



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE MANUAL PARA LA ESTIMULACIÓN DE LAS
FUNCIONES EJECUTIVAS DE ADULTOS MAYORES.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
VICTOR HUGO CEDILLO TLAHUECH

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MAESTRA ANA MARIA ROSADO CASTILLO.
COMITÉ: MAESTRO JOSÉ ALBERTO MONROY ROMERO
DRA. BLANCA INES VARGAZ NUÑEZ
LIC. JESÚS BARROSO OCHOA
LIC. AURORA OTILIA RAMIREZ ARELLANO



SEPTIEMBRE 2013



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE MANUAL PARA LA ESTIMULACIÓN DE LAS
FUNCIONES EJECUTIVAS DE ADULTOS MAYORES.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
VICTOR HUGO CEDILLO TLAHUECH

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MAESTRA ANA MARIA ROSADO CASTILLO.
COMITÉ: MAESTRO JOSÉ ALBERTO MONROY ROMERO
DRA. BLANCA INES VARGAZ NUÑEZ
LIC. JESÚS BARROSO OCHOA
LIC. AURORA OTILIA RAMIREZ ARELLANO



SEPTIEMBRE 2013

AGRADECIMIENTOS / DEDICATORIAS.

A Dios, la vida y a mí, por haberme permitido llegar a término este proyecto.

A mi familia, en especial a mi padre y madre, que siempre confiaron en que un día lo lograría, a pesar de todos los tropiezos que tuve, como dijo Edison “yo no falle 999 veces, aprendí 999 veces a como no hacerlo”.

A mi tío Cesar Cedillo, por tu insistencia, apoyo, cariño y ejemplo.

A mi esposa Abisai Cortez, por enseñarme el valor de la independencia y fomentar ese espíritu de lucha, trabajo y por aventurarse a vivir esta gran aventura llamada vida con migo.

Con mucho amor y respeto a mi Hermana y cuñado, porque siempre han estado allí cuando me doy los golpes más duros, gracias Ely por ser mí confidente.

A mi gerontosensei, por haber plantado esa semillita de la gerontología en mí camino profesional, por ser la primera persona en confiar en mí como profesionista, sobre todo por tu amistad.

La vida siempre te da hermanos sanguíneos y hermanos de la vida, hablo de ustedes Armando y Daniel, porque a pesar de cualquier adversidad siempre estaremos juntos hasta el final, final. Pero no se me olvida mi gran hermano y carnal Luis Manuel Leal Olguín, donde quiera que estés, gracias por estar en mi vida.

A mis Abuelos Anastasia Méndez, Odilón Cedillo y Margarita Rivera, por haberme dado a estos grandes padres que tengo el orgullo de tener. Debo confesar algo, este trabajo estuvo pensado principalmente en ustedes.

Y a todas esas personas que han estado en mi camino desde el día en que nací, pero sobre todo a mi alma mater, la UNAM, a quién le debo el profesionista que soy.

INDICE.

AGRADECIMIENTOS / DEDICATORIAS.....	3
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Capítulo 1 Eso que llamamos vejez	13
1.1 El proceso de envejecimiento	13
1.2 Tipos de envejecimiento.	24
1.2.1 Envejecimiento <i>Exitoso o ideal.</i>	25
1.2.2 Envejecimiento Saludable.....	27
1.2.3 Envejecimiento Activo.....	28
1.3 Mitos y realidades en la vejez.....	31
Capítulo 2 Envejecimiento en México	38
2.1 México y sus viejos en números.	38
2.2 La población Mexicana y sus Adultos Mayores	41
2.3 Situación demográfica y social de la población de edad avanzada	48
2.3.1 Estado conyugal	50
2.3.2 Educación	50
2.3.3 Trabajo.....	51
2.3.4 Salud.....	52
2.3.5 Seguridad social	54
2.3.6 Personas mayores con discapacidad	57
2.3.7 Adultos Mayores hablantes de lengua indígena	58

Capítulo 3 Las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del Adulto Mayor	69
3.1 Descripción de las actividades de la vida diaria.....	69
3.2 Clasificación Internacional de la Salud	73
3.3 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	75
3.4 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	76
3.5 Calidad de vida	77
3.6 Modelos de calidad de vida.	81
3.6.1 Modelo Ecológico de Lawton	81
3.6.2 Modelo comportamental	82
3.6.3 Modelo de bienestar.	83
3.6.4 Modelo de satisfacción social	83
3.6.5 Modelo de desempeño de roll.....	85
3.6.6 Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida	85
Capítulo 4 ¿Qué es lo que pasa con el cerebro y la vejez?	88
4.1 Envejecimiento cognoscitivo.....	88
4.2 Plasticidad neuronal en la vejez	95
4.3 Funciones Ejecutivas	100
4.4 Análisis de las actividades y las FE	105
4.4.1 Iniciativa “Identificar un objetivo”	105
4.4.2 Organización “Establecer un plan de acción”	106
4.4.3 Planificación “Seleccionar los medios necesarios para la ejecución”	106
4.4.4 Flexibilidad “Verificar el resultado”	107
4.4.5 Toma de decisiones “Llevar a cabo el plan de acción”	107
4.5 Aspectos psicológicos del envejecimiento.	108

Capítulo 5 ¿Por qué disminuye la actividad en el adulto mayor?	114
5.1 Concepción de crisis.....	114
5.2 Jubilación.....	115
5.3 Síndrome del nido vacío.	117
5.4 Depresión.	118
5.5 Ansiedad.....	121
5.6 Síndromes Geriátricos.	124
5.7 Deterioro cognoscitivo.	125
Capítulo 6 Método	130
6.1 Análisis y síntesis de la información	130
6.2 Justificación	131
6.3 Planteamiento del problema	136
6.4 Objetivos.....	138
6.5 Definiciones conceptuales de las categorías.	138
6.7 Bibliografía.	150
Anexos	167
Manual de estimulación de las funciones ejecutivas del Adulto Mayor.	168

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es encontrar mediante una revisión bibliográfica herramientas para el psicólogo, que ayuden a mantener y potencializar las Funciones Ejecutivas (FE) en el adulto mayor a través de materiales especializados, con la finalidad de preservar las funciones y aminorar el deterioro que pueda tener el Adulto Mayor. Para conseguirlo, se plantearon dos métodos de análisis de la información, un marco de análisis documental y el método analítico sintético.

El envejecimiento cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y las FE son variables interactuantes en la vida del adulto mayor y el hecho de entender que el anciano es una persona que está en el proceso de envejecimiento y en el cual puede o no haber un deterioro y/o enfermedad.

Siendo el propósito principal de esta tesis proponer una estrategia de intervención para estimular las FE de Adultos Mayores, se presenta como herramienta un manual con indicaciones y actividades adecuadas para tal objetivo.

Los Objetivos específicos son: 1) Analizar desde un enfoque teórico la relación entre las FE, envejecimiento cognoscitivo y deterioro cognoscitivo; 2) Describir algunos de los factores que influyen en el Adulto Mayor en su decisión de excluirse de actividades que eran de su interés y disfrute particular; 3) Delimitar un conjunto de actividades lúdicas que estimulen las FE con la finalidad de brindar una mayor independencia cognoscitiva al adulto mayor y al mismo tiempo ayuden a los profesionales a estimular las mismas.

INTRODUCCIÓN.

Culturalmente se ve a los ancianos como seres enfermos, cuando en realidad son más las personas envejecidas funcionales contra las que ya tienen una dependencia, cuestión que en muchos casos se toma como sinónimo de enfermedad. Con esto no pretendo negar que haya Adultos Mayores enfermos, más bien, dejar en claro que la enfermedad y el envejecimiento no son sinónimos, como coloquialmente se puede llegar a pensar.

Pareciera ser común pensar en el Adulto Mayor como aquella persona que ha trabajado mucho y necesita descansar o delegarse a actividades que les demanden menores esfuerzos, lo que se hace con ésta forma de actuar con el Adulto Mayor es llevado a un estado de dependencia, inmovilidad física, poca o nula participación social, pérdida de sus capacidades y funcionalidad, decrementando su calidad de vida, por proteccionismo que va deteriorando al senecto y finaliza con la muerte.

Es común que ante el anciano se tome una actitud protectora, lo cual pudiese parecernos una conducta adecuada, lo que debemos hacer es facilitarle medios para que realice actividades, que fomenten su participación en decisiones de su casa y su vida, dichas acciones tienen que estar encaminadas a un objetivo evitando realizar solamente actividades por entretenimiento o en su defecto aparentar que se trabaja con él senecto.

Recordemos una frase de Charles Darwin “lo que no se usa, se atrofia” y en el adulto mayor dicha frase toma mayor importancia, ya que en esta etapa de la

vida se inclina con mayor facilidad al deterioro de las capacidades, y una vez que el deterioro empieza no se puede parar; por ello, si no se usan las capacidades de los senectos, es inminente que los mayores tendrán una dependencia e incapacidad que les dificulta vivir sin apoyo, pérdida de la autonomía, desgaste de la estructura familiar y lo principal, un deterioro en su calidad de vida.

La presente tesis surge del acercamiento y el trabajo con Adultos Mayores que se realizó a lo largo de 18 meses en CUSEN (Cuidados a la Senectud A.C.) una residencia geriátrica localizada al norte de la ciudad de México. Se observó la falta de manuales especializados en estimulación cognitiva que sirvan para mantener las FE del adulto mayor.

Se entenderá por Funciones Ejecutivas (FE) al proceso que se realiza para identificar un objetivo; establecer un plan de acción; seleccionar los medios necesarios para la ejecución del plan; llevar a cabo el plan establecido en una secuencia temporal adecuada; y por último verificar que el resultado alcanzado corresponde con el objetivo marcado inicialmente. Por lo que queda claro que son esenciales para cualquier actividad básica e instrumental de la vida diaria.

Otra de las necesidades que se observó fue la falta de un reconocimiento de las funciones que aún posee el adulto mayor, sea que viva en el entorno familiar o siendo huésped de una institución especializada; y la falta de seguimiento en el desarrollo y promoción de dichas funciones, para poder ofrecer un panorama de autonomía e independencia, para mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Por dichas necesidades surge el proyecto de elaboración de un manual que proporcione herramientas necesarias para facilitar la labor del personal de residencias gerontológicas, el cual direcciona un plan de trabajo con el objetivo de estimular las FE.

En nuestra sociedad occidental y en específico México, el promedio de vida poblacional ha aumentado dramáticamente y el porcentaje de personas que viven más allá de los 60 años ha crecido y ésta prevalencia seguirá acentuándose. Dicha población se conforma en su mayor parte por mujeres, quienes tienen demandas y características diferentes a los de varones envejecidos.

Para fines explicativos, fue importante dibujar una línea de diferencia entre envejecimiento cognoscitivo y el deterioro cognoscitivo para entender la naturaleza y desenvolvimiento de cada uno; y así mismo observar su relación con las FE y las actividades que se proponen.

El propósito principal de esta tesis es proponer una estrategia de intervención para estimular las FE de Adultos Mayores. La propuesta se presenta en forma de un manual con indicaciones y actividades adecuadas para tal objetivo.

Los Objetivos específicos son:

- 1) Analizar desde una revisión bibliográfica la relación entre las FE, envejecimiento cognoscitivo y deterioro cognoscitivo
- 2) Describir algunos de los factores que influyen en el adulto mayor en su decisión de excluirse de actividades que eran de su interés y disfrute particular.

3) Delimitar un conjunto de actividades lúdicas que estimulen las FE con la finalidad de brindar una mayor independencia cognoscitiva al adulto mayor y al mismo tiempo ayuden a los profesionales a estimular las mismas.

Para lograr lo antes descrito se realizó lo siguiente:

Recopilar actividades enfocadas a la estimulación de las FE iniciales o residuales del Adulto Mayor

Verificar que el resultado alcanzado corresponde con el objetivo marcado inicialmente.

Se trabajó un marco de análisis documental y el método analítico sintético, bajo la visión de que el envejecimiento cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y las FE son variables interactuantes en la vida del adulto mayor.

También se toma en cuenta que el anciano es una persona, viviendo el proceso del envejecimiento y en él puede haber un deterioro que no necesariamente es acompañado de procesos patológicos.

A partir de un primer acercamiento se buscaron diferentes manuales que tuvieran objetivos específicos para la estimulación de las FE; manuales que principalmente se encontraron en Europa y posteriormente se adaptaron para el uso en México, actividades de gran importancia para el mantenimiento de la independencia cognoscitiva del adulto mayor.

Por lo anterior, el objetivo fue recopilar actividades que no fueran de distracción, más bien, herramientas que favorezcan la independencia y calidad de

vida del senecto, a su vez que sirva como material de apoyo para el profesional a cargo de la estimulación cognoscitiva.

Hoy en día el manejo y trabajo de la estimulación cognoscitiva demanda que psicólogos y demás profesionales dominen ésta rama, ya que la demanda próxima hará que nuestros sistemas de atención para el mayor puedan colapsar y los profesionales se capaciten de manera expés.

Se realizó un análisis completo acerca de la situación, contexto y concepto de lo que engloba la etiqueta Adulto Mayor, Viejo, senecto, entre otras. Para fines explicativos fue importante dibujar una línea de diferencia entre envejecimiento cognoscitivo y el deterioro cognoscitivo, para entender la naturaleza y desenvolvimiento de cada uno y así mismo observar su relación con las FE y las actividades que se proponen.

Con todo lo anteriormente descrito se proyecta plantear un manual de trabajo completo para el profesional que abarque los cuatro tiempos de trabajo con el adulto mayor: valoración/reconocimiento, planeación, ejecución del plan de estimulación y revaloración de las FE.

Capítulo 1

Eso que llamamos “Vejez”

El término vejez quizás para muchos sea algo que llega con los años, algo inevitable. Para otros hablar de la vejez sea difícil, por miedo, rechazo o repugnancia, e incluso el sólo hecho de verlo como una etapa de la vida que llegara en algún momento, puede parecer innecesario preocuparse por ello, muchos menos planearla. Pero ¿Qué es eso que llamamos vejez?, ¿Es una enfermedad?, ¿Es algo que podemos evitar?

Mediante la lectura del presente capítulo tratare de dar una breve explicación acerca de la vejez en México, con la única finalidad de contribuir a modificar las representaciones sociales negativas de la vejez.

1.1 El proceso de envejecimiento

El envejecimiento empieza cuando nacemos y termina cuando morimos, por tanto la vejez es un estado del ser, mientras que el envejecimiento es un proceso en el que se dan cambios. No se puede señalar con exactitud el comienzo de la vejez, pues hay personas de sesenta y hasta menos años que pueden considerarse como viejas, mientras que otras llegando a los 105 años conservan el vigor físico y la lucidez casi intacta.

Biológicamente el término de vejez se refiere a un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y finalmente termina con la muerte, estos cambios varían entre un

organismo y otro dependiendo en gran medida del uso, abuso y desuso (Smith y Ders, 1999).

Anteriormente la vejez era considerada como fuente de prestigio y sabiduría, sin embargo en la actualidad es definida como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro, enfermedad e incluso de ineficiencia (Aristizabal, 2008). En algunas sociedades antiguas, el gobierno estaba compuesto por ancianos debido a su experiencia con la vida, y los jóvenes eran considerados inexpertos. Un ejemplo son los griegos, quienes veneraban al adulto mayor y sacrificaban con muerte a los jóvenes, pues prevalecía la creencia de que ponían en peligro la estabilidad de las instituciones sociales que en ese entonces predominaban.

Respecto a la vejez emergen muchos mitos, entre ellos están, “los Adultos Mayores ya no pueden trabajar”, “se tienen que quedar en casa, por seguridad” “están imposibilitados para hacer actividades que antes hacían”, entre otros. En realidad, durante ésta etapa se presentan una serie de cambios que abarcan todos los ámbitos de la vida.

