o alteraciones en el funcionamiento ejecutivo”.

A su vez este trastorno se pueden clasificar en primarias o secundarias, sin embargo para fines de este trabajo solo mencionamos la definición de demencia por referencia, ya que el diagnóstico diferencial entre una trastorno de este tipo y el deterioro cognitivo es mínima, como se vio anteriormente la demencia incapacita en su mayor parte a las personas que la padecen mientras que el deterioro cognitivo se aprecia fundamentalmente como una falla de memoria, la alteración de una función cognitiva o dos de ellas, retomando la clasificación del deterioro cognitivo, independientemente de la evolución del mismo a una demencia declarada.

Como se ha observado, el deterioro cognitivo es considerada actualmente como una forma prodrómica de una demencia, sin embargo el hecho de que este se presente con alteraciones en la cognición y no en la afectividad del paciente, así como, la capacidad de seguir desempeñando las actividades de la vida diaria hace un diferencial importante, de hecho, estas alteraciones se deben a efectos fisiológicos directos de una enfermedad, sustancias y a múltiples etiologías.

Continuando con el tema, la depresión es un trastorno que suele tener déficits cognitivos, de hecho anteriormente estos síntomas los englobaban como un solo trastorno, sin embargo, hay diferencias entre el deterioro cognitivo, esto se debe a que durante la depresión hay síntomas que se pueden creer parte de un deterioro cognitivo leve, como lo son el aislamiento, la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y olvidos por distracción. El diagnóstico diferencial se debe realizar con alguna prueba que mida la depresión, como la GDS (Geriatric Depression Scale). Además los principios de la “pseudodemencia depresiva” se presenta de forma breve en semanas y los síntomas afectivos se pueden identificar de forma temprana.

Por otro lado, el delirium es un trastorno que también debe descartarse en el diagnóstico diferencial de la demencia y el deterioro cognitivo ya que los síntomas de este también pueden llegar a generar dudas en el diagnóstico definitivo. Dentro del delirium se encuentra que la memoria también se ve afectada, y hay una reducción de la capacidad para dirigir la atención, dichos síntomas del delirium fluctúan en comparación con los de la demencia o los del deterioro cognitivo que suelen tener mayor estabilidad.

Independientemente de otras psicopatología, la falta o deficiencia de vitamina B12 al igual que el hipotiroidismo suelen tener algunas implicaciones cognitivas en los pacientes que presentan estas situaciones médicas, ya que en algunos casos se presentan demencias o un deterioro cognitivo reversible, de acuerdo con el Instituto Mexicano de Seguridad Social en la publicación Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención (actualizado en 2012), “se recomienda establecer el diagnóstico cerebral e incluir en el protocolo de estudio, biometría hemática completa, perfil tiroideo, química sanguínea que incluya función hepática y renal, Electrolitos séricos, vitamina B12, serología para sífilis”.

Por lo anterior se puede decir que el diagnóstico en tiempo y forma otorga la alternativa de brindar una atención suficiente y apropiada para los signos de la enfermedad.

Al mismo tiempo, el hecho de tener definidos estos criterios diagnósticos y tener claro las funciones normales en la cognición, también da pie a generar una cultura de prevención desarrollando programas de estimulación cognitiva que apoye el proceso biológico de la plasticidad cerebral y se mantengan las funciones cognitivas durante mayor tiempo en edades avanzadas y las personas que tengan indicios de presentar una enfermedad neurodegenerativa.

Es decir el hecho de considerar el deterioro cognitivo como una fase prodrómica o como una enfermedad de alzheimer preclínica, de acuerdo con Vallis, *et al* (2010), “el periodo asintomático, ofrece la oportunidad de iniciar tratamientos modificadores del curso evolutivo de la enfermedad antes de que exista daño cerebral extenso e irreversible”. El ser humano envejece, y no está exento o hay algún medicamento que impida los cambios estructurales en el cuerpo y cognición durante la vejez.

Por lo anterior, “los conocimientos alcanzados por investigadores de los mecanismos del envejecimiento permiten, sin embargo, ofrecer algunas posibilidades de retardar la afección de las funciones cerebrales motoras, sensoriales y cognoscitivas” (Escobar, 2001).

## 2.7. Pruebas psicométricas para diagnosticar el deterioro cognitivo.

Como se ha mencionado anteriormente el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo, así como el de otras enfermedades neurodegenerativas debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, en el que se pueda llevar cada caso de cada paciente de forma esquemática para brindar la mejor posibilidad de tener una atención suficiente, así como de concientizar a la familia cuando sea el caso de cómo se actuará y sobre la toma de decisiones que sean pertinentes durante el tratamiento.

Una de las maneras más recomendables para detectar los problemas de memoria y problemas neurodegenerativos es realizar a partir de los 50 años exploraciones neuropsicológicas cada cuatro o cinco años, y posteriormente a 65 años las evaluaciones deberán aplicarse alrededor de cada tres o cuatro años.

Si es el caso, y si se sospecha de un deterioro cognitivo y no es un diagnóstico fiable, es importante realizar exploraciones cada 12 o 18 meses con la finalidad de hacer una exploración constante y profunda de las funciones cognitivas afectadas y su evolución.

Por su lado la neuropsicología estudia la relación que existe entre la conducta y el sistema nervioso. De acuerdo con Ardila y Otrosky- Solís (2004), citando a Luria (1970), “señala que la neuropsicología tiene dos objetivos fundamentales”:

1. “Al delimitar las lesiones cerebrales causantes de las alteraciones conductuales específicas, se pueden desarrollar métodos de diagnóstico tempranos y efectuar la localización precisa del daño a fin de que este pueda tratarse lo antes posible”.
2. “La investigación neuropsicológica aporta un análisis factorial que conduce mejor entendimiento de los componentes de las funciones psicológicas complejas, las cuales son producto de la actividad integrada de diferentes partes del cerebro”.

De cierta forma, además del diagnóstico a partir de la neuropsicología se pueden generar programas de rehabilitación en algunos casos.

La evaluación de acuerdo a Deví y Deus (2004), “considerar que la evaluación neuropsicológica es un proceso científico, conlleva que, está de algún modo sea sistematizada. Es decir, un proceso en el que es posible establecer unas fases que se refieren en ningún modo a aspectos formales, en ningún modo a aspectos de contenido que pudieran convertir el proceso de toma de decisiones en un recetario. Por consiguiente el contenido de este proceso va a diferir en función de los objetivos, los niveles asistenciales y las características inherentes al paciente”:

1. Motivo de consulta; consiste en delimitar el problema, establecer objetivos, en esta parte es primordial establecer los objetivos de dicha evaluación en primer lugar se ocupa de poder detectar de forma precoz el deterioro cognitivo.

Posteriormente un segundo objetivo sería observar que funciones se encuentran preservadas y cuáles son las funciones que se encuentran afectadas, poder tener un estimado de la gravedad del deterioro cognitivo en cada una de las funciones que se encuentren afectadas; de igual forma identificar los posibles pronósticos en la evolución y la repercusión de la afectación de dichas funciones, permite dar un seguimiento al paciente, valorar los efectos del tratamiento ya sea psicológico o farmacológico o ambos en algunos casos.

De esta forma cada uno de los objetivos tienen un desarrollo y metodología diferente.

2. 1º Recolección de información; Informes previos y realizar la historia clínica neuropsicológica. En este proceso se inicia con la recolección de toda la información posible a cerca de la persona, directamente en entrevistas, estudios médicos de cabecera anteriores a la entrevista e incluso otros reportes de evaluaciones neurológicas en caso de existirlos. Sin embargo, debe tomarse en cuenta algunas cuestiones externas así como las propios al paciente, los cuales pueden afectar el desarrollo del paciente durante esta etapa así como en la aplicación de la batería de pruebas neuropsicológicas, dichos factores son los siguientes:

- ✓ Cambios o alteraciones sensoriales que pueden afectar el desarrollo de la entrevista o prueba, a modo de no generar situaciones que afecten el desempeño del paciente.
- ✓ Estado de salud
- ✓ Factores psicológicos, como estado de ánimo.

En relación a los instrumentos que se utilizan de las pruebas deben ser seleccionadas minuciosamente de acuerdo al tiempo de aplicación, nivel cultural y educativo, que concuerde con ámbitos poblacionales del paciente, que sean transferibles culturalmente, entre otros detalles, que más adelante se explican.

3. Planteamiento de Hipótesis; consiste en generar una hipótesis con base a los datos obtenidos en las primeras entrevistas y documentación con la que se cuenta.

4. Evaluación neuropsicológica; como objetivo fundamental busca la presencia de deterioro cognitivo, detectar funciones preservadas y las alteradas. Es en esta etapa de la evaluación en la que se integra la aplicación de pruebas y estudios de cabecera.
5. Interpretación de los resultados; dependerá de las pruebas y los resultados que arrojen las mismas una vez calificadas y de la entrevistas realizadas anteriormente.
6. Comunicación de los resultados; esta etapa consiste en generar un reporte de lo hallado en la exploración neuropsicológica, es decir un diagnóstico.
7. Seguimiento; dependiendo de lo encontrado en la evaluación, se dará seguimiento y un tratamiento de acuerdo al caso.

Fundamentalmente, la historia clínica en donde se recaba información importante del paciente y sus síntomas, se recomienda ampliamente tener un “informador” que bien puede ser una persona cercana al paciente para corroborar la información brindada.

Sin embargo es importante resaltar que la historia clínica debe contener la información suficiente para poder formular una hipótesis y generar un diagnóstico fiable, al igual que un pronóstico. Las historias clínicas para este tipo de diagnósticos incluyen los siguientes puntos a tomar en cuenta, de acuerdo con Devi y Deus (2004 pp.363):

- Motivo de consulta; principalmente debe delimitarse para establecer los objetivos neuropsicológicos que se deriven de ella. Es relevante determinar si el paciente conoce el motivo por el que acude o se le visita y el grado de conciencia de su déficit, a fin de establecer una buena alianza terapéutica (vínculo creado entre terapeuta y paciente, fundamentalmente de armonía y confianza), hay mayor posibilidad de trabajar en conjunto y de forma eficiente para lograr una hipótesis.
- Recogida de información previa; informes anteriores, datos médicos y farmacológicos, pruebas de neuroimagen, analíticas y otras pruebas complementarias.

- Antecedentes personales y familiares de interés; historia familiar de demencia, antecedentes psiquiátricos familiares y del paciente, presencia de alteraciones conductuales y/o psicológicas del paciente.
- Datos personales relevantes para la exploración neuropsicológica, edad, dominancia lateral, nivel sensorial, nivel de escolaridad y socio- cultural, actividad laboral desempeñada, entre otros rubros que se consideren de vital importancia en la exploración los aspectos como el inicio de los
- Historia del problema, es importante averiguar no solo la presencia de trastornos cognitivos, sino también aspectos como el inicio de los síntomas (cuándo y cómo), fases prodrómicas, su progresión, las repercusiones de los déficits en las actividades de la vida diaria (preferentemente a través de ejemplos concretos), la presencia de factores psicosociales pasados y actuales, que lleguen a generar estrés en el paciente.
- Observaciones conductuales; deben tomarse en cuenta las observaciones su conducta e información importante sobre el paciente durante la entrevista y exploración.

Una vez que se han tomado en cuenta estas observaciones, cabe señalar que es de vital importancia realizar una batería de pruebas que estén diseñadas para medir el deterioro cognitivo o subtest de otras pruebas como el Test de Inteligencia Wechsler para Adultos, que bien puede ser utilizada para evaluar algunas funciones cognitivas.

Si bien se ha mencionado hay técnicas actuales, novedades tecnológicas como los exámenes de imagen (técnicas y procedimientos para obtener imágenes del cuerpo humano con objetivos clínicos y científicos), conocidas también como imágenes médicas, que permiten que permiten la visualización de algunas áreas cerebrales que pueden estar implicadas en los trastornos neurodegenerativos y dichas herramientas aportan información verás e importante al evaluador y al equipo multidisciplinario encargado del caso.

De esta forma uno de los estudios de imagen de mayor auge y que arroja información primordial es la resonancia magnética, en la cual, se pueden obtener imágenes y ondas de radio para así generar imágenes diseccionadas del organismo sometido a esta, dicha tecnología ya no utiliza rayos X.

En general la imagenología está diseñada para detectar algún problema médico y en el caso de la neuropsicología para apoyar un diagnóstico, dar seguimiento y pronóstico en conjunto con las herramientas adecuadas.

Como se había mencionado anteriormente la resonancia magnética funciona a con base al electromagnetismo, uno de sus componente es un campo que polariza los núcleos del hidrógeno en el agua de las células y los órganos, otro campo que estabiliza la codificación espacial (gradientes) y una radiofrecuencia de carácter débil para que de esta forma se puedan manipular los núcleos de hidrógeno y producir imágenes. Siempre son imágenes en 2D y 3D (dos y tres dimensiones) por lo que se considera técnica de imagen tomográfica y solo funciona para estudios o examinación de órganos que en su naturaleza manejan el hidrógeno.

Por otro lado la tomografía por emisión de positrones, detecta algunas enfermedades en el cerebro, su procedimiento es a base de un isótopo de vida más o menos corta y fácil de metabolizar para el cuerpo humano y dicha sustancia es absorbida por tumores o células a estudiar.

De igual forma la tomografía computarizada, funciona como un escáner, de ellas se obtienen imágenes de “caracteres no transversales”, la imagen de obtiene mediante la captura de señales por detectores y procesos de algoritmos de reconstrucción, es un método aceptable en cuanto a la exactitud de las imágenes.

Además de la imagenología que se indican en el diagnóstico del deterioro cognitivo o enfermedades neurodegenerativas, es importante saber que las baterías de pruebas deben ser seleccionadas cuidadosamente, partiendo de que una prueba psicométrica o neuropsicológica, es de acuerdo con Brown (1980) “es un procedimiento sistemático para medir una muestra de conducta”.

En cuanto a las pruebas y lo relacionado con las mismas, la medición se refiere de acuerdo con Kerlinger y Lee (2002), “medición, es la asignación de valores numéricos, es un símbolo con la forma, generalmente usa valores numéricos los cuales se convierten en números después de que se les ha asignado un significado cuantitativo”.

Las pruebas psicométricas se utilizan de forma concurrente en el área clínica, aunque estas no son exclusivas del área como tal, funciona como instrumentos que normalmente dentro de un ámbito clínico apoyan el diagnóstico con base a sus resultados.

De acuerdo a Restrepo, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2002) “durante décadas el diagnóstico psiquiátrico se basó fundamentalmente en la observación y las obras maestras de la nosología psiquiátrica dan cuenta de ello. La psiquiatría del siglo XIX y de la primera parte del siglo XX se forjó en buena medida a partir de impresiones clínicas. Sin embargo al no existir modelo alguno estándar, la comparación de unas descripciones frente a otras resultaba muy difícil. En consecuencia, con el advenimiento de procesos estandarizados se buscó complementar, corroborar y medir aquellas tendencias que según la experiencia práctica de los clínicos eran más significativas”.

Es de esta forma que las pruebas actualmente son de utilidad en el campo del diagnóstico en la psicología clínica, y es así que los resultados son indicadores contundentes de patologías, las cuales aportan a las impresiones clínicas que se han especulado a lo largo del proceso de diagnóstico.

La diversidad en la psicometría indica que hay diversas pruebas diseñadas para medir el deterioro cognitivo y también para examinar los estados demenciales, las cuales como ya se ha mencionado son una herramienta para el diagnóstico del deterioro cognitivo y las demencias, si bien una prueba siempre deberá estar estandarizada y tomar en cuenta el nivel escolar de la persona que se está evaluando para que de esta forma la prueba aplicada sea efectiva y se obtengan resultados que efectivamente sean una herramienta.

Así los test psicométricos son una herramienta importante para poder realizar una exploración mental y la funcionalidad del paciente, en conjunto con la información que se menciona anteriormente, ya que por sí solas no arrojan un diagnóstico ni la etiología de la enfermedad.

Dichas escalas deben ser aplicadas de forma sencilla y rápida, además es importante que se conozca su validez y la fiabilidad, además de tomar en cuenta las características del paciente, en qué lugar se realiza, tiempo disponible y la práctica de la persona que lo va aplicar.

Entre las pruebas más básicas y utilizadas son las siguientes:

- ✓ Mini-Mental State Examination de Folstein, “Explora la orientación, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad viso-espacial. 5 a 10 minutos para su realización, la puntuación máxima es de 30 puntos y sugiere deterioro cognitivo con una puntuación menor de 24. Presenta una sensibilidad de 87%, y una especificidad del 82%” (Zurro y Cubero 2002).
- ✓ Mini- Examen Cognoscitivo “es la primera versión en castellano del MMT, 10 minutos para su aplicación. Muestra poca sensibilidad para las alteraciones viso-perceptivas” (Zurro y Cubero 2002).
- ✓ Short Portable Mental Status Questionnaire, “consta de 10 preguntas sobre orientación, memoria y cálculo sencillo. Recientemente ha sido validado al castellano por Martínez de la Iglesia et al (2005), obteniendo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 79.8% con un punto de corte igual o mayor de tres. Requiere menos tiempo que el MEC de 3 a 5 minutos. Es de los test más utilizados en atención primaria”. (Zurro y Cubero 2002).

De acuerdo con Zurro y Cubero (2002) “los inconvenientes de estos tests es que enfatizan en el lenguaje y la memoria y tienen una gran orientación verbal, por lo que personas analfabetas, o con pérdidas sensoriales pueden presentar falsos positivos y las demencias incipientes así como las demencias en personas con nivel intelectual alto, pueden puntuar por encima del punto de corte”.

- ✓ Test del dibujo del reloj de Shulman, “consiste en dibujar la esfera de un reloj y que marque las 11:00 y 10 min. Para valorar este dibujo existen criterios estandarizados. La sensibilidad de este test varía desde el 77 al 94% y la especificidad del 65 al 85%” (Zurro y Cubero, 2002).

- ✓ Set- test Isaacs, “Consiste en solicitar al paciente que nombre, sin parar hasta que se le diga basta, una serie de colores, animales, frutas y ciudades, dando un minuto por cada serie y se cambia a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la misma serie sin repetir, aunque no agote el minuto de tiempo. Puede ser una opción para personas analfabetas, cuando hay déficits sensoriales o hay poco tiempo. La puntuación total es de 40 y el punto de corte en adultos mayores es de 27, con una sensibilidad del 79% y una especificidad de 82%” (Zurro y Cubero, 2002).
- ✓ Test del Informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly), Se trata de una entrevista estructurada basada en opinión de un informador sobre cambios observados en el paciente en los últimos 10 años respecto a sus hábitos, memoria, aprendizaje etc. Incluye 26 preguntas y se puntúan del 1 al 5, obteniendo un mínimo de 26 y un máximo de 130 puntos. Con un punto de corte de 85, la sensibilidad es del 86% con una especificidad de 92%. Existe una versión abreviada de 17 y otra de 6 ítems. Este test está menos influenciado por variables como la edad, nivel educativo e inteligencia del sujeto y su validez diagnóstica es mayor que la del MMT en demencias leves.

Los instrumentos descritos anteriormente forman parte de los instrumentos cognitivos breves, que pueden ser aplicados en el hogar o en instituciones en atención primaria y en algunas ocasiones pueden ser instrumentos que indican que se debe valorar al paciente en una atención especializada.

Sin embargo hay pruebas que se determinan pruebas cognitivas intermedias, las cuales se incluyen la prueba CADMEX, El Test de Barcelona Abreviado, Several Impairment Battery. Y por otro lado hay pruebas extensas como la Batería Halsted-Reitan, Batería Luria – Nebraska, Batería Luria DNA y Test de Barcelona.

De igual forma existen pruebas que miden la severidad del deterioro cognitivo, dichas pruebas pueden ser Global Deterioration Scale, Functional Assessment Staing y el Clinical Demential Rating.

### CAPITULO III PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.

En la población que envejece o que cursa el proceso de envejecimiento, y no solo para esta población se debe hablar de una atención primaria, que puede definirse como la asistencia que recibe la sociedad de una comunidad, municipio, estado o país una atención sanitaria y social que se encuentre al alcance de todos los individuos inmersos. Esta forma de “atención primaria” constituye una de las estrategias más básicas y funcionales de salud en cuanto a los gobiernos de diferentes países, especialmente los que se encuentran en vías de desarrollo.

Es de esta forma que el concepto de “atención primaria” en cuestiones socio-sanitarias, busca en la práctica de la misma, que dichos elementos que se incluyen en el concepto, tengan como sustento y base un fundamento científico en cuanto a sus métodos y sus tecnologías, y que las cuales sean de aplicación práctica.