La OMS (2010) comenta que el envejecimiento de la población mundial, es un indicador de la mejora de la salud mundial y que la población mundial de 60 años o más actualmente es de 650 millones, llegando a alcanzar en el 2050 los 2000 millones de adultos mayores.

Es importante ver a la vejez como una etapa y no como el final de una vida, en la que tenemos la oportunidad de darle un nuevo giro a nuestra vida y disfrutar de aquellas cosas que dejamos de disfrutar por dedicarnos a otras cuestiones.

Es importante resaltar que durante éste proceso de cambio, aumentan algunas atenciones como: asistencia médica, cuidados específicos tales como los de apoyo domiciliario de psicólogos, médicos, enfermeras, paramédicos; además de la evidente toma de medicamentos, consecuencias del mismo desgaste o deterioro del cuerpo que se dan.

Autores como Ocampo & Londoño (2007); Aranibar (2001); y CONAPAM (2003) coinciden al mencionar que la vejez constituye una etapa del ciclo vital y que no existen datos seguros que indiquen cuando inicia, ellos detallan tres concepciones entorno a la vejez.

- ✓ **Vejez cronológica.** Refiriéndose al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en que las personas cumplen los 60 años.
- ✓ **Vejez biológica o funcional.** La cual trae consigo reducciones de la capacidad funcional consecuencia del transcurso del tiempo lo cual no quiere decir que mantengan imposibilitados para llevar una vida plena.
- ✓ **Vejez como etapa vital.** En la que se reconoce que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona la cual posee ciertas limitaciones, pero también se encuentra llena de potencialidades como experiencia, madurez vital y serenidad de juicio.

Lobo, Saz y Roy (2003) comentan que el envejecimiento es conducido por un mecanismo que conlleva a los cambios fisiológicos y psicológicos, además de que no se encuentran entrelazados con la edad cronológica y la gente no experimenta el mismo declive a la misma edad.

Es decir, no todos envejecen con una misma velocidad, hoy podemos ver que una persona puede tener 104 años y tener una capacidad cognoscitiva superior a la que pertenece su rango de edad. Podemos seguir viendo que hay autores como Aranibar, (2001) que apoyan esta concepción.

García y Benito (2003) Consideran que el envejecimiento se refiere a aquellas modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas que aparecen en el organismo, lo que produce esta serie de cambios es el complejo funcionamiento fisiológico en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra.

González y Garcia, (2007) afirman que la edad cronológica no es variable determinante del proceso de envejecimiento, aunque es un factor importante.

Podemos entender que esta etapa no solo está determinada por las características físicas, más bien por el conjunto de factores psicológicos, físicos y sociales teniendo todas de igual importancia en la vida del Adulto Mayor.

Es cierto que las características físicas, psicológicas y sociales son remarcadas conforme avanza la edad, pero también es cierto que no hay acuerdos generales en cuestión al inicio de esta etapa, en algunos países europeos se toma como decreto los 65 años, en otros más desde los 60 años.

En el año de 1982, la asamblea mundial sobre el envejecimiento estableció que el inicio de la vejez empieza a los 60 años (58a Asamblea mundial de la salud, 2005) y posteriormente la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión en su “Ley de los derechos de las personas adultas mayores” en su última reforma del 25 de abril de 2012 se toma como determinante la edad de 60 años para decir que una persona ya es adulto mayor, por tal motivo la tomaremos como referencia para referirnos a la vejez.

Las Naciones Unidas, (2002) dicen que en la vejez existe una pérdida gradual de las capacidades que puede ser acelerada por una enfermedad.

Autores como Warner y Sherry, (2003) han definido el envejecimiento como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Concepto al cual considero parcialmente correcto, recordemos que también no todos los Adultos Mayores son enfermos y que la vejez no es la ante sala a la muerte.

Roqué y Fassio, (2007) comentan que estos cambios se encuentran en diferentes esferas como lo son morfológico, fisiológico, psicológico, funcional y bioquímico y que se caracterizan por una pérdida gradual y progresiva de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Lo que nos deja, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma y paso de los años.

Tabla 1

Órgano	Efectos naturales del envejecimiento	Factores aceleradores
Piel	Pierde espesor y elasticidad, lo que produce la aparición de arrugas	El tabaquismo y la excesiva exposición al sol
Cerebro/sistema nervioso	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren. Mayor lentitud de reacción ante los estímulos, pues los reflejos se debilitan; además, de la latencia de reacción.	El consumo excesivo de alcohol y drogas y por medio de golpes en la cabeza
Sentidos	Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas	El tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos
Pulmonar	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad	El tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio.
Corazón	Bombea con menos eficacia dificultando el ejercicio	El consumo excesivo de alcohol, tabaco y malos hábitos de alimentación
Circulación	Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias	Las lesiones y obesidad
Articulaciones	Pierde movilidad (rodillas y cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constante, consecuencia de la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provocando el encogimiento típico de la ancianidad	Las lesiones y obesidad
Músculos	Pierden masa y fortaleza	La falta de ejercicio y la desnutrición
Hígado	Menor eficacia en el filtrado de toxinas de la sangre	El abuso de alcohol e infecciones virales.

En la tabla 1 se hace una compilación de los principales cambios a nivel fisiológico que se presentan durante la vejez, dicha información fue compilada de Gutiérrez Robledo, (1999); y de Ocampo y Londoño (2007).

Junque y Jurado, (1994) quienes ya habían investigado acerca del envejecimiento, llegando a la conclusión de las modificaciones que se tienen en el área psicológica y son evidentes en los procesos sensoriales, perceptuales y en las capacidades cognitivas tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria.

Hansen Lemme, (2002); Sahler y Carr, (2007) señalan que además de los cambios a nivel psicológico, biológico y social, que se viven durante la vejez existen dos aspectos relacionados que marcan la diferencia: un envejecimiento normal y uno patológico.

En Hansen Lemme, (2002) dicen que los cambios son lentos pero no afectan de igual medida a todas las funciones; mientras Sahler y Carr, (2007) refieren que las enfermedades que alteran el proceso de envejecimiento, actúan como catalizadores volviendo a la persona cada vez más dependiente.

Los cambios que se generan no pueden tratarse y entenderse de manera aislada, pues están íntimamente vinculados. Retomando a Hansen Lemme, (2003) afirma que el envejecimiento como proceso resta funcionalidad de las capacidades del Adulto Mayor notándose en la pérdida de agudeza en los procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz, dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, entre otras.

Mientras que Sahler y Carr, (2007) complementan diciendo que dentro del ámbito familiar (social), los cambios se ven influenciados por el abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, restructuración o inversión de las relaciones de dependencia, además se presenta la ruptura del ámbito laboral, pérdida o disminución del poder adquisitivo, modificaciones en el rol social, incremento en el tiempo de ocio, reducción de las redes sociales. Así mismo Hansen, (2002) y FUNBAM, (2005) sostienen hipótesis muy similares a las trabajadas por Sahler y Carr.

Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, (2002) consideran que los procesos psicológicos (percepción, memoria y procesamiento de la información, etc.) están presentes en toda la población anciana, puesto que en el proceso de envejecer existe una organización protectora y que es jerárquica que contempla:

- ✓ La herencia genética del individuo.
- ✓ Las enfermedades, accidentes y/o procesos biológicos de la persona.
- ✓ La experiencia acumulada por la persona, sus aprendizajes y la maduración neuropsicológica adquirida.

Ardila, Roselli, Bustamante y Betancur (1986) dan las bases para el trabajo que realizó Junque y Jurado, (1994) y consideran que estos aspectos dependen y varían con las circunstancias culturales, estilos y ritmos de vida que viven y/o vivieron.

Quintanar Olguin, (2000) Maneja un ejemplo diciendo que los ancianos son menos aptos para organizar e integrar información, por consiguiente tienen menor éxito en tareas de resolución de problemas, recordar con mayor facilidad acontecimientos pasados que recientes, entre otros.

Es por eso que coincido con González-Celis y Araujo, (2010) al decir que “Tal vez, la carga más grande del adulto mayor no es el proceso de envejecimiento, sino la serie de cambios sociales a los que se expone conforme avanza la edad y probablemente estos se deban a los prejuicios sociales”, con esto vemos que no es el deterioro que trae consigo el proceso de envejecimiento, son todos esos atributos, pensamientos y estilos de vida que se derivan del Adulto Mayor y su entorno social.

A pesar de estar caracterizada socialmente y por el anciano como una pérdida de habilidades, hábitos y costumbres que para este marcaban el sentido

de su existir, hoy el anciano puede elaborar estrategias para cubrir dichas pérdidas y de esa manera continuar aportando a la sociedad tanto como le sea posible; siempre y cuando se le brinden las herramientas necesarias para su adaptación a este nuevo estilo de vida.

Sánchez y García, (2004) apoyan y complementan lo antes dicho diciendo que el cambio de esta concepción trae consigo un mantenimiento de su vida independiente y un aumento en la calidad de vida.

Ríos, Flores, Perea, Pizarro y Aracena, (2003) encontraron que el Adulto Mayor puede aprender a realizar otras actividades diferentes o novedosas que le sirven para seguir apoyándose económicamente, puesto que el proceso de aprendizaje sólo se ve modificado, más no deteriorado al grado de ser imposibilitado.

Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, (2002) comentan que al entrar a la tercera edad, la vida productiva formal llega a su fin con la jubilación, lo que trae como consecuencia que el mismo anciano se sienta, piense y actúe de manera diferente, pues al alejarse del mundo laboral se enfrenta con una pérdida del rol social, disminución de actividades, responsabilidades y sobre todo el poder adquisitivo que antes contaba.

En el mundo existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta, este fenómeno no está aislado para México, el envejecimiento es un fenómeno a nivel mundial que está afectando los sistemas de salud, pensiones, económico, social, entre otros.

Todas las teorías anteriores, dejan en claro que el proceso del envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y es un proceso individual y multifactorial, siendo importante el manejo de una nueva concepción de ésta etapa, para que en base a ello se desarrollen estrategias y propuestas de atención que promuevan una vejez activa y funcional, sin negar las necesidades específicas de atención antes mencionadas.

En México como una de las respuesta a las necesidades de la población Adulta Mayor, existe el INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) organismo público con el principal objetivo de coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas para los mayores mexicanos, éste organismo ha desarrollado clubes de la tercera edad donde el principal objetivo es el de promover y realizar actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de artesanía y oficios.

Estos centros culturales proporcionan materias de formación con el objetivo de incrementar el nivel de cultura de los asistentes y en ambos lugares se promueve el desarrollo de habilidades y destrezas a través del aprendizaje de oficios, artes plásticas y otros.

Actividades que les permiten producir artículos para el auto consumo y la comercialización en una pequeña escala inclusive el instituto tiene una “casa de artesanías de las personas adultas mayores” donde los asistentes venden artículos elaborados por ellos mismos.

Además en el INAPAM se realiza una gran diversidad de eventos deportivos, juegos como ajedrez, atletismo, basquetbol, entre otras (INAPAM, 2011).

Así como existe el INAPAM existen otras instituciones que se dedican al adulto mayor, desde luego estas actividades son planeadas para el público en general, dejando de lado aquella población que no va a dichos centros y las personas tienen un grado de deterioro mayor en sus capacidades, además de no contar con herramientas para una evaluación psicogerontológica y el uso de objetivos específicos.

Como podemos ver esta etapa de la vida no es sinónimo de inhabilidad, dependencia, enfermedad o deterioro; puesto que no en todos los Adultos Mayores prevalecen deficiencias en su salud, solo una pequeña parte de esta población llega con una significativa disminución de sus capacidades a tal grado que limite su independencia.

González-Celis y Araujo, (2010) encontraron que algunas de las determinantes para una vejez “común” son los adecuados hábitos alimenticios, ejercicio, vida activa, interrelaciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

Conceptualizar a la vejez es un trabajo arduo ya que hasta el momento se tiene una difusa concepción que delimite su inicio y estadio. Actualmente existen diferentes concepciones y a partir de dichos conceptos trataré de dar una clara noción de lo que entendemos por vejez.

Rodríguez Ávila, (2008) conceptualiza que la vejez es el resultado del envejecimiento y es un hecho que afecta a una parte de la población mundial.

1.2 Tipos de envejecimiento.

El envejecimiento poblacional es uno de los más grandes triunfos de la humanidad, pero también uno de sus mayores retos.

Para la mayoría de las personas, el envejecimiento está asociado a un empeoramiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales. Coincidimos con EGE, y otros, (2007) en que puede afectar la capacidad de mantenerse activo, obtener y procesar información, definir y concretar los objetivos; pero esto no es unidireccional, todo lo contrario, es un proceso por el cual pasamos todos desde el primer día de vida y que al llegar a cierta etapa se hacen más evidentes ciertas fallas, sin ser un factor determinante para realizar su vida de forma independiente y tampoco sinónimo de alguna enfermedad.

Para fines de estudio y de entendimiento diferentes autores lo han dividido en varios tipos de envejecimiento siendo entre ellos el envejecimiento exitoso, saludable y activo los más estudiados y mejor desarrollados. Cabe resaltar que estos envejecimientos han sido definidos de acuerdo a su prevalencia.

Aunque existen distintos tipos tomare como marco de referencia al envejecimiento activo como base a considerar dentro de la estimulación cognoscitiva de las FE, en este tipo de envejecimiento se parte de la funcionalidad con la que llego el Adulto Mayor y se crean alternativas para mantenerse en

óptimas condiciones el funcionamiento de sus facultades y capacidades, al mismo tiempo que se mejora su calidad de vida.

1.2.1 Envejecimiento Exitoso o ideal.

Este envejecimiento es el menos común en la población envejecida, se plantea como la suma de todas aquellas actividades y conductas protectoras de la salud que realizó en la juventud y prepararse para la vejez.

Debemos de aclarar, que por ser el envejecimiento menos común, implica que no se presente en los Adultos Mayores, de hecho se le ha llegado a conocer como envejecimiento ideal, ya que a cualquiera de nosotros nos gustaría llegar a viejo de forma independiente, autosuficiente y funcional.

Neri & Debert, (1999) proponen que posee tres connotaciones generales. La primera se refiere a la realización del potencial individual, capaz de generar satisfacción física, psicológica y social, según el individuo y su grupo de edad. Es evaluada de acuerdo a condiciones objetivas disponibles, por la visión que la sociedad e instituciones poseen sobre tales condiciones y por las consideraciones necesarias para la realización plena de éste potencial.

La segunda significación, toma como parámetros el funcionamiento más cercano a la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento.

La tercera idea de envejecimiento exitoso se relaciona con la identificación de comportamientos, para los cuales los individuos poseen un buen desempeño y de optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación.

Cachioni, (1999) lo describe como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar con un alto nivel de actividad física y mental. Definición que plantea una decisión y compromiso con la vida por medio de relaciones interpersonales y la participación en actividades sociales desde la juventud.

El envejecer exitosamente depende mayoritariamente de acciones en prevalencia y promoción de la salud que tenga la persona.

Rice, Lockenhoff y Carstensen, (2002) afirman que el envejecimiento exitoso y tercera edad son teóricamente nociones relacionadas y se puede decir que comparten muchas perspectivas y significados. También comentan que es una importante aspiración humana, todos deseamos envejecer bien, sin dolor o con el mínimo sufrimiento.

Engler, (2012) describe los factores protectores para tener un envejecimiento exitoso y encontró que se debe a que los ancianos con este tipo de envejecimiento cuentan con: a) el mantenimiento de las capacidades funcionales físicas, cerebrales, afectivas y sociales; b) una alimentación adecuada; c) un proyecto de vida motivante para prevenir déficits psicológicos; d) sustitución de lo que ya no se puede hacer, e) un adecuado uso de los instrumentos paliativos.

Para lograr o generar un envejecimiento exitoso, Skinner y Vaughan (1983) en su libro “Disfrutar la Vejez”, mencionan que la felicidad del anciano se debe a la aceptación de su papel como anciano en la escena de la sociedad y de las características del rol del anciano: la serenidad o tranquilidad, la sabiduría, el sentimiento de libertad, la dignidad, el humor. Mientras que Castillo, (2009) considera que es necesario mantener una personalidad sana la cual consta de una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria de la vida, pensamiento racional y estabilidad emotiva, por consiguiente englobando todos estos elementos decimos que las personas de la tercera edad para tener un envejecimiento exitoso necesitan disfrutar de la vejez como un proceso más y no como una consecuencia a los años vividos.

Es necesario comprender que envejecer no es igual a deterioro, enfermedad, pérdida o fracaso sino más bien una etapa en la que solo se presentan cambios en el área biológica, psicológica y social. Los cambios que tenga el mayor dependen en gran mayoría del tipo de envejecimiento que esté presente.

1.2.2 Envejecimiento Saludable.

En el envejecimiento la mayor parte de los órganos sufren un deterioro de su capacidad funcional y de su habilidad para mantener la homeostasis; el envejecimiento saludable plantea la posibilidad de potencializar a partir de lo que se tiene motivando el estado funcional y las capacidades que tiene la persona para llevar a cabo sus actividades de forma independiente, sus principales objetivos son: el de crear habilidades y recursos que faciliten la producción de una

mejor calidad de vida en el adulto mayor partiendo de lo que ya tiene: se elaboran estrategias para preservar y/o mantener el mayor tiempo posible sus capacidades, habilidades y funciones. Como podemos ver el envejecimiento saludable es un bienestar social, mental y físico óptimo que se obtiene a través de las actividades diarias.

1.2.3 Envejecimiento Activo.

Bermejo, (2010) encuentra que el término activo fue adoptado por la OMS a finales de 1990. El objetivo de adoptarlo como concepto fue el de buscar un mensaje más amplio que el del “Envejecimiento saludable” reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario prevalente en esa época

Para la OMS citado en Bermejo, (2010) el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, Psíquico y social durante toda la vida. El principal objetivo que se encuentra es el de extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Obsérvese que el envejecimiento activo es un proceso que requiere de la optimización de oportunidades para luchar por la salud, la participación efectiva en la vida y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando se envejece.

Perea Quesada, (2004) concluyen en que además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en:

- ✓ Actividades recreativas
- ✓ Actividades con carácter voluntario o remunerado
- ✓ Actividades culturales y sociales
- ✓ Actividades educativas
- ✓ Vida diaria en familia y en la comunidad.

El término “Activo” se refiere a una continua interacción social, económica, espiritual, cultural y cívica; y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo (Giró Miranda, 2006).

El propiciar la independencia del individuo es el principal objetivo que se persigue en este tipo de envejecimiento, llegando a ser la clave de mí trabajo.

El enfoque del “envejecimiento Activo” está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

Para poder entender este tipo de envejecimiento tenemos que entender los diferentes factores que lo determinan como dice la Sociedad Española, (2004).

1. **Género y cultura:** dos factores cruciales. El género tiene un profundo efecto en el estatus social (el acceso a la educación, trabajo, salud y la alimentación) los valores culturales y las tradiciones, determinan la visión

que una determinada sociedad tiene de los mayores y su convivencia con las otras generaciones.

2. **Sistema Sanitario y Social:** necesita tener como objetivos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria de salud y a los cuidados de larga duración. Los servicios sociales y sanitarios deben ser, universales, equitativos, deben estar coordinados o integrados y con un coste efectividad adecuado.

3. **Factores Económicos** (ingresos, trabajo y protección social): en muchos casos después de la jubilación disminuyen los ingresos de las personas mayores y sobre todo de las mujeres. Así las políticas para este tipo de envejecimiento deben estar enfocadas en reducir la pobreza del colectivo y procurar su implicación en actividades que generen ingresos.

4. **Factores del entorno físico:** espacios libres de barreras arquitectónicas y viviendas adaptadas que disminuyan los accidentes de tráfico y las caídas tan frecuentes en este grupo de edad, causantes de discapacidad y morbilidad.

5. **Factores personales:** biología, la genética y la adaptabilidad, pero las pérdidas pueden ser compensadas con las ganancias en sabiduría, conocimiento y experiencia.

6. **Factores comportamentales:** ligados a las conductas que tiene el adulto mayor acerca de la salud y actividad física adecuada y regular

conductas como el comer saludablemente, estimulación cognoscitiva, dejar de fumar, abuso del alcohol y los medicamentos; prevenir enfermedades y el declinar funcional; y la mejora de la calidad de vida.

7. Ambiente social: Oportunidades a la educación y aprendizaje durante toda la vida y protección frente al abuso y la violencia, son los factores clave del ambiente social que pueden mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez.

Hoy en día el envejecimiento activo ha tomado un gran auge y fuerza dentro de los proyectos que están diseñados para el adulto mayor.

1.3 Mitos y realidades en la vejez

De acuerdo con Loewy, (2004) el 14 de octubre de 2003 murió en la Republica Dominicana la persona más longeva en la historia de la humanidad a sus 128 años, estamos hablando de Elizabeth “Ma. Pampo” una mujer que naciera (enero 1875) mucho antes de la creación del teléfono o la lámpara incandescente, lo que demuestra que hay personas que están llegando a vivir edades más prolongadas.

El llegar a vivir hasta 128 años para muchos es inconcebible, sin embargo en el mundo existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta y no está aislado para México, el envejecimiento poblacional es un fenómeno a nivel mundial que está afectando los sistemas de salud, pensiones, económico, social, entre otros, sin embargo en las representaciones sociales que tenemos acerca de la vejez, es difícil creer que se tenga una expectativa de vida tan larga.

Las representaciones en muchos casos llegan a ser limitantes para las personas, éste concepto aparece por primera vez en la obra de Moscovici (1961) donde expone que la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Además que es una forma organizar los conocimientos y las actividades psíquicas, estas se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de la imaginación. También son consideradas como sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. (Moscovici, 1961/1979, citado por Perera, M., 1999, p. 43)

Por lo que se puede definir que las representaciones sociales son lo que construye el sentido común, a partir de la cual una sociedad se crea a sí misma, es decir determina formas de ver y concebir el mundo, así como la forma de vivir de cada uno de sus integrantes.

Teniendo en cuenta las ideas de Moscovici, la representación social es un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado.

Como podemos ver Moscovici explica que las representaciones sociales “se originan en la vida cotidiana y se comparten socialmente”, Así mismo en el ámbito de la investigación profundiza Jodelet (1982) al decir que las representaciones sociales son una forma de pensamiento social, compartido y de carácter práctico que permite interpretar acontecimientos de la vida diaria, información y características del medio ambiente así como a los actores sociales comprometidos en esta elaboración” (Jodelet, D., 1982, p. 377)

Como se puede dar cuenta las representaciones sociales son aquellas ideas que nos creamos a través de la experiencia, generalizándolo y haciendo un mapa que traza como son las cosas a nuestro alrededor. Por eso es, que si se han tenido experiencias desagradables con senectos, o si solo a tratado con Adultos Mayores, es obvio que se pensara a partir de estos acontecimientos.

Monchietti, Lombardo, y Sánchez, (2007) en un estudio realizado por la universidad de Rio de la Plata, Argentina acerca de las representaciones sociales que tienen niños y adolescentes con edades entre 11 y 14 años, éste estudio utilizó entrevistas focalizadas y el dibujo de una persona vieja.

Encontraron en las entrevistas que se caracterizó mayoritariamente lo que llamaron grupo de aspecto físico, donde la mayoría de las respuestas estaban encaminadas a la descripción física (apariencia). Los calificativos más mencionados están las arrugas, canas, caminar lento, encorvadas, con lunares y verrugas, orejas, una minoría se refirió al deterioro físico, mencionaron que los Adultos Mayores son frágiles, que utilizan bastón, que tienen problemas visuales y

que son desdentados. En un solo caso se hizo referencia a la experiencia y la posibilidad de ser consejeros.

En este mismo estudio se preguntó a los participantes acerca de la edad en la que consideran se es Mayor, la mayoría de los participantes manifestaron edades entre 50 y 59 años, otros tantos consideraron que los viejos son las personas de 60 a 69 años, mientras que la minoría manifestó que se es Adulto Mayor a partir de los 70 años.

En cuanto a las actividades que realizan los envejecidos, manifestaron que se ocupan de su casa, cuidan de sus nietos, miran novelas, reniegan con los gatos, tejen, venden productos, atienden kioscos y son empleadas domésticas. Mientras que en el dibujo se encontraron rasgos como arrugas, bastón, barba, calvicie, anteojos, boca desdentada y ropa remendada. Mientras que en la mayoría de los dibujos la figura representaba a una persona delgada y pequeña; sabemos que Argentina está a miles de kilómetros de México sin embargo, realizo la siguiente pregunta ¿Estas representaciones son muy diferentes a las que tenemos acerca del anciano en México?

Ahora, con esta información ¿Qué representación del viejo tiene? seguro ha de ser una similar a la que se plantean en los anteriores trabajos, pero la pregunta es ¿Será cierto? ¿Todo Adulto Mayor es así?, seguramente conoce algún Adulto Mayor que pueda romper con esta idea o representación que se tiene, alguien que como se dice comúnmente anda del tingo al tango y surge otra pregunta ¿Esta persona estará enferma? Seguramente tendrá alguna enfermedad como todos

nosotros lo tenemos, por el contrario rompe con la dinámica que tenemos acerca de las personas pertenecientes a este grupo de edad.

Las representaciones que uno tiene acerca de la vejez no son sinónimo de ley, más bien, son la acumulación de las experiencias que uno va teniendo acerca de la convivencia con Adultos Mayores.

Hoy en día tenemos que dejar de lado estas ideas, que no son ley para describir al adulto mayor, y adoptar la posibilidad de que es una etapa de la vida en la que se plantean nuevos retos, que es una etapa en la que uno se puede reinventar, si ya fuiste carpintero, empresario, albañil, ama de casa, costurera, profesionista y mecánico.

Hoy la persona puede hacer otra cosa muy distinta y acercarse a la expectativa que tenía de la vida, se debe de tener que es una nueva etapa más relajada en cuanto a compromisos sin embargo se tiene una importante tarea: la posibilidad de rehacer una nueva vida y reinventarse.

Hay que tener en cuenta lo que dice Montilla Esteban R. (2009) “Los prejuicios negativos dicen que las personas de edad son viejos enfermos, deprimidos, pobres, e inactivos sexualmente o asexuados” (pp.51 y 52), Sin embargo en realidad no lo son, los prejuicios que tenemos acerca de la vejez, son quienes delimitan esta visión. Hoy ya sabemos que la vejez es la etapa en la cual se observan la mayor cantidad de variaciones en la personalidad y carácter de una persona; y como dice Montilla (2009), hay tantas maneras de ser viejo como Adultos Mayores hay en el planeta.

El Adulto Mayor no es un ente enfermo o tiene más enfermedades que un joven, más bien hacemos referencia a aquellas experiencias que tenemos, sin hacer referencia en la diferencia existente entre deterioro y enfermedad,

Gonzales García (2005) hace referencia que a la vejez algunas personas la perciben como una etapa creativa y que puede ser renovada y en general, se acepta como una meta sin retorno y como la única temporada vital que solo puede ser alterada por la muerte. Esto significa que no en todos los adultos mayores existe esa sensación de inmovilismo existencial acompañada de la certeza de la cercanía física y cronológica de la muerte.

El envejecimiento es un proceso en el que cada individuo esta desde el primer día de su vida, lo podemos ver muy diferente en cada persona de acuerdo con el ritmo de vida, sedentarismo, conductas y hábitos de salud; entre otras muchas cosas más que dictaran el desgaste de sus órganos incluyendo al cerebro.

Hoy hablar de lo que es el envejecimiento también nos hace ver la forma en la que se está envejeciendo a nivel poblacional y mundial, como se revisó en el capítulo hay múltiples concepciones acerca de la vejez y sus cambios. En ésta tesis consideramos que el anciano es la persona que se enfrenta a un cambio importante tanto en lo fisiológico, anatómico psicológico y emocional pero sigue siendo una persona activa y grandes deseos de vivir plenamente. En nuestro país la tendencia, tal como lo indican los datos, es de que está población se incrementa y crece la demanda de servicios para garantizar una mejor calidad de vida. Estas estadísticas se revisan en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

Envejecimiento en México.

Durante el capítulo anterior se habló de forma general puntos importantes acerca de la vejez, sin ahondar en la realidad en México. En el presente capítulo abordo estadísticas e informes acerca de la situación en la que se encuentran los Adultos Mayores, la información fue recopilada en su mayoría por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) y de estudios realizados durante 2004 y años anteriores como lo son Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México, Estudio Nacional de Envejecimiento Poblacional; cabe mencionar que dichos estudios son los más recientes en cuanto a la descripción de la vejez.

2.1 México y sus viejos en números.

El acelerado crecimiento demográfico de la población en México, ha propiciado un sin número de preocupaciones en cuanto a la asistencia que se necesita tener para apoyar a este grupo social de Adultos Mayores a 60 y más años, situación que tiene sin duda alguna repercusiones en las áreas políticas, sociales, culturales, económicas y sobre todo en la salud de nuestra sociedad.

Punto particularmente importante, por lo que las instancias médicas y sociales ya han empezado a emplear medidas al respecto. Sin embargo el ámbito

psicológico y el desarrollo de la psicogerontología necesitan un mayor auge debido a todas las necesidades que se están viendo.

El hecho demográfico frente a las personas ancianas es el incremento de su número, en esta población podemos ver que está conformada mayoritariamente por mujeres, a lo que se ha llamado feminización de la vejez ((Alonso Galbán, Sanso Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco Garcia , & Oliva, 2007); (Bermis, 2004)); Esto no significa que al vivir más, se tengan una mejor calidad de vida que los hombres, más bien todo lo contrario, como comenta Dulcey Ruiz (2002) “El ser más longevos, no lleva consigo el que la persona lleve una mejor calidad de vida” (p:15). Además lo podemos ver demostrado en los estilos de vida de cada género; la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres; mientras que para el estilo de vida es más activo para el hombre que para la mujer durante la juventud, mientras que para la de edad avanzada esta situación se invierte.