Por otro lado y por definición estas prácticas deben estar al alcance la comunidad y permitir la participación, que los costos sean accesibles para las personas que se ven favorecidas.

Asimismo, la finalidad de la atención primaria es desarrollar el concepto y práctica del auto-cuidado con el objetivo de desarrollar el hábito de la prevención, que resulta de menor costo que la enfermedad como tal, aunque de primera instancia no lo parezca, de tal forma que se invierta en la “prevención” a manera de que los recursos al menguar o disminuir las tasas de enfermedad cuenten con más recursos, que pueden ser utilizados en investigación, compra de tecnología más sofisticada y atención de los enfermos que a pesar de prevenir sufren de enfermedades crónicas o graves. En algunos casos como el deterioro cognitivo impactan de manera importante en la vida de las personas adultas mayores y en las familias de estos mismos.

Dadas las razones anteriores, es necesario integrar estas cuestiones al nivel materno-infantil, adolescentes, adultos y adultos mayores, especialmente en esta última área ya que, al igual que la población infantil, la prevención en adultos mayores es esencial. En estos aspectos es prioritario diversificar las redes de servicios para poder cubrir las necesidades de salud para la población de adultos mayores.

En cuanto a los adultos mayores es de considerar la adaptación de servicios en relación a la operatividad, la prestación de servicios de salud; ya sea en cuestiones de adaptaciones en el espacio; brindar atención domiciliaria y la creación o mejora en los sistemas para detectar casos de riesgo.

Por otro lado es necesaria la reorganización de sectores, es decir, la coordinación de las instituciones de atención a los adultos mayores o a la población en general, en donde se encuentren bien definidos aspectos como responsabilidades, funciones y de actividades del personal que brinda la atención a los usuarios. Tomando en cuenta que la atención en la población de adultos mayores es progresivo y debe ser atendida por niveles.

Es necesario entonces, que haya un amplio conocimiento de la situación actual del estado de salud de los adultos mayores en la población, para poder desarrollar los diagnósticos, además esto facilitará de forma general los procesos administrativos, la planeación de actividades y como objetivo final se encuentra la estabilidad y bienestar en la condición de la salud de los adultos mayores.

En general, la prevención en los adultos, dada la forma en la que el envejecimiento de la población condiciona el perfil de morbilidad con relación a las enfermedades crónicas y neurodegenerativas, lo que ha causado una elevación en los costos de atención de dichas problemáticas. Esto se asocia a que diferentes estereotipos y falsas creencias de que los síntomas son parte de la vejez y el envejecimiento, los atribuyen a estos buscando una atención médica de forma tardía; por consiguiente, cuando se solicita la atención médica en periodos avanzados el impacto social, personal y económico es mayor.

De tal forma la prevención no solo es manejar técnicas para evitar la enfermedad o la alteración del estado de salud de un individuo, sin embargo, se consideran tres niveles básicos de atención, los cuales son; la prevención primaria la cual es identificar, atenuar los factores de riesgo en el ámbito social, biológico y psicológicos que generan una predisposición para desarrollar una enfermedad.

Por otro lado la atención secundaria procura diagnosticar y tener una intervención en el proceso mórbido en una fase asintomática o preclínica. Mientras que la prevención terciaria es aquella en donde la enfermedad ya se encuentra presente en el individuo y ya hay síntomas presentes, finalmente el objetivo de esta clase de atención es maximizar y brindar la mayor calidad de vida posible una vez que el paciente se encuentra enfermo.

De esta manera es preciso mencionar que para un plan preventivo en atención primaria del deterioro cognitivo y su tratamiento oportuno, depende finalmente de la valoración neuropsicológica y médica de los pacientes, incluyendo en esta, la valoración funcional del adulto mayor para generar técnicas preventivas y al mismo tiempo aplicar un tratamiento acorde al problema que se presente en cada usuario y/o paciente.

### 3.1. La valoración funcional del adulto mayor y su relación con el deterioro cognitivo.

Como se había mencionado anteriormente, la funcionalidad del adulto mayor brinda oportunidades de mejora y de cooperación ante el propio tratamiento brindado por profesionales.

Asimismo se ha mencionado que “a medida que la población envejece, aumenta la presencia de enfermedades crónicas e invalidez. Si el incremento de la esperanza de vida en una población es debido acciones preventivas y actividades de promoción de salud eficaces, con una disminución en la morbilidad evitable temprana, finalmente menos personas enfermas o en riesgo llegarán a la ancianidad; las personas llegarán posiblemente más enfermas o en riesgo y con secuelas a la tercera edad y su esperanza de vida activa no será tan buena. La salud en los ancianos no puede medirse sólo por la presencia o ausencia de enfermedades. También es necesario valorar el grado de capacidad funcional, de ahí que la independencia y la autonomía para las actividades de la vida diaria son los aspectos principales del adulto mayor” (Kershenobich yGutiérrez, 2012).

Frente al panorama anterior existen intervenciones en las que si se fortalecen las actividades de la vida diaria es posible lograr la independencia del adulto mayor y de esta forma prevenir o frenar el deterioro cognitivo, así como el psicológico y el social. Es decir que la autosuficiencia necesaria o incluso elevada puede generar un mayor bienestar además de sumar bienestar y calidad de vida digna.

Cabe mencionar que el estudio de la independencia del adulto mayor como tal fue introducido por Katz, basándose en algunas de las funciones o actividades de la vida diaria que se ven afectadas con el curso de algunas enfermedades o eventos, y son considerados como marcadores de referencia, para poder focalizar los efectos que pueda tener una rehabilitación o tratamiento oportuno.

La salud en definición de acuerdo a la OMS en los adultos mayores específicamente es “la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo; por lo que la funcionalidad física, mental y social construye uno de los indicadores objetivos de la salud de las personas mayores” (Kershenobich yGutiérrez, 2012)

Por el lado contrario se ha denominado anciano frágil aquel que se encuentra cerca o con factores de riesgo desarrollados para presentar una enfermedad o un estado en el cual haya que brindarle cuidados especiales, por los estados psicológicos, físicos o biológicos. Para que se considere de esta forma a los adultos mayores deben presentar tres de las siguientes características:

- ✓ Debilidad muscular.
- ✓ Poca o nula actividad física.
- ✓ Funcionamiento lento o muy entorpecido.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Poca resistencia.
- ✓ Pérdida de peso involuntaria.

En cuanto a estos datos y en México se sabe de acuerdo a Kershenobich y Gutiérrez (2012) Una encuesta realizada en México a 4,872 personas mayores de 65 años se encontró que el 24% resultó dependiente en actividades de la vida diaria y 23% en actividades instrumentales de la vida diaria. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales fueron enfermedades articular, cerebro vascular, deterioro cognoscitivo y la depresión.

En general, las actividades de la vida diaria fundamentalmente son una de las principales formas de medir o evidenciar la funcionalidad del adulto mayor, en cuanto a calidad de vida y salud, principalmente, porque estas suelen ser pronósticos de la mortalidad, utilización de servicios socio-sanitarios y la institucionalización, incidencias de enfermedades agudas , caídas y lesiones, en general síndromes geriátricos y el deterioro en la capacidad funcional lo que puede englobar como ya se menciona los ámbitos sociales, psicológicos y biológicos.

Profundizando con el tema de las actividades de la vida diaria y las creencias de las personas con relación a su propia eficiencia o capacidad de continuar con las actividades de la vida diaria se denomina auto-eficiencia, la cual también es un pronóstico o predictor del estado de salud, determinando firmemente como es que el individuo se siente, piensa, y se motivan sus conductas.

La auto-eficiencia es una herramienta en los pacientes o adultos mayores en el ámbito de la salud como en el manejo de enfermedades crónicas, en relación con la recuperación o para evitar riesgos para la misma. Cuando las personas perciben su propia auto-eficiencia como adecuada pueden lograr recuperarse de una forma rápida y eficazmente.

Además con lo mencionado en el párrafo anterior, cabe mencionar, que influyen en el bienestar psicológico, lo que puede generar en los adultos mayores la facilidad para manejar de forma exitosa los problemas del envejecimiento al mismo tiempo que el bienestar físico y mental.

Por otro lado, la ineficacia percibida se acompaña de bajos logros intelectuales, así las personas mayores tienden a juzgar los cambios en sus capacidades intelectuales en gran medida en función de su rendimiento de la memoria. Aquellos ancianos que consideran la memoria como una capacidad biológica, la cual va reduciendo con el avance de la edad, tienen una percepción baja en sus capacidades de memoria y realizan poco esfuerzo para recordar las cosas (Kershenobich y Gutiérrez 2012).

“El deterioro cognitivo produce una progresiva incapacitación para realizar actividades cotidianas y para desarrollar otras nuevas. Esta incapacidad funcional ya aparece en fases iniciales de la enfermedad, afectando sobre todo las actividades más complejas (actividades instrumentales). Según va avanzando la enfermedad se deteriora la capacidad para desarrollar actividades más sencillas. Aunque el deterioro cognitivo y el deterioro funcional suelen verse afectados a la vez, en ocasiones puede observarse incapacidad funcional importante a pesar de no mostrar todavía un deterioro cognitivo evidente. Por Tanto es fundamental explorar el estado funcional del paciente para un diagnóstico correcto, pero también para planificar los cuidados que va necesitar. Además la alteración funcional es un índice fiable para la predicción de la mortalidad y del riesgo de institucionalización” (Zurro y Cubero, 2002).

En cuanto atención primaria se refiere hay cuatro pruebas que se utilizan normalmente para poder evaluar la funcionalidad de los adultos mayores en atención primaria fundamentalmente las cuales se describen a continuación de acuerdo con Zurro y Cubero (2002):

- ✓ Escala de Lawton y Brody, valora 8 actividades instrumentales de la vida diaria que son; la capacidad para utilizar el teléfono, ir de compras, preparar comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, manejo adecuado del dinero y de la medicación,. La puntuación máxima es de 8 puntos (Zurro y Cubero, 2002).
- ✓ Índice de Barthel; valora actividades básicas de la vida diaria. 10 actividades básicas dando más importancia al control de esfínteres y a la movilidad que el índice Katz. Evalúa de 0 a 15 puntos (Zurro y Cubero, 2002).
- ✓ Índice Katz. Valora 6 actividades básicas (alimentación, continencia, movilidad, ir al servicio, vestirse y bañarse) con dos posibles respuestas (dependencia e independencia) y las ordena jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes suelen poder y recuperar la independencia para realizarlos. Recomendada por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders of Stroke and the Alzheimer`s Diseases and Related Disorders Association (Zurro y Cubero, 2002).
- ✓ Índice global de incapacidad física desarrollada por el Hospital Central de la Cruz Roja. Es más rápido de utilizar pero solo analiza la movilidad y continencia (Zurro y Cubero, 2002).