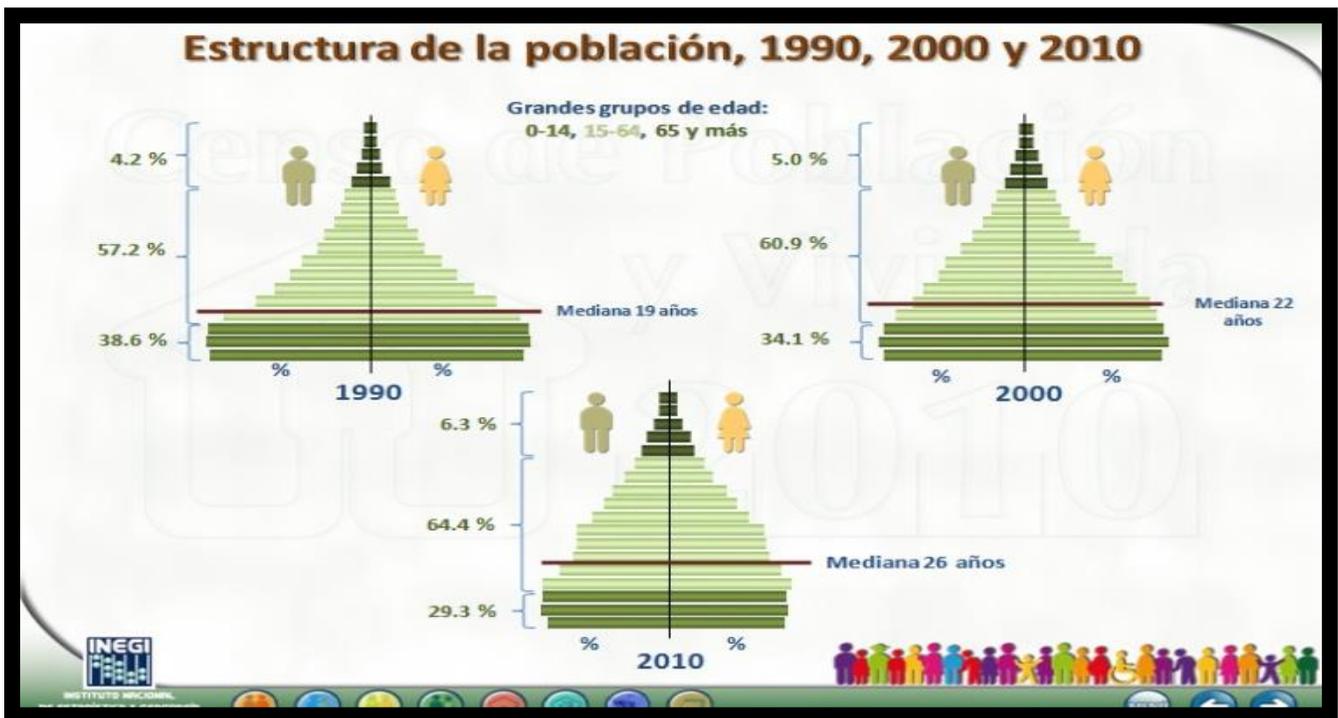


Ilustración 1

Se tiene la hipótesis de que este fenómeno se suscita debido a los estilos de vida que vive el hombre y las conductas de riesgo en las que se ve sujeto diariamente en la dinámica social (Prado & Sojo, 2010); (Reyes Camejo & Triana Álvarez, 2002);(Vera, 2007).

Hoy es común escuchar que el número de personas que llegan a edades avanzadas está aumentando en todo el mundo, durante el último conteo de población realizado por el INEGI (2010) en 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total; en 1990 ascendía al 6.2%; para el 2001 la OMS reportó que había 590 millones de personas mayores de 65 años; y para el año 2030 se calcula que será el 12.6%; lo que representa pasar de 5,016,000 individuos en 1990 a 17,404,000 para el año 2030 así mismo el UNFPA (2011) reporta los mismos datos, en el informe el UNFPA (2011) estiman que para México en el año 2050 uno de cada cuatro habitantes será mayor de setenta años. En la ilustración 1 el INEGI (2010) presenta la pirámide poblacional correspondiente a México y realiza una comparación con años anteriores, podemos ver un incremento considerable de los habitantes mayores de 85 años, ya que demuestra el engrosamiento de un sector de la población, siendo marcado en el achatamiento de extremos superior e inferior.

Mediante esta ilustración también podemos ver que la media de la población (población potencialmente productiva) se ha ido desplazando hacia el extremo inferior (personas con mayor edad) empezando en 1990 con una mediana de 19

años; en el año 2000 correspondía a 22 años, mientras que para este decenio actual tenemos una media de 26 años (INEGI, 2011); (CEPAL, 2010).

Existen muchas teorías acerca de estos cambios, autores como (Vera, 2007) (Alonso Galbán, Sanso Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco Garcia , & Oliva, 2007) atribuyen que se debe a la disminución en la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida debido al descenso de la mortalidad.

El proceso de envejecimiento en México encierra características específicas que deben tomarse en cuenta para la formulación de políticas específicas, ya que hay una predominancia femenina y una mayor proporción de la población de 60 años y más reside en el medio rural.

2.2 La población Mexicana y sus Adultos Mayores

De acuerdo con INEGI (2010); CEPAL (2010); UNFPA (2011), se encontró que somos 112 millones 336 mil 538 personas que da un incremento en la población mexicana por arriba de nueve millones respecto a su último conteo en el año 2005, que pertenecía a 103 millones 263 mil 388 personas; mientras que para el año 2000 México contaba con una población de 95 millones 753 mil 396 personas, con estos datos estamos hablando de cerca de quince millones de mexicanos en tan sólo diez años.

Mientras para el año dos mil contábamos con una población total de 97 millones 483 mil 412 personas, de las cuales 4 millones 750 mil 311 eran Adultos Mayores; contraponiendo esta información tenemos actualmente hasta el año 2010, con el conteo nacional de población realizado por el INEGI (2010); CEPAL

(2010); UNFPA (2011) corroboran esta información una cantidad de 6 millones 938 mil 913 de ancianas y ancianos en México lo que marca y corresponde al 5.7 % de la población total.

Esté rango de población pasó de ser de 1/20 de la población total en el año 2000 a ser 1/16 del total de la población en el año 2010, para entender mejor estas cifras hagamos un pequeño ejercicio supongamos que a todos estos Adulto Mayor que viven actualmente en el país los juntamos, con esta cantidad de personas podríamos ocupar en su totalidad el estado de Puebla que ocupa el lugar número 5 de los estados más poblados del país y sobrarían senectos como para ocupar en su mayor parte al estado de Tlaxcala que ocupa el lugar número 28 en cuanto a los estados más poblados del país; con estos datos podemos ver que por cada 100 habitantes mexicanos 8 son Adulto Mayor INEGI, (2010).

Tasa de participación económica por sexo y grupo de edad Serie anual de 2005 a 2010 (Por ciento)							Cuadro 9.4
Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Total	57.4	58.4	58.6	59.1	58.1	59.2	
Sexo							
Hombres	77.7	78.7	78.2	78.3	76.8	77.6	
Mujeres	39.6	40.7	41.4	42.0	41.2	42.5	
Grupo de edad							
De 14 a 19 años	31.7	32.6	32.1	32.3	30.1	31.4	
De 20 a 29 años	65.0	65.6	66.0	66.4	65.8	66.8	
De 30 a 39 años	71.6	72.7	73.1	73.5	73.2	74.5	
De 40 a 49 años	72.1	73.0	73.7	74.2	73.6	74.5	
De 50 a 59 años	62.9	64.1	64.6	65.2	64.7	65.1	
De 60 y más años	34.7	35.3	34.7	35.2	33.5	35.0	
No especificado	43.3	41.9	42.6	42.5	38.9	42.4	

Nota: Información correspondiente al segundo trimestre de cada año.
Fuente: INEGI. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Consulta Interactiva de Datos*. En: www.inegi.org.mx (9 de septiembre de 2010).

Tabla 2
Fuente anuario 2010 www.inegi.org.mx

En datos concretos:

En la tabla dos podemos ver una población de 60 años y más aun laborando; esta población representa el 35% de los Adultos Mayores en México, siendo esta cantidad significativa y más al ver los siguientes puntos.

Las personas senectas que aún trabajan, 3.7 % laboran tiempo completo (35 a 48 horas semanales), 22.9% tiene sobre jornadas de trabajo, y el 19.3% dedica menos de 24 horas a la semana (INEGI, 2010).

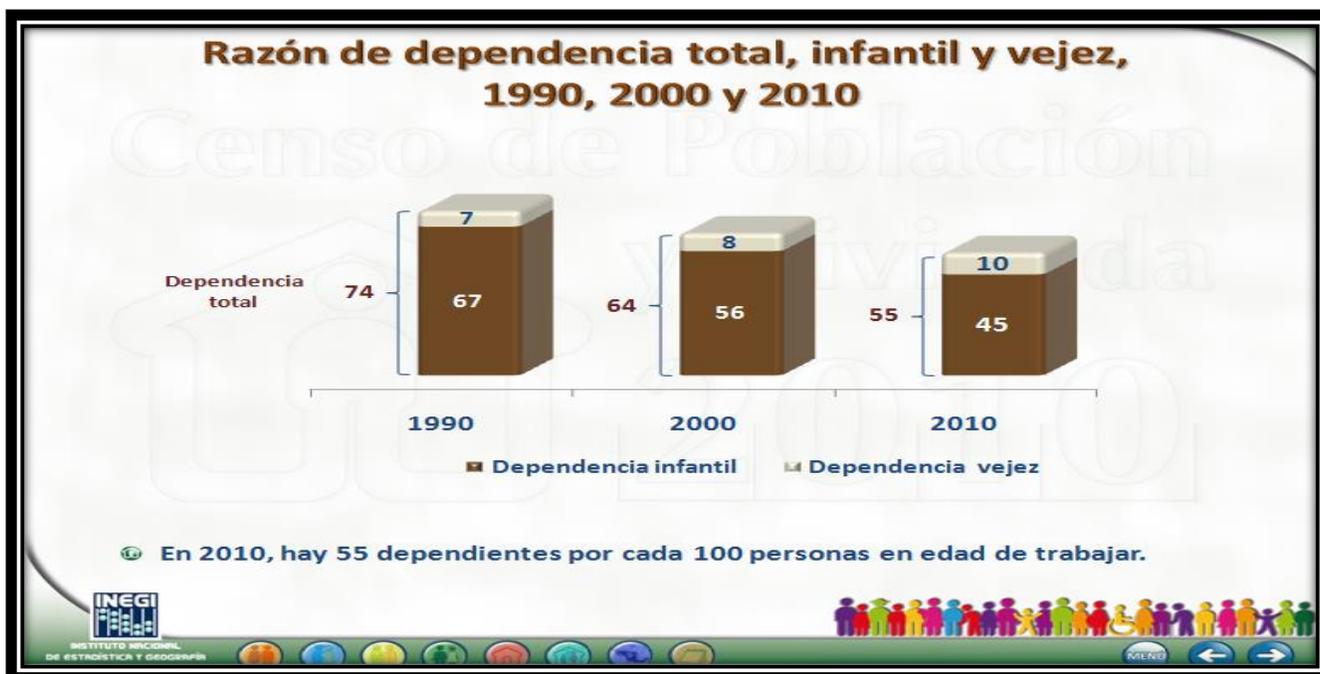


Ilustración 2 obtenida de INEGI 2010 <http://www.censo2010.org.mx/>

De la población mayor a 60 años y más tenemos que son 5 millones 946 mil 446 Adulto Mayor que saben leer y escribir por lo menos hasta el 2005 que se realizó la última encuesta (INEGI, 2010).

La ilustración 2 muestra que para el año 2010 la población envejecida tenía una prevalencia en discapacidad de 2 millones 336 mil 277, 45% hombres y 55% mujeres de edades 60 a 84 años y para 85 a más años era de 431 mil 519, 41 % hombres y 59% mujeres. Hoy este grupo de edad superior a 60 años conforma una población de 2 millones 767 mil 796 personas discapacitadas y envejecidas en México. (INEGI 2010)

Como vemos en la ilustración 2 la razón de dependencia en Adulto Mayor ha aumentado en las últimas tres décadas iniciando con el 7% en 1990 y terminando con el 10 % para el año 2010, teniendo una razón de 5 a 6 Adulto Mayor discapacitados por cada cien personas en edad productiva.



Ilustración 3 Fuente <http://www.censo2010.org.mx>

En la ilustración 3 se muestra la distribución de la población general con discapacidad, hay que tomar en cuenta que de esta población le corresponde el 10% a los Adultos Mayores.

Cabe mencionar, es cierto que cerca de la mitad de los envejecidos tienen algún grado de discapacidad, pero esto no es sinónimo para decir que el Adulto Mayor mexicano es enfermo o está discapacitado, cuando solo el 10% de la población envejecida tiene una discapacidad, por estas razones a esta población se le tiene que dar mayor importancia, ya que su deterioro se acentúa aún más cuando hay una discapacidad.

Entre las principales enfermedades que requieren hospitalización de Adultos Mayores se encuentran: la diabetes mellitus (8.9%), las afecciones del sistema urinario (8.4), enfermedades cerebrovasculares (4.3%), y las fracturas por accidentes (5.2%). Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebrovasculares son las principales causas de muerte entre la población adulta mayor.

Para el año 2000, había 5 millones 300 mil hogares con al menos una persona de 60 años o más de edad, los cuales representaban el 23.4% del total de las familias en el país; hasta el censo de (INEGI, Censo de población y vivienda 2000 principales resultados, 2000) en el 2005, se registraron 24.6% de los hogares se encontró al menos un adulto mayor.

Como dice Schineller Lisa, Mrsnik Marko y Bissett Kelli (2010) en su estudio “Envejecimiento mundial 2010 México” el cual forma parte de un estudio mundial que analiza los costos del envejecimiento dicen “México se beneficia del hecho de contar con una población joven. De acuerdo con la división de población de la Organización de las Naciones Unidas la edad promedio en México es de 28 años, frente a 40 para las regiones más desarrolladas.

Standard & Poor’s Ratings Services (2010: s.n.) prevé que el gasto relacionado con el envejecimiento en México, para la atención de la salud y para las pensiones, aumentará moderadamente a 9.9% del PIB en 2050 desde el actual 5.6 del PIB. También hace referencias que en ausencia de reformas la deuda externa aumentaría a 162% del PIB en 2050 desde 36% en 2010. Por dichas circunstancias México ha llevado a cabo varias reformas (en la década de 1990 y más recientemente en 2007) para modificar los regímenes de pensiones de empleados del sector público y privado de planes de pensiones de beneficios definidos.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2006) comenta que El envejecimiento de la población es un proceso de transición demográfica, reflejado en el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. Esta disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población.

Complementando esta explicación acerca del envejecimiento poblacional, García Férrez en el 2003 planteo que será una realidad a la que habrá que prestar la suficiente atención, no solo por el incremento progresivo de la población, sino por el aumento de las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas y por extensión de deterioro que tendrá que hacerse cargo el estado.

Se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% a 22% entre el año 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualara la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez, los jóvenes y los Adulto Mayores presentaran la misma proporción demográfica. En los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, se prevé que el porcentaje de personas de edad avanzada aumente de 8% a 21%, mientras que el de los niños bajará de 33% a 20%, (CONAPO (2006); CEPAL (2010); UNFPA (2011))

De acuerdo con las proyecciones que da el CONAPO (2006) para México, los ancianos llegarán a ser 32 millones 400 mil en el año 2050, lo que significa que uno de cada cuatro tendrá 65 años o más.

2.3 Situación demográfica y social de la población de edad avanzada

Podemos encontrar a México como uno de los países más poblados del planeta, ocupa el lugar número 11 a nivel mundial, por debajo de Bangladesh y la Federación de Rusia; y por arriba de Egipto y Vietnam como lo muestra la tabla 3.