Por consiguiente el saber con exactitud o en la mayor parte la situación de la funcionalidad es fundamental ya de que de esta forma, se puede saber fácilmente cuales son las limitaciones del sistema socio-sanitario. De acuerdo Kershenobich y Gutiérrez (2012) “esto permitirá contar con insumos de primera mano que fundamenten la planeación de estrategias que permitan alargar el periodo en el que los adultos mayores viven libres de cualquier tipo de enfermedad y limitación funcional por una parte, y por otra, brindar atención óptima de calidad a los adultos mayores que ya sufren de algún tipo de padecimiento o limitación funcional”.

En tanto lo esperado es que los adultos mayores mantengan su autonomía, sin embargo en ocasiones las enfermedades, sus síntomas y su curso no lo permite, incapacitando al anciano para continuar con un ritmo de vida independiente, lo que se lleva a plantear como una discapacidad, que debe entenderse desde el punto en el cual es la dificultad o limitación en las actividades de la vida diaria que son fundamentales, comunes y en relación con su propio cuidado y con su entorno social.

Cabe mencionar que la OMS ha realizado varios estudios con fundamento en la funcionalidad y la discapacidad de los adultos mayores, sin embargo apenas se incluye dentro de estos rubros las cuestiones emocionales y la parte cognitiva.

De acuerdo con Kershenobich y Gutiérrez (2012) “la limitación funcional como una consecuencia de adquirir una patología o deficiencia biomédica, el modelo agrega la limitación emocional y la cognitiva al esquema, afirmando que más allá de la capacidad para hacer una cosa o no, existen limitaciones que no permiten al individuo realizar una actividad como el no tener fuerzas para hacerla, no saber hacerla, o haber perdido la capacidad de conocimiento para hacerlo, es decir, que existen otras trayectorias o caminos hacia la discapacidad que la trayectoria funcional. Es entonces, que una deficiencia es cuando un órgano del individuo se encuentra afectado y la discapacidad es la consecuencia que vive una persona por causa de una deficiencia”.

En este sentido la independencia del adulto mayor o bien su dependencia, en algunos casos son herramientas que implican toma de decisiones para los responsables del adulto mayor o sus familiares directamente, la institucionalización o que los familiares se hagan cargo del adulto mayor, en ocasiones el cuidador del adulto mayor suele tener la misma edad o muy aproximada a este en el caso de las personas que viven en matrimonio o con una pareja y no son los hijos los responsables en su totalidad.

De acuerdo con Aguilar (1998) “el reparto de cargas de cuidados nunca se hace de forma uniforme entre la familia, generalmente se puede identificar un cuidador principal que es la persona sobre la que suele recaer la atención directa al paciente durante la mayor parte del tiempo”.

Por otro lado las circunstancias de cuidados para los adultos mayores son diferentes de acuerdo a la situación social, emocional y cognitiva en la que se encuentren, en el caso de las personas con deterioro cognitivo y con demencias son objeto importante de estudio debido a la cuestión de la calidad de vida y desgaste de los cuidadores.

En relación a lo anterior las personas con deterioro cognitivo, de acuerdo con Aguilar (1998) “el 70% de los pacientes vive con su familia, un 15% vive alternando su residencia entre varias familias, generalmente hijos, el 12% vive en una institución, el 3% vive solo aunque vigilado, el 88% de la población de adultos mayores con demencias o deterioro cognitivo tiene un solo cuidador principal, generalmente mujer (esposa o hija) y del 50 al 70% de los cuidadores califican su carga como importante”.

En los casos de demencia o de un deterioro cognitivo es importante mencionar, que por parte de la familia o el cuidador principal experimenta cambios psicológicos importantes que deben tener también una atención multidisciplinaria, normalmente el mismo equipo que atiende al paciente geriátrico, lo que normalmente desencadena diversos roles en la familia.

### 3.2. Tratamiento y seguimiento del adulto mayor con deterioro cognitivo.

La intervención es fundamental en cualquier ámbito en cuanto a salud se refiere, sin embargo, la intervención especializada es aún de mayor importancia, una intervención es la aplicación de técnicas o métodos utilizados para generar cambios en las conductas, emociones o sentimientos, de uno o más individuos. Las intervenciones tienen diferentes objetivos de los cuales se busca aliviar los síntomas, también son utilizadas para la promoción de la salud mental y la prevención de algunos trastornos.

Es de esta forma, que en el caso de los adultos mayores se conoce como intervención gerontológica, con la finalidad de mantener la calidad de vida de un adulto mayor a través de diferentes disciplinas que generen el bienestar del paciente, con los conocimientos suficientes sobre la etapa de vida en la que se encuentran, acompañando al anciano en diferentes ámbitos del “bienestar” social, psicológico y biológico.

“Los programas de intervención gerontológica han experimentado un rápido y radical cambio tanto en su conceptualización como en su implantación” (Ballesteros, 2004). Fue en la década de los 70`s en el que las intervenciones solo tomaba en cuenta algunos aspectos como carencias y deficiencias en los pacientes, para generar una adaptación a los cambios que se experimentan durante el envejecimiento y las personas que lo experimentan, incluyendo a la familia, por lo que se realizaban dichas intervenciones bajo este contexto, y si no era posible en ámbitos institucionales, aunque no se tiene aun una aceptación como tal de las instituciones, por diversas razones entre ellas la creencia de que son ambientes marginados, medicalizados y que finalmente aísla al paciente.

Posteriormente en la década de los años 80 surge una nueva forma de conceptualizar los sistemas de salud para la población en cuanto a protección social se refiere, en donde se atienden algunas áreas tales como la salud, vivienda entre otras cuestiones, para generar un bienestar y una calidad de vida óptima.

Así la intervención gerontológica tiene como principios y criterios el hecho de brindar una atención y solventar las necesidades de una persona, otorgando intervenciones necesarias y de calidad, lo que se busca con la intervención gerontológica fundamentalmente es:

- ✓ La posibilidad de tener acceso a diferentes programas de intervención y servicios especializados.
- ✓ Toda intervención debe ser encaminada a brindar y reforzar el bienestar y sensación de protección del beneficiado.
- ✓ El diseño y la planificación de los programas de intervención debe ser multidisciplinario.
- ✓ Todo programa de intervención debe tener continuidad para reforzar la seguridad del mismo y cumpla de esta forma con los objetivos programados.

En cualquier ámbito de atención a los adultos mayores es de vital importancia remarcar que hay distintos tipos de intervenciones para los adultos mayores, sin embargo es fundamental aclarar que para los problemas de demencia y de deterioro cognitivo, hay intervenciones que no funcionarían debido al estado cognitivo en el que se encuentren los pacientes, por lo que algunas alternativas pueden funcionar para ellos.

Es decir que al observarse las circunstancias que rodean a las personas con deterioro cognitivo y a las demencias, el recurso humano que se dedica a dar atención a la población de adultos mayores se ha sensibilizado para poder generar mayor interés, información importante que arroje herramientas para el cuidado y atención de la población de enfermos y a sus familiares para brindar calidad de vida, además de generar intervenciones más eficaces en este sentido, ya que como bien se ha mencionado si el deterioro cognitivo se ha diagnosticado no podrá ser reversible, sin embargo, las consecuencias del avance de los síntomas y la no atención puede generar una demencia que tampoco tiene una cura definitiva.

También se ha observado que se puede actuar durante la evolución de la enfermedad, pero solo para generar una calidad de vida tanto para la persona con deterioro cognitivo como para la familia, que como se ha mencionado experimenta un desgaste ante esta problemática, que va desde alteraciones cognitivas, que ya no permiten la independencia total del adulto mayor, que al mismo tiempo pierde la calidad de vida y que posteriormente puede requerir de cuidados especializados y constantes.

Es por esta razón que las intervenciones en personas que presentan un deterioro cognitivo requiere ser integral, abarcando no solo un tratamiento psicológico, sino médico y social.

Dentro del contexto que se ha planteado es importante considerar que el tratamiento en el deterioro cognitivo, normalmente incluye intervenciones no farmacológicas, en comparación con las demencias que en ocasiones suelen ser intervenciones de corte médico con prescripciones de fármacos en conjunto con las intervenciones o tratamientos psicológicos.

Esencialmente el tratamiento psicológico en el deterioro cognitivo tiene fundamento de acuerdo con Varona (2000) citado por Ballesteros (2004) en un conjunto de estrategias terapéuticas psicosociales que suponen la rehabilitación neuropsicológica y social de la persona, dicho tratamiento no farmacológico intenta prevenir o enlentecer el declive con la finalidad de maximizar la esfera funcional del paciente, para mejora de su calidad de vida. El tratamiento no farmacológico emerge de las teorías de la neuroplasticidad y reserva cerebral y tiene como pilares teóricos la psicología cognitiva, conductual y social, así como la neuropsicología cognitiva e intervencionista.

Dicho de esta forma es importante definir la rehabilitación y esta hace referencia a un proceso activo que como finalidad tiene alcanzar nuevamente un estado de funcionamiento óptimo biopsicosocial que fue alterado por una enfermedad o lesión.

En relación al deterioro cognitivo, la intervención debe ser orientada a manejar las necesidades propias de cada individuo y de acuerdo a sus necesidades y a las del cuidador principal, ya que el adulto mayor posteriormente o con el curso de la enfermedad va a requerir de cuidados más intensos y constantes, y que además puede llegar a ser poco o nada gratificantes, lo que finalmente conlleva en el cuidador la parte de un deterioro en la calidad de vida de este último, es por esta razón que en la intervención también debe atenderse y tomar en cuenta dadas las circunstancias del paciente al cuidador, y que parte de que estas intervenciones sean globales y que esta persona responsable del enfermo tenga las bases necesarias para llevar un seguimiento del paciente y brindar las atenciones necesarias, experimentando en lo menos la insatisfacción y sentimientos que se generan en esta experiencia.

Uno de los ejes básicos de las terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo es retrasar el deterioro, recuperando funciones que han sido afectadas por el mismo y en el mejor de los casos mantener en las mejores condiciones a las que aun se tienen, y con esto tratar de restaurar un nivel máximo dentro de lo posible la funcionalidad de los pacientes con este padecimiento, procurando en el paciente una adaptación social y consigo mismo en su propio entorno, para potenciar en la cognición.