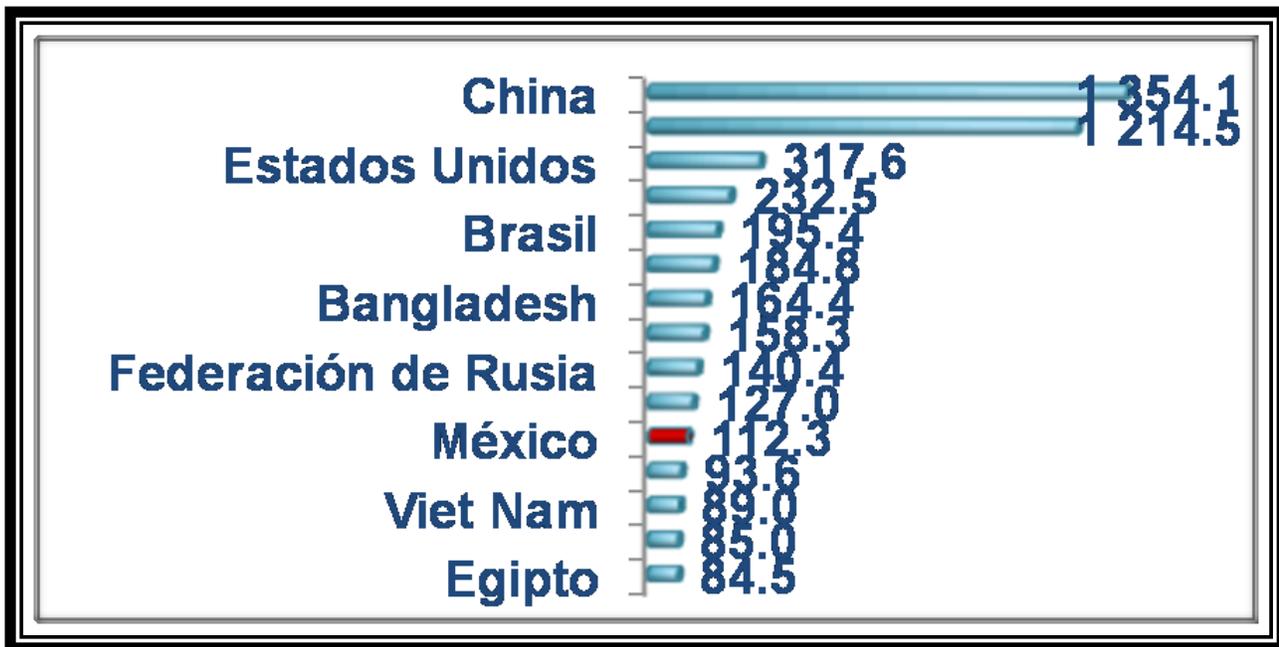


Tabla 3. Encontrada en <http://www.censo2010.org.mx/>

Podrá parecer poco importante el hecho de ser el onceavo país más poblado en el mundo, sin embargo al ser un país en vías de desarrollo y al haber mayor cantidad de pobladores, hay mayor cantidad de demandas y necesidades que cubrir, entre ellas el envejecimiento; para citar algunas podríamos empezar con la pensiones, sistemas de atención de salud, trabajo, vivienda, recreación, entre otras, pensando sólo en población general.

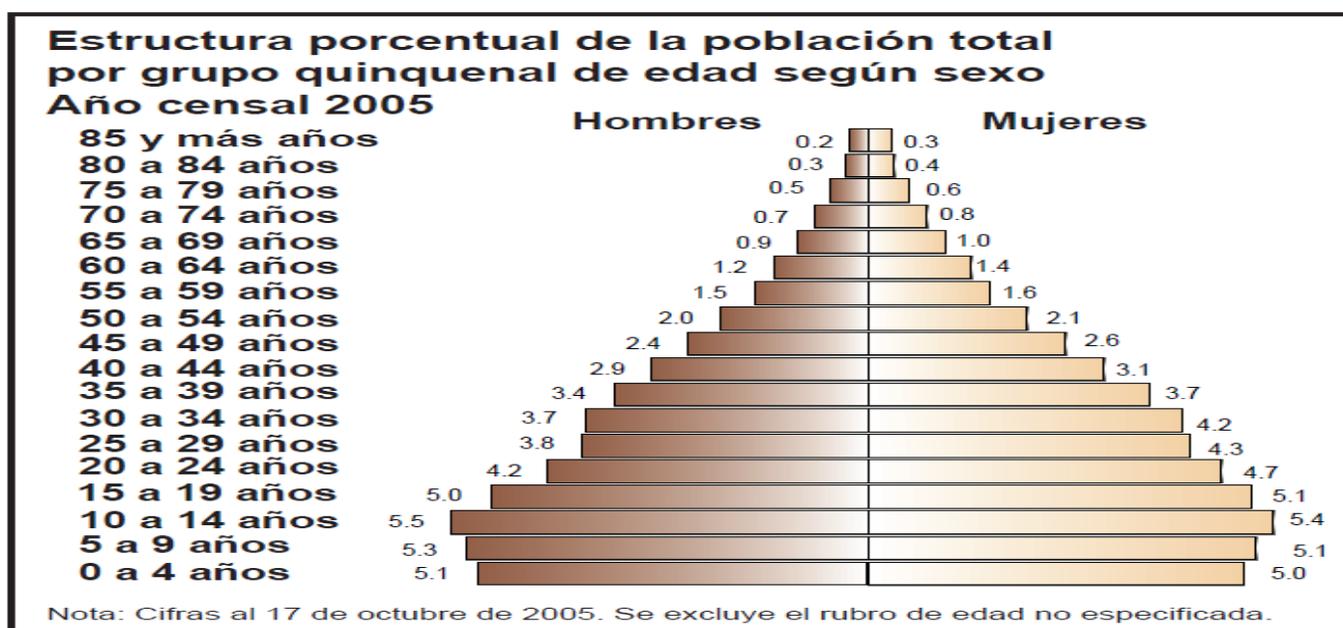


Tabla 4. Estructura porcentual de la población total por grupo quinquenal de edad según sexo año censal 2005.

De acuerdo con INEGI (2010), la población de 60 años y más ascendía a 6 millones 938 mil 913 de ancianas y ancianos en México lo que corresponde al 5.7 % de la población total. Podemos ver que la población anciana en 1970 era de 2 millones 700 mil y representaba el 5.6% del total de la población.

Con la distribución urbano-rural de la población mexicana en su conjunto, para el año de 2005 el 71.4% de la población mexicana de 60 años y más residía en localidades de más de 2 mil 500 personas. Entre la población anciana se contaba con 6 millones 938 mil 913 personas, cuya importancia es cada vez más significativa, cantidad que esta mayor mente representada por la población de 60 a 74 años que ocupa 6% de la población total mexicana, CEPAL (2010); INEGI (2010). Tabla 4

2.3.1 Estado civil

Una parte considerable de la población de mayor edad se encuentra casada o unida (59.8%), 5.8% permanece célibe, 5.3% está separada o divorciada y 28.8% es viuda. La distribución porcentual del estado conyugal entre hombres y mujeres ancianos difiere sustancialmente. Entre las mujeres, 45.2% están casadas o unidas, 41.6% son viudas y 13.2% permanecen solteras o están divorciadas o separadas; en tanto que entre los varones 76.9% están casados o unidos y 23.1% son solteros o están separados, lo que evidencia que el varón tiende a vivir más en pareja que la mujer en esta etapa de la vida (INEGI (2010)).

2.3.2 Educación

El nivel educativo que tiene la población debido a la falta de oportunidades de ingresar y mantenerse en la escuela es muy bajo, de acuerdo con el anuario de 2010 se publican datos de la última encuesta de educación donde se ve que el 30.1 % de la población de 60 años y más es analfabeta; y son las mujeres quienes registran la proporción más alta de analfabetismo, con 35.5%, mientras que para los varones es de 23.9%.

El promedio escolar es de 3.4 años, cuatro años menos que el de la población de 15 años y más del país (7.4 años). Por sexo se observa una diferencia de medio año: 3.7 años de escolaridad promedio para los varones y 3.1 años para las mujeres. En las localidades rurales la situación se agudiza, desciende a 2.5 y 1.2 años de escolaridad promedio entre la población masculina y femenina de 60 años y más, respectivamente (INEGI (2010)).

2.3.3 Trabajo

En México, la población de 60 años y más representa el 35% de la población económicamente activa en ese rango de edad (Tabla 5).

Participación que se ve diferenciada por el sexo: difiere entre hombres y mujeres: 77.6% para hombres y 32.5 % para mujeres en edad promedio.

En términos absolutos, la población de 60 años y más que trabaja es de 2 millones 428 mil 619 personas envejecidas (INEGI, 2010).

Los ancianos que trabajan se ocupan principalmente como agricultores (37.5%), artesanos y obreros (16.1%) y como vendedores independientes (13.9%), pues 7 de cada 10 trabajadores de 60 años y más realiza alguna de estas actividades.

Tasa de participación económica por sexo y grupo de edad						Cuadro 9.4
Serie anual de 2005 a 2010 (Por ciento)						
Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	57.4	58.4	58.6	59.1	58.1	59.2
Sexo						
Hombres	77.7	78.7	78.2	78.3	76.8	77.6
Mujeres	39.6	40.7	41.4	42.0	41.2	42.5
Grupo de edad						
De 14 a 19 años	31.7	32.6	32.1	32.3	30.1	31.4
De 20 a 29 años	65.0	65.6	66.0	66.4	65.8	66.8
De 30 a 39 años	71.6	72.7	73.1	73.5	73.2	74.5
De 40 a 49 años	72.1	73.0	73.7	74.2	73.6	74.5
De 50 a 59 años	62.9	64.1	64.6	65.2	64.7	65.1
De 60 y más años	34.7	35.3	34.7	35.2	33.5	35.0
No especificado	43.3	41.9	42.6	42.5	38.9	42.4

Nota: Información correspondiente al segundo trimestre de cada año.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Consulta Interactiva de Datos. En: www.inegi.org.mx (9 de septiembre de 2010).

Tabla 5

Las personas de edad avanzada que participan en una actividad económica, 43.7% trabaja tiempo completo (35 a 48 horas semanales), 22.9 % tiene sobre jornadas de trabajo, y 19.3% dedica menos de 24 horas a la semana.

No obstante, un gran número carece de prestaciones sociales y laborales; 85.9% de los varones y 86.6% de las mujeres.

En materia de ingresos, 34.6% de la población de 60 años y más que trabaja recibe menos de un salario mínimo representa; 23.9% de uno a dos; 25.2% más de dos, y 11.6% no recibe ningún tipo de ingreso. En cuanto a los que no desempeñan actividad económica alguna, 72.4% son sostenidos por un familiar u otra persona y 19.4% sufraga sus gastos mediante una pensión. Tres de cada cuatro mayores realizan quehaceres domésticos y son las mujeres quienes mayormente participan, 96.3% contra 53% de los varones (INEGI, 2010).

2.3.4 Salud

Los padecimientos y enfermedades más frecuentes en los Adultos Mayores se deben a problemas respiratorios agudos, infecciones intestinales y de las vías urinarias, las cuales son las tres primeras causas de atención en la consulta externa.

Las enfermedades crónico-degenerativas cuya letalidad en este grupo de población es elevada: hipertensión arterial, diabetes mellitus (tipo II) y enfermedades del corazón, se ubican entre las diez principales causas de dicha consulta. Entre las principales enfermedades que requieren hospitalización de Adultos Mayores están: la diabetes mellitus, las afecciones del sistema urinario,

las fracturas y las enfermedades cerebrovasculares, las cuales ocupan los principales cuatro lugares en el conjunto de hospitalizaciones por enfermedad del Sistema Nacional de Salud.

Del total de casos de hospitalización por enfermedad, registrados en el año 2010, (60%) correspondió a Adultos Mayores, según información del Sistema Nacional de Salud, y sobresalen las hospitalizaciones por enfermedades cerebrovascular, donde 61 de cada cien casos eran personas de 65 años y más.

En el informe de Secretaria de Salud 2007) comenta la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaria de Salud, el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no trasmisibles y lesiones, del total de estas muertes 53% de las muertes pertenecía a personas envejecidas de 60 y más años de edad.

Por sexo, se observa una importante diferencia en el peso de las defunciones, pues del total de fallecimientos femeninos, 63.9% fueron de ancianas, mientras que entre los decesos masculinos 50.9% correspondieron a ancianos.

Según un informe de la Secretaría de Salud (2010), la mayor parte de la población de edad avanzada muere por:

- ✓ Enfermedades del corazón (22.4%)
- ✓ Tumores malignos (14.0%)
- ✓ Diabetes mellitus (13.6%)

2.3.5 Seguridad social

De acuerdo con un informe de Secretaria de Salud (2007), en México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de seis millones de personas. En 2050 los Adultos Mayores serán 32 millones y representarán 24.6 % de la población.

La población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5% (Secretaria de Salud, 2007).

Uno de los efectos del envejecimiento de la población es el incremento de las necesidades de salud, que se asocia con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización rehabilitación y apoyo social.

De acuerdo con la UNESCO (2011) la demanda de servicios ambulatorios por parte de los Adultos Mayores también se está incrementando. En el IMSS 30.5% de las consultas externas otorgadas correspondieron a personas de este grupo de edad. Dentro de los principales motivos de consulta destacan la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, artritis y artrosis

Con más Adultos Mayores viviendo más tiempo, las enfermedades crónicas han desplazado a las enfermedades trasmisibles como principales causas de muerte. Estas condiciones concentran ahora más de 65% de todas las defunciones de este grupo de edad, destacando la Diabetes, las enfermedades isquémicas del

corazón, las enfermedades cerebro vascular y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Secretaria de Salud, 2007); (UNESCO, 2011).

Pero además de atender los padecimientos responsables del mayor número de muertes en esta población, es necesario empezar a medir y atender sus limitaciones funcionales, las cuales inciden en su calidad de vida.

El INEGI (2010) señala que las discapacidades más importantes se ubican en la esfera motriz, auditiva y visual. Estas limitaciones, además tienden a incrementarse con la edad. El INEGI, (2010) comenta que la prevalencia de limitaciones motrices funcionales en hombres, por ejemplo, es de 2.9% entre los 60 y 64 años, y se incrementa a 8.4% después de los 70 años de edad.

La Secretaria de Salud, (2007) refiere que la mayor parte de las necesidades de salud de los Adultos Mayores se puede resolver en la red de servicios disponibles en el país. Sin embargo, tanto los servicios de salud como los prestadores deben adecuarse a las características de esta población. Los cuidados de salud para los ancianos deben extenderse a los ámbitos domiciliarios y comunitarios.

La Secretaria de Salud, en una propuesta de programa para la atención de los Adultos Mayores en 2007, planteó que dentro de las actividades que se han propuesto para mejorar el conocimiento de las necesidades de salud de los Adultos Mayores y propiciar los programas de salud dirigidos a esta población, se incluyen 22 estrategias.

Estas estrategias son:

- ✓ Implantar un sistema de vigilancia de la salud de los mayores basado en indicadores de morbilidad y discapacidad;
- ✓ Fortalecer la agenda de investigación sobre envejecimiento y salud;
- ✓ Incluir a los Adultos Mayores en las estrategias de prevención y promoción de la salud con objetivos y metas definidas y verificables que pongan énfasis en la independencia funcional;
- ✓ Establecer una política de formación de recursos humanos para la atención de los ancianos;
- ✓ Fortalecer la rectoría del sistema de salud en materia de regulación de las instituciones de cuidados prolongados.
- ✓ Extender los servicios de atención a la salud para los Adultos Mayores a los ámbitos comunitarios y a domicilio.
- ✓ Impulsar las formas de participación social de los adultos.
- ✓ Crear centros de día que ofrezcan servicios médico-sociales y de apoyo familiar, ofreciendo atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales del adulto mayor.
- ✓ Crear un Instituto para el Envejecimiento.
- ✓ Implementar un taller de geriatría.
- ✓ Motivar la investigación y actualización en geriatría.
- ✓ Diseñar políticas económicas, sociales y educativas que generen un cambio de cultura hacia el adulto mayor.
- ✓ Promover el conocimiento de las personas adultas mayores en medios masivos.
- ✓ Promover las políticas, programas y proyectos con niños y adolescentes que fomenten la responsabilidad compartida al interior de la familia sobre la atención del adulto mayor.
- ✓ Incluir en los programas educativos temas gerontológicos eliminando el mito del envejecer siempre enfermo o con discapacidad.
- ✓ Intensificar campañas sobre los cuidados en el área de la salud para el adulto mayor enseñando cuáles son las necesidades de este grupo.
- ✓ Promover la iniciativa de ley para Integración del adulto mayor al área laboral en la iniciativa privada.

- ✓ Elaborar programas que fomenten la convivencia intergeneracional, terapias ocupacionales.
- ✓ Crear comité de vigilancia y protección al adulto mayor que tenga autoridad legal y jurídica relacionada con la explotación económica, abandono y necesidades sociales del adulto.
- ✓ Realizar las modificaciones arquitectónicas en todas las áreas físicas de hogares y hospitales.
- ✓ Crear programas que dignifiquen al adulto mayor, involucrando su integridad y con el objetivo de mejorar su bienestar biopsicosocial, así como su autoestima y calidad de vida.
- ✓ *Crear programas de actividades recreativas y culturales para el adulto mayor (Secretaría de Salud, 2007 p.80-130).*

2.3.6 Personas mayores con discapacidad

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los Adultos Mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones; y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones a favor de la salud propia y de los suyos.

La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa por un lado el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento.

Dentro de las 10 causas que producen mayor discapacidad de acuerdo con la Secretaría de Salud, (2010) encontramos a la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003) (citado en Medina-Mora I., Borges, Benjet, & Lara, 2012) indican que 8.8% de ancianos lo presentaron en el año previo a la realización de esta encuesta., Calculan que la mitad de los casos son severos. Según esta encuesta, la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres.

Otras causas están relacionadas con el comportamiento como son el sobrepeso y la obesidad, la hiperglicemia, la hipertensión. Estos son cuatro de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población envejecida mexicana. Influyen de manera directa en el desarrollo de los padecimientos que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad (Orsatti, 2004).

2.3.7 Adultos Mayores hablantes de lengua indígena

Según CEPAL en 2010 una de cada diez personas de 60 años y más habla alguna lengua indígena, en términos absolutos significan 704 mil personas. De éstas, 22.1% son monolingües, es decir no hablan español.

Por otro lado, INEGI en el mismo año (2010) complementó lo anterior diciendo que la proporción monolingüe es mucho más significativa entre las mujeres indígenas ancianas 28.6% contra 15.4 % que presentan los varones indígenas.

2.3.8 Violencia intrafamiliar

Según datos de La Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar 1999 (ENVIF 1999) que se realizó en el periodo comprendido entre el 28 de junio y el 3 de octubre de 1999, la cual tuvo como objetivo obtener información estadística sobre el número de hogares y personas en situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual.

Esta información contribuye al desarrollo de las pautas de investigación de este fenómeno; asimismo, coadyuva en las acciones en materia jurídica; hasta el momento solo se cuenta con esta encuesta que dicta la violencia que se vive dentro de los hogares mexicanos y en nuestra población estudiada.

Según esta encuesta realizada en el área metropolitana de la ciudad de México, 18.6% de la población de 60 años y más vive en hogares con presencia de actos violentos. De acuerdo con el total de denuncias registradas en las unidades de atención a la violencia intrafamiliar (UAVIF) durante 1999, nueve de cada 10 víctimas en el Distrito Federal eran mujeres y personas de 60 y más años.

Entre la población masculina maltratada, cuyo porcentaje es del 6.8% respecto al total de la población víctima de maltrato, 44.8% son ancianos.

2.4 Enfermedad Vs. Deterioro.

Comúnmente se piensa que enfermedad y el deterioro son cosas diferentes, efectivamente el deterioro y la enfermedad son procesos diferentes, pero

interactuantes. Estos son dos procesos que interactúan; y como son procesos interactuantes uno no puede existir sin el otro.

Actualmente es difícil definir lo que es la salud y la enfermedad, como dice Foucault, a través de sus obras “El nacimiento de la clínica” (1978) y “Arqueología del saber” (1979). En ellas comenta que influyen diferentes variables para poder determinar si una persona tiene salud. De todos estos factores, es de vital importancia el comportamiento, ya que determina el autocuidado que tiene la persona.

Ya sabemos que uno de los principales problemas que se encuentran al entender el proceso de salud y enfermedad, es el de la definición acerca de lo que es la salud y por consiguiente entenderemos a su antagónico, todo lo que no es la salud será enfermedad. Empecemos con una de las primeras definiciones que se dieron acerca de dicho problema, el primer filósofo que planteo los orígenes del concepto fue Hipócrates (siglo IV a. de C.) (Citado en Joyce & Barros, 2007) quien nos dice que:

La salud es el estado en el cual las sustancias constituyentes (humor viscoso, bilis amarilla, bilis negra) se hallan en una proporción correcta en relación de unas a otras, tanto en fuerza como en cantidad, estando bien mezcladas. La enfermedad aparece cuando una de estas sustancias es deficitaria, o se encuentra en exceso, o está separada del cuerpo y no mezclada con las otras. (P.35)

En esta primera definición se hace referencia al balanceo de diferentes variables, en este caso lo que hoy conocemos como homeostasis, que proviene del griego homos (ὅμος) que significa "similar" y estasis (στάσις) "posición", y/o "estabilidad" (Menache, 2000):

Esta definición se queda atrás de lo que hoy podemos entender por enfermedad, La definición de salud que se retoma en esta tesis es la propuesta en la constitución de la Organización Mundial para la Salud, en 1946, en su primera página nos dice lo siguiente “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

Debemos hacer referencia que antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir a quien estaba libre de enfermedad visible.

Podemos constatar que aún hay mucho que entender acerca de la salud, esta no es solamente un aporte puramente biomédico. Como lo dice Vergara Quintero, (2007) que durante los siglos XIX y XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción de salud, pasando de un estado que se puede perder, hacia una idea de salud como factor de desarrollo.

Dicha concepción hace referencia a la analogía de que la salud y la enfermedad son un péndulo en el que cada uno está en un extremo y de acuerdo a nuestra conducta y hábitos de salud este péndulo seguirá su movimiento e inclusive su oscilación no sea tan abrupta.

Engel (1977) (citado en (Becoña Iglesias & Oblitas Guadalupe, 2001) propuso la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento, al decir que el modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema social para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad.

Como se ve tradicionalmente los médicos concebían a la salud como algo que había que conservar pensando, dando por hecho que la salud es algo con la cual nacemos, sin embargo en las últimas décadas se considera que la salud es algo a desarrollarse y no como algo que debe conservarse. Con esto no solo se hace hincapié en que la salud es un estado biológico, sino que también es un proceso en el que actúan sobre todo las conductas y pensamientos de la persona.

Los mismos Becoña & Oblitas, (2001) afirman que nuestra conducta tiene un efecto inmenso sobre nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar es el responsable de un 12 a 15 % de las muertes en los países avanzados, un 30% de todos los cánceres, nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico.

Gordis (1980) comenta que es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también se incluyan el ruido, la fatiga, el estrés, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales como factores perniciosos de la salud.

Con esto empezamos a visualizar el concepto de salud como un proceso y se concibe a la salud y enfermedad como un constante vaivén en el que jamás se encuentra la salud al cien por ciento y por el contrario la enfermedad tampoco se tiene por completo; también podemos conceptualizar que esta supuesta relación no es más que la suma y balance de diferentes factores y variables en la vida de la persona.

Es en este sentido es cómo podemos vislumbrar un proceso, sin embargo, ahora lo que necesitamos entender es al concepto de enfermedad. Valencia (2007) hace referencia a las primeras sociedades, donde se creía que la enfermedad era provocada por los demonios u otras fuerzas espirituales que tomaban posesión y controlaban a la persona, cuestión que afortunadamente hoy, ya no es válida.

Entonces podemos ver que el trabajo con la salud y enfermedad llega desde tiempos remotos cuando los seres humanos, realizaban esfuerzos por mantener su salud y desde la antigüedad han considerado personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentan en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos.

Jean-Charles Sournia (1985), de quién tomaremos la definición de enfermedad en (Joyce Moniz & Barros, 2007) comenta que “la enfermedad no tiene existencia en sí, es una entidad abstracta la cual el hombre le da un nombre” (p.37). A partir de las indisposiciones que una persona tiene, los médicos crean una noción intelectual que agrupa los síntomas de que sufre el enfermo, las

señales que puede constatar un observador, las lesiones anatómicas, a veces una causa o un germen causal: a este conjunto se le etiqueta como diagnóstico, del que parte un tratamiento destinado a actuar sobre los síntomas y si es posible sobre la causa.

Como lo dicen Kleinman, 1980 citado por Vergara Quintero, (2007) al referirse a la enfermedad como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, ésta designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas.

Por tanto, podemos entender por enfermedad como un listado de síntomas que definen ciertos estados del cuerpo y en gran mayoría de ellos se necesitan agentes patógenos, es decir “virus, microbios, entre otros”; pero no debemos de olvidar el factor conductual, que trabaja desde un inicio de la vida de cada ser vivo, este factor es uno de los principales para mantener el equilibrio o bien llamado homeostasis, ya que solo mediante la regulación de las conductas la persona disminuye el riesgo de padecer ciertas enfermedades. Mientras que la salud es algo muy complicado en el cual influyen la edad, sexo, ocupación, nivel socio-económico, entre otros, por lo cual podemos decir que depende de lo histórico social, como lo comentaron Beltrán & Torres Ferman, (1986).

En otras palabras la salud y la enfermedad implican un proceso socio-histórico, por lo que las características que adopte un individuo determinado dependerán de las condiciones materiales de su existencia.

En este sentido, podemos observar que el sujeto, o se encuentra luchando en contra de la enfermedad, o bien por conservar la salud o contra el deterioro.

Si buscamos la palabra Deterioro en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: es la acción y efecto de deteriorar o deteriorarse (empeorar, estropear, degenerar o poner en inferior condición algo). El deterioro está asociado a la decadencia y puede referirse a las personas, las cosas o hasta entidades abstractas como el caso de la salud.

En el caso de los seres humanos, el deterioro suele mencionarse como una consecuencia del paso del tiempo y de las enfermedades que uno tiene durante la vida.

Por otra parte las cosas se deterioran por el paso del tiempo, las condiciones climáticas o el uso, entre otros factores. La fachada de una casa puede estar deteriorada por el paso de los años, porque nunca se realizó un mantenimiento o una restauración; no pasa lo mismo con la enfermedad, ya que como vemos la enfermedad incluso ayuda al cuerpo para crear defensas y volverlo más fuerte contra los agentes externos, como lo es el caso del resfriado común.

Con estos conceptos hoy podemos hacer la pequeña diferencia, en la enfermedad puede o no haber un deterioro, sin embargo una enfermedad lleva al organismo a deteriorarse.

Por el lado contrario, si hablamos de deterioro no necesariamente tiene que existir una enfermedad, el mismo uso y desuso crea algún desgaste, imposibilitando su recuperación y como vemos en los conceptos de enfermedad en esta se puede recuperar las funciones, mientras que en el deterioro se está destinado a irlo perdiendo progresivamente siendo en algunos casos de una forma abrupta y/o paulatinamente.

Efectivamente en la población mexicana está el número de personas adultas va en aumento y en su mayoría son mujeres, a lo que se le ha llamado feminización de la vejez, en estos momentos existimos una gran cantidad de personas jóvenes en edad laboral y también vimos que todos los habitantes hoy son jóvenes, envejecerán y con algunas enfermedades dictados por hábitos, usos y la carga genética.

Esta población joven que oscila alrededor de los 26 años envejecerá y demandará nuevos sistemas de salud, encareciendo los cuidados, medicamentos, consultas médicas, psicológicas, de rehabilitación, entre otras, podemos ver que éste fenómeno sólo es una parte del problema, el sistema de salud tal vez colapse, sin contar con la necesidades legales, vialidad, esparcimiento, transporte, seguridad, económico, educación, entre muchos otros más que aseguran una calidad de vida.

Por lo que el envejecimiento poblacional no solo se refiere a un proceso biológico sino que desde una perspectiva demográfica se refiere al proceso por el cual la población transforma significativamente su estructura y composición por

edad, entendido de otra manera tiene que ver con la progresiva acumulación de las personas mayores en edades altas o superiores a 65 años. El envejecimiento es un proceso que pone en relación la proporción de personas mayores, con el resto de la población niños y adultos.

Por último, debemos evitar confundir a la vejez con el concepto de longevidad ya que esta tiene que ver con medir las edades máximas que como población vamos alcanzando a lo largo de la historia y mucho menos con la calidad de vida que tenga el senecto, ya que como se vio, depende en gran medida de lo que la persona hace por sí misma para llegar a viejo con la mejor funcionalidad.

A la vejez la dividimos en cuatro tipos diferentes a) cronológica: que es el paso del tipo; b) biológica: edad celular y de los procesos metabólicos; c) funcional: capacidades y limitaciones físicas; d) psicológica: siendo esta la que nos interesa en esta investigación, ya que hablamos de las funciones cognitivas y el desarrollo de la persona. Estos se ven reflejados en el estado funcional del viejo con respecto a su estado emocional y agilidad mental.

Al menos en México, ser Adulto Mayor no es sinónimo de enfermedad, discapacidad o dependencia, ya que son más las personas mayores que conservan su independencia a las que no.

Otro punto importante acerca de la vejez en México es el hecho de que existen muy pocos estudios exploratorios acerca del estado funcional tanto físico, cognoscitivo y emocional del adulto mayor en México, al estar revisando este tipo

de datos, se pudo apreciar que el estudio más grande a nivel nacional se llevó a cabo en el año 2004 “Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México” y desde esa época no se ha vuelto a realizar algún estudio de esa trascendencia en México, siendo que son fundamentales para entender cómo la población envejecida de nuestro país está evolucionando e inclusive que expectativas se tiene con respecto al deterioro, para de esa forma se puedan establecer planes de trabajo que ayuden al Adulto mayor Mexicano.

Capítulo 3

Las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del Adulto Mayor.

A pesar del conocimiento que hay sobre la vejez y los Adultos Mayores, relativamente se sabe muy poco acerca de la vida diaria que llevan y como estos se relacionan. El análisis de cómo se estructuran en grupos y organizan sus vidas requiere de varios estudios que nos describan su vida. En el presente capítulo analizaremos algunos de los componentes que de acuerdo a ciertos autores se consideran de gran importancia para determinar la funcionalidad e independencia del adulto mayor en su medio y como estos actúan y modifican la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Además se observaran algunas de las variables que influyen en la calidad de vida del adulto mayor y así mismo analizaremos distintos modelos, poniendo principal atención al propuesto por Lawton acerca de una calidad de vida ecológica.

3.1 Descripción de las actividades de la vida diaria.

No obstante el amplio conocimiento que existe sobre la vejez y los Adultos Mayores, se sabe relativamente muy poco sobre la vida de éstos. La información sobre cómo los Adultos Mayores estructuran y organizan sus vidas, requiere la valoración de actividades en su contexto: principalmente responder a las preguntas ¿Qué?, ¿Dónde? y ¿Con quién llevan a cabo sus actividades?

El conocer el comportamiento del Adulto Mayor y sus actividades brinda información suficiente como para saber sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del envejecido.

Las actividades de la vida diaria constituyen un tema de interés especialmente para los profesionales vinculados al ámbito de la rehabilitación. A pesar de su relevancia tanto social como académica son escasas las publicaciones específicas sobre este tópico en México.

Hoy sabemos que las actividades de la vida diaria se afectan por restricciones como el tiempo y el alcance espacial, así como por factores tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación del mayor en ciertos tipos de actividades y en otros casos llegan a influir en él y su vida.

De acuerdo con la Psicología Cognitiva existen diferentes posibilidades de actuación, hay que destacar que existe un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos; las cuales tienen que ver con la supervivencia y el mantenimiento personal.

El origen del término “Actividades de la vida diaria” es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud. Su primer uso está relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada encontrada en Romero y Martorell (2003) *The Physical Demands of Daily Life* (Deaver y Brown, 1945) Deaver quién era médico y Brown fisioterapeuta, ellos no llegaron a definir

que eran las actividades de la vida diaria pero abrieron el camino para su estudio y definición.

No es hasta los años 70 y principios de los 80 junto con el surgimiento de la gerontología que encontramos las primeras definiciones formales de lo que hoy conocemos como actividades de la vida diaria.

Moruno (2006) comenta que la primera de estas definiciones es de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A); en ella indican que los componentes de las actividades diarias incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas.

Dan Reed y Sanderson (1980) definen las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo de forma independiente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento.

Trombly y Radomski (2007) apoya esta concepción y le pone énfasis al valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles personales y profesionales.

Hay que tener en cuenta que conforme avanza la década de los 80's el concepto de las actividades de la vida diaria se desarrolló ampliando sus conocimientos. Se empieza a contemplar actividades que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos como la participación social, comunitaria y lúdica.