Empero, el tratamiento no farmacológico también puede llamarse terapia blanda, y esta debe contar con ciertas características para que pueda aplicarse en las personas con deterioro cognitivo, evitando que se usen técnicas y actividades que sobrepasen las capacidades actuales del paciente y tener respuestas no esperadas, que puedan confundirse como un avance de la enfermedad y lejos de ser terapéutico puede resultar frustrante para el mismo paciente, es por esta razón que se debe tener presente el diagnóstico del paciente, sus capacidades cognitivas y las funciones que se encuentran deterioradas.

Como se había mencionado anteriormente, es necesario hacer conciencia en los cuidadores e indicarles como se llevará a cabo el proceso de la intervención en el paciente, así, como una orientación educativa, con la finalidad de que el cuidador también tenga la información necesaria sobre la enfermedad, los síntomas de la misma así como las posibles conductas que pueda llevar a cabo el paciente y el pronóstico con relación al tratamiento no farmacológico, se deberán plantear tareas que sean sencillas para generar el bienestar y efectos terapéuticos en el paciente, además, estas tareas deben revisarse periódicamente, ya que estas deben ajustarse posteriormente a las características nuevas de la cognición del paciente con el paso del tiempo.

Por otro lado, la terapia blanda puede ser de forma general o específica, es decir, una técnica puede aplicarse a manera de que actúe sobre varias áreas de la cognición afectada o bien de forma específica, se utilizarán técnicas que vayan única y exclusivamente a una sola área afectada, por ejemplo; una sola actividad para poder manejar y trabajar con la memoria.

Dentro de la terapia no farmacológica se incluyen terapias, como son:

- ✓ Rehabilitación cognitiva.
- ✓ Reestructuración ambiental.
- ✓ Modificación de la conducta.
- ✓ Programas de estimulación física.
- ✓ Intervenciones sobre el cuidador.

A pesar de la eficacia y de la flexibilidad de las terapia o intervenciones no farmacológica o blanda, en comparación con un tratamiento farmacológico (aunque en el deterioro cognitivo es poco probable que se tengan prescripciones de fármacos), no cuentan con una metodología que pueda evaluar de forma rigurosa la eficiencia de los mismos, aunque los resultados se evidencian en el paciente desde su conducta, niveles de ansiedad y hasta los avances que ha tenido desde el inicio de la intervención blanda.

Una de las principales herramientas utilizadas como terapias blandas, es la rehabilitación cognitiva en la que se recurre a diferentes estrategias que como objetivo tengan el manejo de las áreas cognitivas en donde se encuentren deficiencias o estén alteradas, o de forma general como se había mencionado anteriormente, este tipo de intervenciones se les conoce como programas de estimulación. Su fundamento o base es estimular las capacidades aun conservadas y procurar que las que se encuentran afectadas no se deterioren con rapidez, procurando en la mayor medida la independencia del enfermo generando un ajuste social. Finalmente esta rehabilitación va dirigida tanto al paciente como a los familiares y el cuidador.

Dentro de las terapias de rehabilitación cognitiva se encuentran diversas técnicas, las más utilizadas son:

- ✓ Orientación a la realidad; esta terapia, implica la aplicación de estrategias que refuercen la memoria y la orientación en tiempo, espacio e identidad propia, lo que facilita fundamentalmente que las persona con el trastorno se habitúe a su medio ambiente común, por lo general sus objetivos es evitar una confusión que desencadenen conductas no deseadas y que el ambiente familiar se mantenga cohesionado.

Esta técnica tiene dos variantes una que se denomina informal o de 24 horas, la cual consiste en ofrecer información temporal y espacial al paciente ya sea por parte del cuidador o de los familiares, en esta modalidad, se obtiene una doble intención, ya que se orienta a la persona y además con diversos materiales como pueden ser tarjetas, fotografías, calendarios etcétera, el paciente trabaja y estimula la memoria.

De esta forma la otra variante de dicha técnica se denomina formal en la cual, se realizan sesiones de forma grupal, que tienen una duración aproximada de una hora a hora y media, el máximo de personas con los que se debe formar el grupo es de 5 pacientes a lo mucho, las sesiones son varias veces por semana, se recurre a materiales como relojes, calendarios, carteles, etcétera, los cuales apoyan a situar y orientar a los pacientes en el medio que los circunda y al mismo tiempo brindarles estimulación cognitiva, incluso hay actividades sencillas que ayudan a reforzar las funciones cognitivas aun preservadas como lo son aprender los nombres de los compañeros, recordar el día y la fecha, etcétera.

A lo largo de estudios y de investigaciones diversas se ha encontrado que durante el proceso terapéutico esta técnica funciona mientras la llevan a cabo los pacientes, sin embargo, una vez que se termina el proceso no se tiene claro que los beneficios se mantengan, aunque, si se continua en casa este tipo de apoyos para el paciente es posible que los beneficios continúen.

- ✓ Terapia de Reminiscencia; este tipo de intervención está basada en la terapia de orientación, sin embargo esta es impartida normalmente en medios residenciales así como en instituciones que prestan sus servicios al cuidado de los adultos mayores. Sin embargo, a esta terapia se le suma la parte de la memoria autobiográfica, lo que permite a los pacientes trabajar con la memoria, organizando eventos propios, mediante fotografías, música, libros, periódicos y elementos que hagan alusión a épocas pasadas y relacionadas con la vida de los pacientes.

Aunado a estimular la memoria autobiográfica, estas actividades generan en los pacientes entusiasmo y una experiencia que procura la autoestima elevándola.

Sin embargo, esta terapia debe aplicarse con pacientes que tengan preservado el lenguaje.

- ✓ Estimulación Psicomotora; esta terapia se efectúa mediante movimientos conscientes del paciente a través de la estimulación psicomotora. El paciente a través de esta técnica experimentan de forma positiva su cuerpo y al mismo tiempo ejercitan habilidades motoras básicas. Estas terapias se realizan en sesiones con seis a diez participantes, los ejercicios que normalmente se manejan son lateralidad, coordinación motora, ritmos, danza, reconocimiento de objetos para estimulación de la memoria etcétera.
  
- ✓ Musicoterapia, esta terapia tiene sus orígenes en Egipto, se entiende que dicha terapia utiliza la música y los sonidos para obtener fines terapéuticos, ya que de acuerdo con Giró (2006) “contempla y favorece el desarrollo integral de la persona, y se encamina hacia la salud en términos de un completo equilibrio o bienestar físico, social, e incluso espiritual”.

La música es un lenguaje universal y que por su diversidad suele tener influencia en los niveles del funcionamiento del ser humano, desde la parte biológica, intelectual u emocional; por lo que se ha introducido de forma terapéutica, en enfermedades o padecimientos.

Se ha definido que la musicoterapia de acuerdo a Giró (2006) “es la parte de la medicina que estudia el complejo sonido- ser humano- sonido, utilizando el movimiento, el sonido y la música para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objetivo de obtener los efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno, es el uso de la música en consecución de objetivos terapéuticos: la restauración el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento

Dicha terapia, se usa para generar una modificación en la conducta en cualquier área de los individuos, mejorando el estado en general del paciente, y simultáneamente en la parte sensoriomotora, las emociones y la cognición.

Los objetivos principales son establecer una comunicación, generar que haya un intercambio ideas y emociones con otras personas. Mejora las relaciones interpersonales, desarrolla el conocimiento de las personas sobre sí mismos y favorece la autoexploración.

Dicha terapia también es sistematizada y no es la música la que hará las modificaciones en la conducta, es decir la música es el eje sobre el cual el terapeuta ejecutara y manejará.

Esta terapia tiene cuatro fases que son fundamentales, la primera es recolección y análisis de la información sobre el paciente, la segunda fase es la de la planificación del tratamiento, en donde se establecen los objetivos generales y los más específicos, la tercera fase como tal es la aplicación del tratamiento, finalmente la cuarta fase se refiere a la evaluación y seguimiento. Una vez que se ha realizado la evaluación se procede con un informe general.

En cuanto a la geriatría la musicoterapia ofrece los beneficios de generar en el adulto mayor la capacidad de una mejoría significativa en su estado anímico y un beneficio en funciones diversas, básicamente esta terapia en los adultos mayores busca generar un estado de bienestar emocional, cognitivo y físico.

Algunas de los beneficios significativos en cuanto a la musicoterapia aplicada en los adultos mayores en relación a la cognición de acuerdo con Giró (2006)son:

- ✓ “Estimular la memoria a corto y largo plazo.
- ✓ Mejorar o mantener los niveles de atención en la tarea.
- ✓ Ayuda a la orientación en la realidad.
- ✓ Mantener / mejorar la comunicación verbal y no verbal.
- ✓ Aumentar la interacción y comunicación social”.

Por los alcances y flexibilidad de esta terapia puede aplicarse en geriatría para cubrir el manejo terapéutico de la cognición, la parte emocional, la social, la motriz y la modificación de conductas. Puede ser utilizada como una forma preventiva de varios desordenes y afecciones o bien como un tratamiento formal.

Además está orientada y puede ser aplicada para problemas múltiples en los adultos mayores, como problemas neurológicos y también es aplicable a cuidadores y familiares.

- ✓ Terapia ocupacional o el ocio terapéutico; de acuerdo a Radford citado por Giró (2006) “se define como un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellos individuos con problemas o necesidades especiales. El foco del proceso reside en la utilización de experiencias de ocio para fomentar; el crecimiento, el desarrollo del individuo y capacitar a la persona para asumir su propia responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio.

Además, también puede definirse como una actividad en la que se utiliza el ocio para generar un bienestar biopsicosocial, para crear cambios en estas áreas y finalmente favorecer su desarrollo personal.

Fundamentalmente, la terapia ocupacional es concebir al ser humano desde un punto de vista holístico, y tener una actividad con un propósito, que en este caso es la ocupación, por consiguiente, cuando hay una enfermedad o una limitante física, la ocupación se convertirá en un medio para poder organizar de nueva cuenta el comportamiento.

Adicionalmente, el terapeuta debe orientar dicha terapia hacia generar la independencia de los pacientes y la funcionalidad de los mismos en las áreas de la ocupación, para reforzar capacidades que compensen algunas de las funciones que ya no se preservan e integrar al paciente a su medio ambiente y contexto sociocultural.