Ésta concepción de las actividades tomo consistencia en la década de los 90's, desarrollando dos tipos de actividades diferentes, hoy las conocemos como Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD y AIVD). Haciendo una diferencia de las actividades comunes de la vida de acuerdo con el nivel de complejidad que tenga la actividad.

Los Adultos Mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida. Sin embargo, sabemos que también pueden involucrarse con otras personas, en actividades más complejas que las actividades básicas y tomar parte en el medio que les rodea AIVD.

Por tanto, es importante diferenciar entre tres tipos de actividades de la vida diaria (AVD). Como dicen Horgas, Wilms y Baltes (1998) que se refieren a tres tipos:

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que se refieren al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural, y de trabajo.
- Actividades de ocio y/o actividades sociales, que atañen a las actividades comunitarias y auto enriquecedoras.
- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que son el mantenimiento personal en términos de supervivencia física (aseo, deposición, micción, entre otras).

Las actividades de la vida diaria no sólo son expresión de necesidades, preferencias y motivaciones, sino también son reflejo de restricciones internas y externas, como lo señalan Nourhashémi, Gillete- Guyonnet, Vellas, Albaréde, & Grandjean, (2001) quiénes en su trabajo añaden el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento, el cual refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales distintos por edad y género.

Las actividades de la vida diaria son un elemento clave para comprender la calidad de vida del adulto mayor, de acuerdo con la funcionalidad, así mismo estas se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el auto cuidado personal y una vida independiente.

3.2 Clasificación Internacional de la Salud

Cabe mencionar que para poder comprender al adulto mayor se han desarrollado distintas formas de explicar, aunque las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria son muy renombradas en el ámbito de la gerontología, no son la única clasificación existente ya que a raíz del trabajo planteado por Deaver y Brown (1945) (citado en Romero y Martorell, (2003) se realizó la Clasificación Internacional de la salud, que describe de manera diferente las ocupaciones que tiene el adulto Mayor.

Esta clasificación no hace referencia a las actividades instrumentales o básicas y propone otro tipo de taxonomía.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento (2001) se divide en:

⊕ Aprendizaje y utilización del conocimiento que son las experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.

⊕ Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejo del estrés.

⊕ Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

⊕ Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar mover y usar objetos; andar y moverse; desplazarse utilizando medios de transporte

⊕ Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.

⊕ Vida doméstica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas)

⊕ Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social.

⊕ Áreas principales de la vida: educación, trabajo y empleo, y vida económica.

⊕ Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar (p.21-193)

Aunque esta clasificación no es única y exclusiva para el Adulto Mayor, es una de las clasificaciones más completa que se utiliza para ver la funcionalidad del Adulto Mayor dentro y fuera de la casa. También podemos señalar que está relacionada con el logro de la independencia personal y la autonomía que la

persona llega a tener. En este sentido, se entiende que la independencia personal es la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, de supervivencia e instrumentales.

3.3 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado, movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia. Además le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otras personas (Terapeutas Blogspot, 2011).

Para estas actividades están contempladas las siguientes:

- Baño, ducha: engloba todo lo que ello con lleva, desde poder coger los objetos como esponjas, jabones, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
- Cuidado de la vejiga y de los intestinos: Incluyen el control completo y el vaciado voluntario de la vejiga e intestinos.
- Vestido: además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
- Comer: la habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- Alimentación: pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- Movilidad funcional: moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.

- Cuidado de las ayudas técnicas personales: engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
- Higiene personal y aseo: coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas.
- Actividad sexual: involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
- Dormir/descanso: periodo de inactividad, con un fin reparador.
- Higiene del inodoro: Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de la necesidades mestúrales o urinarias. (Terapeutas Blogspot, 2011)

3.4 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Este tipo de actividades conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno ya que necesitan del uso de algún instrumento o artefacto para que se lleven a cabo, frente a las primeras que son finalistas, esto es que son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, desplazamiento en su comunidad (conducir, uso de transporte colectivo metro, microbús, autobuses, entre otros.), mantenimiento y supervisión de su salud (manejo de medicamentos, citas médicas y de laboratorio, entre otras.), manejo de su dinero o control de gastos (administración de ingresos y egresos), realización de compras establecimiento y cuidado del hogar; entre otras muchas más que diferentes autores manejan, pero en general estas son las más comunes (Terapeutas Blogspot, 2011).

3.5 Calidad de vida

Hablar de calidad de vida es tan subjetivo, lo que una persona piensa que es calidad de vida para ella, no lo es para los que le rodean.

Hornquist (1989) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo.

Éste es un punto crucial y un parte aguas al hablar acerca de lo que creemos o consideramos como calidad de vida, esto no es un obstáculo que impida entender la calidad de vida en el adulto mayor, pero si es un punto de importancia que tenemos que tomar en cuenta.

Terol y otros, (2000) indican que existe un acuerdo en cuanto a la calidad de vida, debe evaluarse atendiendo aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado y por otro a la subjetividad de quién informa, es decir, como la persona lo interpreta o percibe.

Yanguas, (2006) comenta que la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, el mismo incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso diferente a los distintos ámbitos de la vida.

Otro de los puntos principales a analizar en la calidad de vida del Adulto Mayor ésta relacionado con aquellos que tienen alguna limitación física por discapacidad desde edad muy temprana, Colombe (2003), dice que los Adultos Mayores han sido las personas que han experimentado el mayor incremento en la esperanza de vida en las últimas décadas. Debido al cambio en el cuidado de su salud, esto es que delegaron la responsabilidad de su salud a profesionales, mejorado y/o manteniendo su salud.

Según Iglesias-Souto y Dosil (2005), dicen que la concepción de calidad de vida en la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud.

En este mismo sentido, Birren y Shaie (2001), Belsky (2001) e Izal y Montorio (1999), indican que está relacionada con la salud y ésta debería ser analizada desde el funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo; las últimas son variables de gran importancia a la hora de hablar de calidad de vida en el adulto mayor.

Como podemos entender, la calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud, también incluye factores trascendentales como la economía (Familiar y personal), nivel educativo (escolaridad), medio ambiente, legislación, sistemas de salud, entre otros muchos factores más.

Aunque aún no existe algún acuerdo general acerca de lo que se va a entender por calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones que podemos entender como clave para el desarrollo de la misma.

Cummins (1997, 1999) trabaja las siguientes como piezas clave para el desarrollo de la calidad de vida.

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Durante las últimas décadas uno de los temas dominantes de investigación ha sido el estudio de como los síntomas de diferentes enfermedades y algunas terapias influyen en la calidad de vida cotidiana (Spilker, 1996).

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001)

Lawton (2001), comenta que existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

- El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento
- Los efectos resultan una disminución de la ejecución “normal” del sujeto.
- Los juicios sobre calidad de vida están relacionados con la salud y pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

Con lo que se ha visto hasta el momento, queda en claro que la definición y operación de la salud lleva años dando problemas a los investigadores y aunque existen muchas ambigüedades, es esencial entender que existen factores clave para determinar una calidad de vida y que queda bien definido que la calidad de vida esta principalmente determinada por la propia percepción del sujeto.

3.6 Modelos de calidad de vida.

Como se ha visto durante el capítulo, el trabajo en la calidad de vida es y será de vital importancia, se necesita un modelo explicativo para estudiar y entender la calidad de vida en el adulto mayor.

La mayoría de los modelos la consideran desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores.

Sólo algunos de estos modelos han podido ser aplicados en el ámbito de la gerontología. A continuación menciono algunos de los modelos explicativos de la calidad de vida en la vejez.

3.6.1 Modelo Ecológico de Lawton.

Se trata de una de las aportaciones más utilizadas debido a su facilidad de trabajo y consistencia metodológica y teórica; explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultante del acoplamiento entre grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional a base de los juicios intrapersonales y socio normativos.

Lawton (2001) nos expresa que es necesario evaluar la existencia de cuatro categorías que determinan el nivel de calidad de vida.

La primera de estas categorías hace referencia a la calidad de vida física, como un dominio centrado en lo biológico donde es importante analizar los estados de salud, así como las limitaciones funcionales y cognitivas.

En segundo lugar, nos habla de la calidad de vida social, que incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. Es decir, sería una perspectiva estructural del apoyo social donde lo que interesa son medidas centradas en el tamaño de la red y la frecuencia de contactos o la aparición en actividades.

El tercer lugar se plantea la calidad de vida percibida, que se centrara en los aspectos más funcionales del apoyo social, representados en la valoración subjetiva de la calidad de vida social, de las relaciones familiares y de los amigos.

Y por último se aborda en éste modelo la calidad de vida psicológica, centrada en lo que diferentes autores han denominado bienestar subjetivo, componiéndose por tanto de los posibles efectos positivos y negativos y de la percepción de satisfacción.

3.6.2 Modelo comportamental.

La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental, Kaplan, (1994); Csikszentmihalyi (1998); Reig (1992) han desarrollado modelos, donde la parte comportamental es de vital importancia; para ellos la calidad de vida no solo depende del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad.

Desde ésta perspectiva lo que hacemos y cómo experimentamos es responsabilidad del sujeto y pasa a ser la principal variable a estudiar, lo que nos posiciona en una postura donde tenemos que hacer las cosas y no solo lo aquello que deseamos o podemos hacer.

La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social van a ser importantes, aunque no determinantes para una vida de calidad, dichas variables serían recursos para una vida de calidad y cantidad (Reig, 1992).

3.6.3 Modelo de bienestar.

Este tipo de modelo está encaminado a estudiar la felicidad, bienestar psicológico o material y la salud como principales variables (Diener, Suh, Lucas y Smith (1999).

El factor de la personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de nuestra vida (Barefoot, Maynard, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler, 1998)

3.6.4 Modelo de satisfacción social

Lehman, Ward y Linn (1982); además de Baker e Intagliata (1982) desarrollaron el modelo de satisfacción, donde determinan a la calidad de vida en tres aspectos: Características personales, Condiciones objetivas de vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos.

El modelo está basado en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si en sus condiciones reales de vida y que satisfacen sus necesidades, carencias y deseos.

Una de sus principales deficiencias está en que el mismo modelo omite cuales son las necesidades, carencias y deseos que tiene realmente la población, por lo que si un paciente tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto, pueden existir al menos tres interpretaciones distintas como lo dicen Angermeyer y Kilian, (2000): a) una coincidencia entre lo que se desea y lo que se consigue en ese ámbito en particular; b) ser el resultado de que ese aspecto de la vida tenga tan poca importancia para el sujeto que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas; y por último, c) que el sujeto hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación.

Como podemos ver aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de las actitudes (Angermeyer y Kilian; 2000).

Por tanto, no se puede excluir que haya una escasa importancia en un aspecto de la vida, esto considerando que lo mencione el adulto mayor en una entrevista sobre su calidad de vida.

3.6.5 Modelo de desempeño de rol

El modelo planteado por Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen; (1982) está basado únicamente en dos fundamentos, por una parte la felicidad y por otra la satisfacción. De acuerdo con estos autores, el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades y éstas dependen principalmente en las capacidades cognitivas del sujeto, además de incluir las afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de su vida social. Como podemos ver, con esta aportación que hacen Bigelow y colaboradores aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

La teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en éste concepto (Angermeyer y Kilian; 2000).

Podemos decir que es de suma importancia evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo y el grado de las demandas subjetivas que restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales.

3.6.6 Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida está basado en el concepto de que es subjetiva y representa el resultado de un proceso continuo de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente los propios intereses y continuar con la adaptación: el individuo debe conciliar constantemente

sus propios logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros.

La satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de un proceso.

De acuerdo con Angermeyer y Kilian; (2000), comenta que, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez son incompatibles con el principio de libertad personal.

Los diferentes estudios avalan que: el estado de salud auto informado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad (Idler y Kassel, 1991; Idler y Benjamini, 1997; Kaplan, Goldberg, Everson et al., 1996; Shapiro, 1982), que las personas felices viven más tiempo ((Deeg y Van Zonneveld, 1989); (Sukhraj Dhillon, 2010)), que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997), que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997; (Molina Sena, Meléndez Moral, & Navarro Pardo, 2008), especialmente de la felicidad de las personas mayores (Willits y Crider, 1988), o de bienestar psicológico (Okun, Stock y Haring, 1984).

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad (Reig, 1992).

Además que el bienestar depende de las conductas y actividades que la persona llega a tener, todos estos factores se ven reflejados en el adulto mayor y las posibilidades que tienen en su independencia y calidad de vida.

Por otro lado se deja en claro que la calidad de vida no es un concepto único, el cual puede ser evaluado y que se adapta a todas las personas, es decir no radica únicamente en describir el número de actividades de supervivencia o ABDV y AIVD que pueda o no realizar una persona, también influyen en la calidad de vida el aspecto social, emocional y el entorno y como conciba todos los aspectos anteriores el Adulto Mayor.

Capítulo 4

¿Qué pasa con el cerebro y la vejez?

Se revisaran aspectos muy generales del envejecimiento cognitivo, además de ver como interactúa con los demás procesos que se llevan a cabo de manera simultánea en el cerebro y pensamiento del envejecido

4.1 Envejecimiento cognoscitivo

Cada etapa de la vida conlleva cambios significativos en el sujeto, estos procesos pueden ser sensoriales, perceptuales, FE y de las capacidades cognitivas (inteligencia, aprendizaje y memoria).

Dichos cambios, lejos de verlos cuantitativamente atañen a un orden cualitativo, por lo que el papel del estudioso en la materia tiene que estar centrado en describir las características psicológicas propias de cada edad.

La psicología se había centrado en el estudio del desarrollo del niño y del adolescente, dejando en segundo término al adulto y por último al mayor; esto había sido hasta hace tres décadas, a decir de Monedero (1986) los psicólogos tienden a considerar cada vez más y con el mismo interés, la psicología de todos los momentos de la vida, desde la infancia, adolescencia, edad adulta y hasta la muerte.

En algún momento, al Adulto Mayor se le considero como una persona no educable y desplazado socialmente a ocupar un lugar cada vez menos relevante en la sociedad, haciéndolo que se jubilara de la vida. Hasta hace unas cuantas décadas la mayor parte de nuestros conocimientos sobre su psicología carecían de relevancia científica.

Hoy podemos alegrarnos de que dicha tendencia haya cambiado y haya profesionales que trabajan para modificar estas representaciones sociales mal fundamentadas, cambiando radicalmente los juicios <viejistas> (término sacado de lo que en gerontología es conocido viejismo). Por lo que los estudios científicos sobre la psicología en la vejez se están multiplicando en forma llamativa.

Autores como Buendía (1994) y Carrera, Z., (2003) atribuyen que la pérdida de relaciones objetales que han sido la base de las propias vivencias de la persona, genera un estado constante de frustración la cual lleva al Adulto Mayor a replantear por completo su vida: tiene que analizar sus valores, los que posee y los que quiere conservar, los que “intuye” que va a perder y los que han aparecido y no quiere aceptar, pero que ya son parte de esa realidad.

Entre estos, está su esquema corporal , es quizás una de las luchas más fuertes que vive el anciano es la aceptación de sus cambios físicos, sus impotencias y sus incapacidades.

La conducta y relaciones del Adulto Mayor interactúan de manera diferente, aunque tenga componentes similares (instintos, motivaciones y necesidades) o inclusive aumenten. Ésto para muchos de ellos llega a ser difícil, razón por la cual,

se ven en la necesidad de buscar nuevos objetos e intereses o incluso variar sus relaciones con el medio, situación que es más complicada, cuando la sociedad o comunidad a la que pertenece no le proporciona o facilita opciones o incluso las opciones sólo se limitan a ciertos sectores de la población en general.