Gracias a este tipo de intervenciones, los adultos mayores logran tener sentimientos de autosuficiencia que como se mencionó anteriormente es de vital importancia.

Siguiendo la misma línea de investigación es importante tomar en cuenta que para que la terapia ocupacional de resultados o brinde los beneficios esperados requiere:

- ✓ La actividad que realice el adulto mayor debe ser familiar y que esté relacionada con intereses y necesidades del mismo.
- ✓ Las metas que se persigan por medio de esta terapia deben estar definidas por el terapeuta basándose en las necesidades y beneficios que esta generará para el paciente.
- ✓ La ocupación debe resultar rápida, de elaboración simple, adaptable y graduable.
- ✓ Debe facilitar la interacción social además de la familiar.

Además de los objetivos mencionados anteriormente este tipo de intervención, tiene como beneficios adjuntos el poder impulsar la motivación de los adultos mayores, favorece la independencia, genera conductas saludables que a su vez van a producir una mejor calidad de vida.

En este sentido, la forma de intervención puede ser grupal o bien de forma individual dependiendo de las necesidades de cada paciente, sin embargo, la forma grupal resulta enriquecedora para la tercera edad por la convivencia con personas de la misma edad lo que genera una socialización constante.

- ✓ Psicoestimulación integral; esta es una estrategia terapéutica en la que se busca mejorar y/o preservar las funciones cognitivas que dentro del deterioro cognitivo se encuentran sin alteraciones de acuerdo a Ballesteros (2004) “esta intervención terapéutica tiene como pilar la teoría de la inversión de la secuencia de adquisición de las capacidades en el desarrollo normal, de retrogénesis, las personas que participan en estos programas permanecen en “centros de día” durante 8 horas por cinco días en los cuales participan en diferentes talleres que están relacionados con la psico-estimulación cognitiva, musicoterapia, terapia ocupacional, psicomotricidad y mantenimiento de las actividades de la vida diaria”.

Como se ha visto, las terapias que se mencionaron anteriormente son técnicas que se pueden utilizar con personas que tienen un deterioro cognitivo, con diversas finalidades. A su vez se ha observado cada una de ellas puede mezclarse o ser complemento una de la otra, generando beneficios para el paciente.

Sin embargo, también se encuentra que hay técnicas específicas en la cuestión cognitiva que dan resultados suficientes como para contener al paciente, así como a los familiares y al cuidador; para este tipo de rehabilitación como en las otras terapias mencionadas, de acuerdo con Ballesteros (2004) “requieren de una evaluación pormenorizada de las funciones cognoscitivas, para identificar aquellas que aun están relativamente conservadas, concentrándose en una de ellas para maximizar su utilización y, con ello, poner menos peso en las funciones cognitivas con mayor deterioro”.

Normalmente lo que se requiere hacer con los pacientes que tienen un deterioro cognitivo es la reducción de demandas cognoscitivas, es decir, poder llegar a una simplificación en las tareas y actividades de tal forma que su atención se centre en dichas actividades. Si la terapia es de forma grupal deberá cuidarse la parte de los lugares asignados para cada paciente, evitando así ansiedad y confusiones, evitar distracciones como ruidos externos y orden entre los mismos pacientes.

Otra forma de realizar una intervención con pacientes que padecen un deterioro cognitivo es el entrenamiento de la memoria, haciendo intervenciones sobre la memoria a corto, largo, y mediano plazo así como la memoria autobiográfica, episódica, etcétera, a través de distintos mecanismos internos, técnicas de estudio, señalizaciones, etiquetas, etcétera.

Si bien, la reestructuración del ambiente para las personas con deterioro cognitivo es una forma de orientarlos, ya que la capacidad funcional de las personas depende en su mayoría de la capacidad real con la que cuenta y del ambiente en el que se desarrolla día a día. El impacto que se genera en las personas con deterioro cognitivo profundo o en una persona ya demenciada es alto, ya que si se generan las modificaciones adecuadas para estos pacientes tanto en el hogar como en instituciones, las exigencias mnésicas y cognitivas son menores, lo que finalmente dará resultados beneficiosos para el paciente ya que se encontrará mejor orientado en cuanto a espacio se refiere, además de aletargar la dependencia del paciente, y brinda mayor seguridad.

Al igual que la reestructuración del ambiente es importante también brindar un programa de estimulación física, ya sea en instituciones o en el hogar del adulto mayor, esto les conlleva a mantener o mejorar la independencia, a pesar de la enfermedad, dichos programas pueden basarse en ejercicio físico en la medida que sea posible, las actividades ocupacionales y actividades recreativas.

En cuanto al cuidador, como ya se ha mencionado es una persona que se encargará de cubrir las necesidades de los adultos mayores, especialmente cuando la independencia de los pacientes geriátricos se encuentra coartada por alguna enfermedad o discapacidad. Esta persona puede llegar a experimentar sentimientos y procesos emocionales variables. En el caso de un adulto mayor que vive en su hogar suelen ser los hijos quienes cuidan de ellos, en este proceso se da una conversión de roles, lo que lleva a experimentar un duelo en el caso de las personas que ya tienen un deterioro cognitivo considerable y que es probable que sea un pródromo de alguna demencia.

De acuerdo con Ballesteros (2004), “el cuidado continuo y poco gratificante que requiere una persona demenciada o con un deterioro cognitivo avanzado; como se menciona en los párrafos anteriores; se percibe como sobrecarga, el cuidador puede experimentar un estrés crónico asistencial. En este sentido, si este no se cuida puede desarrollar altos niveles de estrés, cansancio, irritación depresión y llegar verdaderamente a padecer un síndrome de Burnout.”

Por lo anterior, es recomendable que los cuidadores familiares o ya sea profesionales reciban una atención farmacológica, además de recibir atención especializada, en cuanto a lo psicológico y una educación continua para el manejo de las situaciones que comúnmente se presentan en el cuidado de estos pacientes.

## CAPITULO IV DISCUSION

El envejecimiento de la población mundial aumenta considerablemente año con año y gracias a los avances médicos de la actualidad la esperanza de vida es creciente, a tal grado, de que con el tiempo habrá una población envejecida en mayor cuantía a la que se tiene hoy en la actualidad.

Por la razón anterior, es importante entonces, que los gobiernos tomen en consideración esta parte, para que puedan encargarse de preparar a la población que se encuentra en la adultez, e incluso generar una cultura sobre el envejecimiento desde la edad adulta temprana, esto relacionado no solo con la economía y los programas actuales de pensiones para el retiro que en México están disponibles, sino también en cuestiones relacionadas con la salud y la calidad de vida deseada para la vejez.

Dadas las circunstancias, de acuerdo a los niveles de estrés que se experimenta día a día en las ciudades por un lado y por otro en las zonas rurales, los niveles educativos, son bajos o nulos por diversos motivos, y son factores que afectan de forma directa o indirectamente la calidad de vida de la población.

En México, el envejecimiento no solo implica un problema de financiamiento de pensiones, o de salud, implica la posibilidad de replantear las políticas públicas, que atienden las necesidades de los grupos de población más vulnerables, de aquí la importancia de darle un nuevo significado a la vejez, al viejo, y al mismo proceso del envejecimiento, además crear la conciencia de un envejecimiento exitoso y saludable, para que esta forma, se consolide en el país el desarrollo óptimo en términos de ciudadanía.

Por otro lado es importante, resaltar que un envejecimiento saludable conlleva a un envejecimiento exitoso en el que el adulto mayor pueda seguir siendo independiente y seguir incluso siendo una persona productiva dentro del contexto social y ambiental en el que se desarrolla. Dándole un lugar con dignidad y respeto a estos adultos.

Sin embargo, el tema de la vejez y sus procesos en México no tenían impacto a niveles de políticas públicas, dicho proceso de envejecimiento y las construcciones de políticas, orientadas a brindar la atención a la población de adultos mayores con las que se cuentan actualmente son relativamente “recientes”, ya que fueron creadas bajo un contexto social y político inmerso en contradicciones que finalmente impactan de distintas formas en la población a quien va dirigida la atención, lo que no ha permitido que se dé un desarrollo gerontológico adecuado e integral.

Es cierto que a mediados del siglo XIX aparecen las primeras instituciones dedicadas a brindar atención a la población envejecida, que se encuentran en situación de riesgo. Sin embargo, las políticas públicas o los inicios de estas se dan hasta la década de los setenta, en los países desarrollados al realizar estudios socio-demográficos que indican el aumento de la población de adultos mayores.

De aquí, que la Organización De Las Naciones Unidas (ONU) en el año de 1978 propone la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, para consumarse en el año de 1982. Otro evento importante en el que adquirió mayor relevancia el tema del envejecimiento en México, fue la Coordinación de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, siendo sede de los preparativos para la Primera Asamblea Mundial del envejecimiento, por parte de la Organización Mundial de la Salud, en donde surgen las bases de los documentos que estipularon como “La Política de Salud y el Envejecimiento”.

En lo que concierne a México y a sus acciones sobre la vejez, fue la creación de Dignificación de la Vejez A.C. en el año de 1977, si no menos importante, sí muy significativa en el país, ya que fue de las primeras instituciones que logró comenzar a introducir la temática del envejecimiento en las políticas públicas.

Fue de esta forma, que con el apoyo de demógrafos y especialistas, durante la administración del ex presidente López Portillo surgen dos instituciones fundamentales para la atención de esta población, uno de ellos fue el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en el año de 1979. Por su parte, el INSEN estaba catalogado como un órgano descentralizado, el objetivo principal era brindar protección, atención entre otras necesidades de la población de adultos mayores, incluyendo la atención médica a niveles preventivos. Durante esta etapa, no se contaba con la suficiente información sobre las características esenciales de los adultos mayores, y además era considerado que el adulto mayor después de los sesenta años perdía o disminuían sus probabilidades y posibilidades en un ámbito bio-psicosocial.

Otra cuestión que cobró importancia en ese momento, fue la infraestructura con que se contaba en materia de salud, ya que se previó que las enfermedades crónico-degenerativas, en donde aun no cabía como tal o se definía del todo al deterioro cognitivo. Al revisar estas cuestiones el gobierno pone en marcha programas preventivos de salud, así como la capacitación en materia de investigación en posgrados de geriatría y gerontología, así como programas que mantuvieran a los ancianos adaptados a su sociedad, brindando además asesoría jurídica que da pie a poder a generar un sistema de apoyo en cuestiones legales, a partir de este punto se norman las instituciones privadas de asistencia.

En general, la preparación de México en el ámbito del manejo de la población envejecida iba encaminada a la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, ante un crecimiento demográfico que pronto tendría transición.

A partir de ese momento, se considera a la población envejecida y vulnerable, dentro del Plan de Desarrollo de 1983-1988, en dicho plan se estipula que la atención prioritaria debe ser para los grupos más desprotegidos de los cuales deben cubrirse las necesidades básicas de los mismos. Dentro de las personas o grupos desprotegidos se menciona a los adultos mayores, de acuerdo con Kershenobich y Gutiérrez (2012), dicho plan menciona textualmente que “las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la protección de los ancianos en el abandono total o parcial”.

Dentro del plan de 1983 el DIF tiene como objetivo también dar asistencia social a los adultos mayores, tanto a los que son de bajos o escasos recursos, así como, a los que por alguna cuestión están desprotegidos. A partir de esta situación el SNDIF así como el INSEN procura la promoción ante el gobierno hacia la atención de la población de adultos mayores, a través de expertos en la materia por parte de instituciones como el ISSSTE, el IMSS e instituciones gubernamentales que estuvieran relacionadas con la atención a población, realizando intercambios sobre descubrimientos e investigaciones gerontológicas. De igual forma durante este plan se generaron diversas propuestas que integraran al adulto mayor a la sociedad, mediante cooperativas, facilidad de acceso a servicios y orientación médica, con la finalidad de mantener además de integrados a una sociedad una forma de prevenir el deterioro físico, mental y emocional.

Finalmente después de este primer seminario, con el paso del tiempo, se obtienen resultados constantes y una profunda atención para generar información valiosa para preparar a un país en vías de crecimiento y enfrentar problemas o enfermedades crónicas y degenerativas, recurriendo a la educación para la salud.

Por otro lado, en este periodo se dio la oportunidad de un tercer seminario, principalmente trataron temas de interés que brindaban alternativas de atención a dicha población, en relación con los recursos con los que se contaban. Se evidenció que la investigación gerontológica debía ser más profunda y constante, formando nuevos profesionales de la salud especializados en geriatría o gerontología, así como la propuesta de generar programas de intervención integral para la población.

Surgiendo, un curato seminario en donde ya se habían tratado temas de suma importancia, se colocaron temas sobre la mesa con relación al adulto mayor y su independencia junto con el auto-cuidado. Posteriormente, en otro seminario se trabajó con las potencialidades que puede aun tener un adulto mayor a pesar de la edad cronológica, en relación con la salud y el incremento de la población anciana y la participación de los mismos en los ámbitos y decisiones familiares.

Cabe mencionar, que durante este periodo solo se contaba con un estudio epidemiológico, el cual era la mejor referencia en México de la situación de la población de adultos mayores, además, esta se limitaba únicamente a definir las necesidades de dicha población, esta encuesta fue realizada por la Secretaría Salubridad y Asistencia.

Después del periodo de López Portillo, la siguiente administración, trató de incorporar a los adultos mayores a jornadas laborales, sin embargo era únicamente hacia el rubro de los maestros, por lo que se generó un programa en el Centro Médico la Raza del IMSS y en el ISSSTE para atender de forma especializada a la población de adultos mayores, además de empezar a brindar atención específica a las personas con enfermedad de Alzheimer. Por su parte el SNDIF continuó con sus programas de apoyo para los adultos mayores que se encontraban en situación vulnerable, mientras que, por su parte, el INSEN se encargaba básicamente de dar atención y orientación educativa, psicológica, social y cultural. Fue en esta etapa en la que surgieron muchas instituciones privadas.

Posterior a esta administración, se encuentra con una nueva forma de consolidar el impulso para poder apoyar a las poblaciones marginadas, comienza a gestionarse la política basada en la demografía, con el objetivo de que las personas que reciben esta atención tengan una vida digna, con acceso a los diferentes servicios sociales que se requieren.

Así mismo, durante este periodo de tiempo se asentaron las bases para las leyes de de los congresos estatales en años posteriores, dichas bases fueron la ley en Yucatán de protección de las personas en edad senescente y los derechos de las personas adultas en el distrito federal.

Nuevamente y paralelo a la política del país, con otra administración del año 2000, dando especial atención a los adultos mayores y a las políticas en torno a esta población.

Durante el periodo 2000-2006 se estableció dentro de esta atención de acuerdo con Stalnikowitz y Gutiérrez (2012):

- ✓ “Las proyecciones muestran que el grupo de mayores de 60 seguirá aumentando significativamente en términos absolutos y relativos. Esto demanda el establecimiento de un mejor sistema de pensiones, servicios de salud y la creación de instituciones y de formas de convivencia sociales que les permitan gozar de oportunidades para una vida plena.
- ✓ Los cambios estructurales en la economía del país y las profundas transformaciones tecnológicas y económicas en todo el mundo, plantean nuevos requerimientos de educación y formación continua, además de la responsabilidad de sostener tanto las necesidades de niños y jóvenes como de adultos mayores.
- ✓ Por otra parte, no se han dado las condiciones suficientes para la integración cultural, educativa laboral y social para esta población, problema que se agrava debido a que la situación económica ha limitado la asignación de recursos para este fin”.

Continuando con la idea anterior, se acuerda que deben incluirse en las políticas y programas para personas mayores en cuanto a lo social y económica. Específicamente en relación a la salud se plantea que las personas de la tercera edad tengan la posibilidad de tener acceso a diversos recursos para mantenerse de forma óptima en cuanto a sus capacidades físicas mentales y sociales.

Dentro de este periodo administrativo se definió de acuerdo con Stalnikowitz y Gutiérrez (2012), se definieron cinco puntos de acción:

- ✓ “Crear conciencia en la población general sobre sus derechos, así como sobre las necesidades y cuidados especiales que deben observar para lograr una vida digna.
- ✓ Acuerdos de coordinación de gobierno y la iniciativa ciudadana para beneficio de los adultos mayores.
- ✓ Impulsar mejores programas de cuidado de la salud para los adultos mayores, enfocados en la prevención de enfermedades crónico- degenerativas.
- ✓ Apoyar las condiciones para que los adultos continúen participando activamente, dejando de ser sujetos pasivos a políticas sociales.
- ✓ Promover la investigación para conocer con más precisión las necesidades de los adultos mayores en diferentes regiones del país y futuros”.

Finalmente en el año 2002 se genera la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, además se impulsa las funciones del INSEN que posteriormente recibiría el nombre de INAPAM (Instituto Nacional para los Adultos en Plenitud) y tiempo después recibiría el nombre de Instituto Nacional de las Personas Mayores. También, en este momento se genera el compromiso de fomentar la educación al recurso humano y la elaboración de un plan gerontológico y geriátrico.

Finalmente en la actualidad se ha visto que hay programas que se encaminan a dar atención a la población en riesgo o vulnerables, así como programas de prevención, tales como los que ofrecen las diferentes dependencias, como:

- ✓ Programa Nacional de Atención al envejecimiento (Secretaría de Salud y el ISSSTE).
- ✓ Seguro Popular (Secretaría de Salud).
- ✓ Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social (DIF).
- ✓ Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento (ISSSTE).
- ✓ Programa de Envejecimiento Activo (PREA – IMSS).
- ✓ Modelo de Atención Gerontológica (INAPAM).

En la actualidad se ha hecho mención, cuando se ha revisado y se ha tomado importancia a la cuestión social, económica, cultura y de salud en los adultos mayores y fundamentalmente, es cierto que estos ámbitos constituyen el bienestar de los adultos mayores.

Sin embargo, estos programas no son conocidos por toda la población, lo cual puede generar que las personas que pretendan acudir a estos programas tarden en tener el acceso a estos mismos, lo que en cuestión de salud puede generar un atraso en la prevención o la atención inmediata de algún problema que requiera de apoyo inmediato, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas y degenerativas como lo puede ser el deterioro cognitivo.

Como se menciona a lo largo de este documento, el deterioro cognitivo es un proceso que como bien se ha dicho puede resultar degenerativo e incapacitante, lo cual implica gastos innecesarios que pueden prevenirse haciendo uso de los programas que ofrece el gobierno, así como asesorarse o pedir orientación de un profesional de la salud, en quien se encuentren diferentes opciones para resolver los distintos problemas que surgen en el proceso del envejecimiento.

Las implicaciones, desde la perspectiva de la psicología clínica, parecen de vital importancia, ya que el diagnóstico pronto y acertado de este problema de salud tiene impacto no solo en el paciente, sino que también implica cambios en la dinámica familiar de los pacientes y los suyos, además de afectar la cuestión económica, social y evidentemente física.

Asimismo, el adulto mayor se ve influenciado por el medio que le rodea constantemente, se ve expuesto a diversas situaciones que en ese momento de la vida suelen ser complicadas para resolver, debido a los cambios que se experimentan y también esto, producto de una sociedad que no está preparada para enfrentar los cambios que presentan las personas mayores; situaciones como la viudez, la jubilación, además de los cambios físicos y también los cognitivos.

Igualmente es importante aclarar que si el adulto mayor y su familia es atendido de forma multidisciplinaria, puede mantener una calidad de vida óptima, además si se le orienta, puede que siga interesado en roles que aún desempeña como por ejemplo, el rol de pareja, que a fin de cuentas, genera bienestar y equilibrio.

En este contexto, la sociedad influye de manera significativa en el comportamiento de los adultos mayores, ya que al viejo, se le suele considerar como una persona que ya no tiene las mismas facilidades para enfrentarse a la vida diaria, por lo que se les sobreprotege o bien se les ignora. Los cambios que se van experimentando a lo largo de la vejez pueden llegar a causar estrés en la familia y en el mismo adulto mayor complicándose en su existencia o si se toma orientación en referencia a este proceso inevitable, posiblemente el anciano viva con calidad y alegría.

Por lo que el tener un diagnóstico acertado ayuda a los pacientes a que la calidad de vida se conserve o bien, si se presentan complicaciones estar en un tratamiento integral para el paciente y los familiares, que beneficie el estado de salud en general, mantener la situación controlada, afrontar y cubrir las necesidades que se vayan generando a lo largo del curso del padecimiento.

Y es que desde esta perspectiva, de vital importancia revisar ampliamente el impacto que genere la enfermedad, en cuanto a la independencia del adulto mayor, en general desde un solo individuo y a nivel sociedad en donde los costos de la no prevención elevan los gastos y reduce los beneficios que se pudiera tener en otras áreas.

Aunado a esta situación, el apoyo que pueda brindarse desde el punto de vista clínico tanto a familiares, así, como a los cuidadores de los adultos mayores beneficia desde la parte emotiva hasta los costos que el deterioro cognitivo genere al paso del tiempo.

Lo que lleva pensar y a realizar reformas en cuestiones relacionadas con los organismos o instituciones de salud a nivel gubernamental en cuanto a la atención primaria y también en atención preventiva, por tal motivo, sería conveniente contar no solo con la atención médica, sino con psicólogos que estén preparados para atender a la población de adultos mayores de forma global y capaces de diagnosticar dichos problemas, a modo de que de forma interdisciplinaria se realice la intervención.

Es importante abrir la posibilidad de poder crear más centros de estadía para esta población, en donde se brinde el apoyo multidisciplinario a mediano y corto plazo, para que las condiciones de salud, social y económica dejen de ser un factor que determine el curso de la enfermedad y sea la atención recibida la que determine el estado de salud y el pronóstico.

Por otro lado la formación de los psicólogos clínicos debería basarse fundamentalmente en brindar una atención sólida y firme, contar con los recursos suficientes para generar investigaciones que nos permitan descubrir nuevas oportunidades y alternativas de tratamiento, en relación al deterioro cognitivo y otras afecciones, brindando el apoyo y otorgando la orientación adecuada y asertiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abarca, J.; Chino B.; Llacho, M.; Mucho K.; Vázquez R.; Cárdenas C. 2008. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores en Arequipa. *Revista Neuropsicológica, Neuropsiquiatría y Neurociencias Vol 8 No. 2 PP 1-9.*
2. Abizanda P.; Romero R. Luis; Luengo M. Carmen; Sánchez J. Pedro M; Jordán B. Joaquín. 2012, *Medicina Geriátrica: Una aproximación basada en problemas.* Barcelona, Elsevier. Recuperado en <http://books.google.com.mx/books?id=6rfSzl666eEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> 26/06/2013 20:37.
3. Aguilar O, Luis F. 1998 *Demencia una aproximación práctica.* Masson, Barcelona, España.
4. Álvarez G. Joaquín; Macías N., Juan F. 2009 *Dependencia en Geriátrica.* Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=XamMh2UBhvUC&pg=PA21&dq=teor%C3%ADa+gen%C3%A9tica+del+envejecimiento&hl=es-419&sa=X&ei=y\\_zEUffRA6S70AHNhlGgDA&ved=0CEgQ6AEwBQ#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20gen%C3%A9tica%20del%20envejecimiento&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=XamMh2UBhvUC&pg=PA21&dq=teor%C3%ADa+gen%C3%A9tica+del+envejecimiento&hl=es-419&sa=X&ei=y_zEUffRA6S70AHNhlGgDA&ved=0CEgQ6AEwBQ#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20gen%C3%A9tica%20del%20envejecimiento&f=false) 21/06/2013 22: 28
5. Ardila, A.; Otrosky- Solís F. 2004. *Diagnóstico del daño cerebral enfoque neuropsicológico.* México, Trillas.
6. Asili, N.; 2004. *Vida Plena en la Vejez.* México, Editorial Pax.
7. Ballesteros J, S. 2004. *Gerontología. Un saber multidisciplinar.* Universitarias Educación a Distancia, Madrid.
8. Binotti, P., Spina., De de la Barrera M, L., Donolo, D. Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada pedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología Vol 4 No. 2 119-126.*
9. Blasco B,S. y Meléndez M, J.C. 2006. Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriatría 22(5); 170-185.*
10. Cornachione, Larrínaga, M. 2008. *Vejez, Desarrollo Humano.* Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
11. Damasco, Crespo, S. 2006. *Biogerontología.* Santander. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
12. De La Serna I, P. 2003. *La Vejez Desconocida: Una Mirada desde la Biología a la Cultura.* Madrid, Editorial Díaz de Santos.
13. Dir. Farré M, J Ma. 2006. *Enciclopedia de la psicología.* OCÉANO, España.
14. Donoso S.A., Vitriol V., Fenieux A. G., y Quiroz E M. 1992. Pseudodemencias:

15. Dra. Gallegos, Soledad M. Ps. Gorostegui M, E.. Procesos Cognitivos Simples. Extraído de [http://files.procesos.webnode.com/200000027-94236951d3/procesos\\_cognitivos\\_simples.pdf](http://files.procesos.webnode.com/200000027-94236951d3/procesos_cognitivos_simples.pdf)
16. Escobar, A. Envejecimiento cerebral normal. *Revista Mexicano de Neurociencia* 2(4) 197-202.
17. García H, M; Torres E, M,P; Ballesteros P, E. 2004. *Enfermería Geriátrica España*. Editorial Elsevier.
18. García R, J Carlos, 2003. *La Vejez: El Grito de los Olvidados*. México; Plaza y Valdés.
19. Gastañaga U, M. 2013 *Apuntes de Geriátria en Equipo*. España; Editorial ECU.
20. Gil G, P. 1993. Fisiología del envejecimiento y su influencia en la cirugía. *Clinicas Urológicas de la Computense*. 2.25-37 Editorial Computense de Madrid.
21. Giró M, J. 2006. *Envejecimiento activo; envejecimiento en positivo*. Universidad de la Rioja, España.
22. Gómez R, Hernández B, Rojas U, Santacruz O y Uribe R. 2008. *Psiquiatría Clínica Diagnóstico y Tratamiento en Niños, adolescentes y adultos*. Editorial Médica Americana. Bogotá.
23. Hernández, L. Montañéz, P., Gámez, A.; Cano, C. y Nuñez C, E. 2007 Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Asociación Colombiana Gerontologica, Geriatrica Vol. 21 No1 992-996*.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012. *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el primer nivel de Atención*. Catalogo Maestro de Guías de Práctica: IMSS 144- 08. Sustraída de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/144GRR.pdf>
25. Kershenobich S, Gutiérrez R, L.M; coordinadores, 2012. *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un Plan de Acción*. UNAM México D.F.
26. Lombardo, E; Krzemien, D. La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Rev. argent. Sociol.*, Buenos Aires, v. 6, n. 10, jun. 2008. Disponible en <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-32482008000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100008&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 21 mayo 2013.
27. López, N, A.; Kullisevsky J; Cabllero F. 1997 *El Donante de órganos y Tejidos: Evaluación y Manejo*. Barcelona; Springer.
28. Macías N, Juan F; Guillern L, F; Ribera C, José M. 2005. *Geriatría Desde el Principio*. Barcelona; Glosa. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=pN0FRaKtPz8C&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=pN0FRaKtPz8C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) 21/06/2013 19: 54.
29. Mías, C, D. 209. *Quejas subjetivas de memoria y deterioro cognitivo, concepto evaluación u prevención*. Barcelona, España.

30. Miglacci M.L.; Sharovsky D. y Gonorazky S.E. 2009 Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de Neurología* 48; (5): 237-241.
31. Mishara B. L.; Riedel R. G. 2000. *El Proceso de Envejecimiento*. España, Ediciones Morata.
32. Mishara, L Brian y Riedel G. Robert, 2000, *El Proceso de Envejecimiento* Madrid: Morata.
33. Montes de Oca Z, V. 2005, *Redes Comunitarias, Género y Envejecimiento*. Cuadernos de Investigación. México ISS UNAM.
34. N. Kerlinger Fred N. y L Howard B. 2002. *Investigación del Comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales* MacGrawHill. México.
35. Palastanga N; Derek F; Roger S. 2007. *Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento*. Barcelona. Paidotribo.
36. Papalia, D; Wendkos, Olds S & Duskin F. 2005, *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill/ Interamericana.
37. Pérez, M, V. T. 2005. El deterioro cognitivo: una mirada previsoría. *Rev Cubana Med Gen Integr* 21(1-2).
38. Perlado, F. 1994, *Teoría y Práctica de la Geriatría*. Madrid; Díaz de Santos, D.L.
39. Pose, M., Manes, F. 2010. Deterioro cognitivo leve *Acta Neurol Colomb Vol. 26 No. 3 Suplemento (3:1)*
40. Prieto S, Daniel, Etxeberría A, I.; Nerea Galdona E, N; Urdaneta A, E; Yanguas L,J. 2009 *Las Dimensiones Subjetivas del Envejecimiento. Colección Estudios Personas Mayores*. España, Imsero.
41. R. Shaffer, David, 2000 *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia* México: Internacional Thomson.
42. Reyes, J.; Rosich- Estragó, M.; Bordas- Buera E.; Gavira- Gómez, A.; Vilella Cuadrada, E.; Lbad – Alquézar A. 2010. Síntomas psicológicos y conductuales como actores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neuro; 50 (11): 653-660*.
43. Robles A.; Del Ser, T. y Peña- Casanova. 2002. Propuesta para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alazheimer. *Neurología; 17(1)17-32*.
44. Rodríguez D, S. 1989. *La Vejez: Historia y Actualidad*. Salamanca; Ediciones Universidad Salamanca.
45. Román L, F. y Sánchez N, J.P. 1998 Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología vol. 14 no. 1 27-43*
46. Sánchez G, IY; Pérez M, VT. 2008. El funcionamiento cognitivo en la vejez, atención y percepción en el adulto mayor. *Rev cubana med gen integr* 24 (2).

47. Sánchez V, P. 1993. *Sociedad y Población Anciana*. España; (Universidad de Murcia Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico) Cuadernos. Consultado en [http://books.google.com.mx/books?id=NZy9ZMUQ3IQC&dq=poblaci%C3%B3n+anciana+actual&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.com.mx/books?id=NZy9ZMUQ3IQC&dq=poblaci%C3%B3n+anciana+actual&source=gbs_navlinks_s) 19/06/2013 21:22
48. Triadó, C y Villar F .2006. *Psicología de la Vejez*. Madrid; Alianza
49. V. Kail, R; Cavanaugh John C.; Pecina H, José C. 2006 *Desarrollo humano: Una perspectiva del ciclo vital*. México: Internacional Thomson.
50. Valls-Pedret, C. Molinueva J.L., Rami, L. 2010 Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol* 51: 471-80.
51. Von Bernhardt M, R. 2005. Envejecimiento: cambios bioquímicos y funcionales del Sistema Nervioso Central. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría*: 43(4): 297-304.
52. Zamarrón C, MD., Tárraga M, L., Fernández- Ballesteros, R. 2008. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que recibe programas de estimulación cognitiva.
53. Zurro, M. y Paulino Cubero G. 2002. *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*. Barcelona