Es por eso que entre menos opciones tenga el adulto mayor para canalizar su energía, más riesgo tiene de alterar su salud mental y llegar a la incapacidad pues se requiere de un grado mínimo de integración social para preservar la estabilidad psicológica del individuo (Obregon, H. 2006, p.26)

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

Sin embargo los cambios esperados en el proceso de la vida, como lo pueden ser, disminución de la memoria y los cambios afectivos, éstos últimos debidos a las pérdidas de personas significativas, con las que tenía lazos emocionales y afectivos, marcan una inestabilidad en su salud psicológica, física, emocional y social. Dependiendo como se adapte a dichos eventos es como se podrá evaluar el curso de su envejecimiento cargándose hacia lo patológico y lo saludable.

Los eventos vitales y el tipo de afrontamiento que tenga el Adulto Mayor ante la vejez y la vida macan la diferencia en el envejecimiento que tendrá el sujeto, por dichas circunstancias pareciera acentuarse la incidencia de problemáticas como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y/o síndromes geriátricos, sólo por citar algunos de las derivaciones más frecuentes que se presentan en el Adulto Mayor.

Gutmann (1968) descubrió que el envejecimiento entre el hombre y la mujer se vive de manera diferente: el hombre se torna más pasivo y se permite expresar rasgos más femeninos en la senectud; en cambio, las mujeres se vuelven más agresivas, manipuladoras y dominantes.

Dentro de los cambios más significativos que vive el Adulto Mayor, la jubilación constituye un importante cambio de status en los últimos años de la adultez, en muchos de los casos este es considerado como una jubilación a la vida para muchos mayores, ya que se ven amenazados su estatus social, económico y así mismo las actividades que realiza.

Las relaciones del hombre ante la jubilación dependen de factores como el deseo de retirarse, la salud, la situación económica, proyecto de vida y las actitudes de los colegas.

Algunos continúan trabajando por un salario, pero en su mayoría se jubilan y dejan de laborar o incluso algunos inician nuevas carreras, siendo estos dos últimos los menos de la población envejecida.

La edad tiene efectos tanto positivos como negativos en el desempeño del trabajo, pero las diferencias individuales son más significativas que las diferencias de edad.

Actualmente es común encontrar matrimonios cada vez más longevos, esto se debe al incremento de la esperanza de vida, de acuerdo con Gilford (1986) las parejas que se encuentran casadas después de los 65 años consideran que el matrimonio ha sido satisfactorio y que va mejorando conforme pasan los años.

Papalia & Duskin, (2005) dicen que las personas que llegan a la edad adulta y aún se encuentran casados han reportado que el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos, así como el respeto y los intereses comunes tienen un peso mayor en el matrimonio.

No obstante, estudios recientes han revelado que la satisfacción matrimonial en la vejez tiene diferentes explicaciones y hasta la fecha es un tema que aún sigue en la mesa de debate.

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

La viudez y la pérdida de amigos son sucesos que provocan fuerte estrés. En la población de más de 65 años, las viudas superan en número a los viudos con una proporción de casi seis a uno, las viudas ancianas tienden menos a contraer segundas nupcias que los viudos.

Como vemos existen diferentes eventos vitales que trascienden en la vida del Adulto Mayor, para muchos de ellos el vivir solo plantea problemas de soledad y de independencia involuntaria, pero también puede brindar nuevas oportunidades de crecimiento mental.

La privación de la escolaridad está íntimamente relacionada con grupos sociales desfavorecidos. Buena parte de la población envejecida mayor a los 60 años se encuentra en el rezago educativo, es decir, no cuenta con educación básica, circunstancia que aumenta las limitadas habilidades y actitudes necesarias para un óptimo desempeño en la sociedad en la que viven.

Los cambios experimentados en la educación de la población no se dio de manera homogénea y los mayores son un segmento de la población para la cual todavía presentan rezagos significativos.

Tres de cada diez personas mayores a 60 años no saben leer ni escribir, condición que es casi 50% más alta para las mujeres respecto a los hombres. Éste nivel de instrucción alcanzado por la población envejecida da una idea de la dificultad que enfrentó la mayor parte de las personas que nacieran antes de 1940, para incorporarse en la educación formal o para continuar en ella hasta concluir el nivel básico.

Por otra parte, en la vejez existen procesos involutivos y alteraciones diversas que, además de los aspectos biológicos, pueden estar relacionados con factores ambientales y personales.

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

Conforme el cerebro envejece, las habilidades y manejo de información se ven enlentecidas o incluso disminuidas (Ivy, MacLeod, & Markus, 1992).

Con lo anterior no pretendo decir que el envejecimiento sea negativo, más bien, que es un proceso el cual todos y cada uno de nosotros llegaremos a vivir, algunos autores como (Hasen Lemme, 2003) comentan que este envejecimiento se empieza a manifestar cuando uno alcanza su máximo desarrollo o simplemente después de los treinta años. Aquí es cuando *“el cuchillito empieza a perder su filo”*, hay que tener en cuenta que se utiliza o se estimulan las funciones, damos cabida a otro proceso llamado “deterioro cognitivo” al cual los psicólogos, neuropsicólogos y psicogerontólogos además de otros profesionales del adulto envejecido se enfrentan.

Al igual que el envejecimiento fisiológico, tiene grandes diferencias cuando se habla de género, por ejemplo, cuando se comparan las mujeres con los hombres, los hombres no sólo tienen proporcionalmente hablando mayor cantidad de materia blanca en el cerebro, también tienen más fluido en el cerebro. Con esto cada vez que muere una neurona, ésta se ve remplazada por una pequeña cantidad de fluido cerebroespinal (Canarias, 2013).

Anatómicamente, con forme los hombres y mujeres envejecen, pierden tejido cerebral, salvo que los hombres pierden tejido cerebral tres veces más fácil que las mujeres, lo cual se ve reflejado en la velocidad de respuesta, pensamiento, motricidad, recuerdos (memoria), entre otras (Ruiz Weisser, Seillant, & Corsiglia, 2013).

4.2 Plasticidad neuronal en la vejez

El término “plasticidad” se ha utilizado para describir los diversos cambios que se ven asociados al cerebro, especialmente a la neurona.

Veamos que el término “plasticidad neuronal” no es un tema de reciente adquisición, el tema nace desde la hipótesis planteada por Hebb (1949) en su libro “La organización de la conducta”, propuso el concepto de plasticidad neuronal, diciendo que depende principalmente del uso. Concepto que hasta la actualidad sigue desempeñando un papel crucial en la comprensión de la plasticidad sináptica y de las modificaciones asociadas al envejecimiento y a la enfermedad.

De acuerdo con Gispen, (1993) Se ha definido como la capacidad de una neurona de adaptarse a cambios, a la experiencia previa o inclusive a las lesiones: la plasticidad se relaciona con la enorme flexibilidad que tiene el cerebro y que explica la capacidad adaptativa de los organismos.

El hecho de que un sujeto interactúe con el ambiente va modelando al cerebro, dado que el entrenamiento formal como la experiencia informal en diversos ambientes pueden dar lugar a cambios neuroanatómicos y neuroquímicos cuantificables en el cerebro (aumento del grosor cortical en el córtex occipital,

aumento del tamaño de los cuerpos y núcleos celulares de las neuronas, aumento de las áreas de contacto sinápticas y aumento en el número de sinapsis por neurona). (Rosenzweig; Bennett, 1996).

Cambios que sugieren o se ven reflejados en la capacidad de procesar diferentes tipos de información

Rosenzweig M. (1996) demostró que la experiencia de un ambiente enriquecido durante etapas tempranas de la vida, es un factor importante para facilitar un mejor funcionamiento cerebral en edades más avanzadas.

Sin embargo una de las principales preguntas y retos que se tienen actualmente, es el saber hasta qué punto la recuperación del funcionamiento cognitivo puede verse facilitada por estrategias conductuales, farmacológicas u otros tipos de intervención relacionados con la plasticidad.

Como señaló Cotman y Neepor (1996) es necesario identificar los retos que se le plantean al Sistema Nervioso Central durante el envejecimiento con el fin de determinar aquellos factores que podrían ser importantes para conseguir un envejecimiento más satisfactorio.

Durante más de un siglo de investigación sobre el envejecimiento cerebral, los científicos indican que con la edad se produce una reducción en el peso y volumen del cerebro de entorno a un 2% por cada década que pasa (Raz, N., 2001).

Estos cambios se producen en Adultos Mayores sanos que no muestran grandes declives en sus procesos cognitivos (Raz, y otros, 2005).

La neurociencia cognitiva actual utiliza la técnica de las imágenes cerebrales para estudiar las transformaciones estructurales y funcionales que se producen en las distintas formaciones del cerebro en el curso del envejecimiento.

Estos estudios han puesto de manifiesto que el sistema nervioso central presenta alteraciones asociadas a la edad y que estos cambios son más marcados en unas zonas del cerebro que en otras ((Raz, N., 2001); (Raz, y otros, 2005); (Raz, y otros, 2004); (Rodrigue & Raz, 2004). Para explicar el envejecimiento y lo que ocurre en el cerebro, se ha propuesto la hipótesis de la desdiferenciación. Según ésta hipótesis, existe menos especificidad entre los mayores que entre los jóvenes en aquellas regiones del cerebro encargadas de realizar las diferentes tareas cognitivas (Cabeza, 2002).

Este modelo explica que los envejecidos compensan la pérdida de eficiencia neural en ciertas zonas del cerebro, usando otras áreas corticales para compensar la carencia. Otros investigadores lo interpretan como una señal del deterioro cognitivo.

Los resultados hasta ahora son insuficientes; la investigación futura deberá aclarar los efectos moderadores que ejercen sobre el envejecimiento cognitivo, factores como el tipo de entrenamiento, la duración del programa y la duración de las sesiones de entrenamiento.

El reciente estudio de distintas regiones de la corteza cerebral asociadas a diferentes procesos cognitivos revela la vulnerabilidad de la corteza prefrontal lateral (implicada en las FE y el control de la atención), problemática que dejar ver un lento declive del volumen cortical durante el proceso de envejecimiento (Raz, N; 2001).

Por otra parte el hipocampo (implicado en la memoria episódica voluntaria y consciente) muestra un declive acelerado a partir de los 50 años de edad (Ardila Ardila, Roselli, Bustamante Zuleta, & Betancur Mesa, 1986); (Raz, y otros, 2004). Ballesteros, (2002 y 2004). Una lesión en dicha zona del cerebro produce amnesia comparable al deterioro causado en la demencia tipo Alzheimer.

Numerosos estudios “en vivo” de la corteza cerebral en humanos muestran diversos grados de reducción asociados a la edad en áreas bien delimitadas del cerebro (Prull, Gabrieli, & Bunge, 2000).

Por ejemplo Román y Sánchez (1998) ofrecen un marco neuropsicológico relacionado con las variaciones tanto a nivel neurobiológico como cognitivo durante el envejecimiento. En la actualidad está en duda, si el envejecimiento en sí conlleva una serie de cambios neuropsicológicos o si estos cambios pueden estar asociados a diferentes condiciones de salud que tienden a presentarse con más frecuencia en las personas mayores. En general, los trabajos revisados sugieren que el envejecimiento se encuentra asociado a cambios en la morfología, fisiología y bioquímica cerebral. Así mismo, aunque en el funcionamiento cognitivo se ha identificado un declive, éste no parece afectar de forma homogénea a todos

los procesos, solíéndose identificar principalmente dificultades relacionadas con la memoria y velocidad de procesamiento.

Durante la vejez sabemos que la parte más deteriorada es la corteza prefrontal, una de las principales dianas que tiene el envejecimiento, a ésta le siguen las regiones temporales y parietales de la corteza cerebral. Por el contrario, los lóbulos occipitales son los que muestran los menores efectos asociados a la edad (Raz, 2001).

Esto se explica con la memoria implícita intacta que poseen los mayores. El principal trabajo que se tiene en la neurociencia cognitiva enfocada al envejecimiento es descubrir las relaciones existentes entre el cerebro y la conducta del Adulto Mayor. Si queremos diseñar programas de intervención efectivos para superar los efectos característicos del envejecimiento, es preciso comprender cómo se relacionan los cambios producidos en la estructura del cerebro con los cambios conductuales y en qué medida ciertas variables relacionadas con estilos de vida saludables y activos, una dieta equilibrada y otros factores pueden prevenir el deterioro cognitivo producido como resultado de las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y pueden contribuir a proporcionar a los mayores una mejor calidad de vida.

Las enfermedades cerebrales neurodegenerativas como el Parkinson y el Alzheimer producen una pérdida permanente de neuronas sin la posibilidad hasta ahora de que se produzca la regeneración celular.

Sin embargo, estudios recientes con roedores, primates y seres humanos han encontrado que ciertas áreas del cerebro tienen la posibilidad de regenerarse aunque no se conozcan los mecanismos a través de los cuales se produce ésta reparación. La exposición a un ambiente enriquecido (mayores oportunidades de aprendizaje, aumento de las interacciones sociales y mayor actividad física) aumenta la neurogénesis en el giro dentado de roedores adultos (Van Praag, Kempermann, & Gage, 1999).

En seres humanos, estudios realizados con imágenes cerebrales por resonancia magnética funcional relacionan la influencia del ejercicio físico regular, no sólo con la mejora de la función cardiovascular sino también supone una base biológica sólida del beneficio del ejercicio en la salud cerebral de los mayores con la reducción de pérdida de tejido cerebral en el envejecimiento humano (Colcombe, 2003).

Por otro lado, estudios sobre la actividad cerebral realizados con potenciales evocados han mostrado que mayores niveles de actividad física en personas mayores están asociados a la reducción de los recursos neurales dedicados a responder a sencillas tareas cognitivas (McDowell, 2003).

4.3 Funciones Ejecutivas

Las Funciones Ejecutivas (FE) tienen que ver con la forma en como solucionamos los problemas de la vida diaria, desde como iniciar el día hasta la forma en como nos enfrentamos y trazamos las rutas que hemos de seguir para trasladarnos a nuestras actividades, e inclusive hasta el cómo aprendemos.

Para poder iniciar a entender las FE tenemos que tener en claro que existe una ciencia encargada del estudio del comportamiento y esa es la neuropsicología, que a través de los últimos años ha alcanzado un espectacular avance. Ésta ciencia que apenas lleva unas cuantas décadas ha centrado su interés especial por comprenderlas, además de los sustratos neuronales que llevan los procesos cognitivos.

Así mismo hoy podemos afirmar que en los últimos años, dicha investigación se ha centrado en una búsqueda desencadenada de todo aquello que nos hace radicalmente humanos.

Las FE son procesos sumamente complejos de reciente adquisición para nuestra especie. Sirven para coordinar capacidades cognitivas básicas, emociones y para la regulación de respuestas conductuales frente a diferentes demandas ambientales.

Simplificando, el término FE, hace relevancia a un sin número de procesos cognitivos de orden superior, con el único objetivo de dirigir, prever, valorar y controlar la conducta, haciendo que ésta sea eficaz y adecuada al contexto. (Flores Lázaro , 2006);(Healm-Estabrooks & L. Albert, 2005); (Neurohealth, 2011).

Autores como Pineda D. , (1996) y Pineda, Cadavid, & Mancheno, (1996a) complementan y reafirman que son un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los

comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio.

Su ubicación está centrada en la parte prefrontal del cerebro (sobre los ojos), en la corteza prefrontal, la superficie externa de los lados del frente y las regiones frontales orbitales, ahí se conecta con los sistemas límbicos, hipocampo y la amígdala ((Leturia Arrazola, Yanguas Lezaun, Arriola Manchola, & Uriarte Méndez, 2001); (Nogales Gaete, Donoso S., & Verdugo L., 2005)). Dicha área es la última en aparición y desarrollo para el ser humano, también es la última en madurar y desarrollarse siendo que se llega a desarrollar por completo hasta después de los nueve años.

Su desarrollo está centrado al periodo comprendido entre los 6 y 8 años. Durante este lapso los niños adquieren la capacidad para autorregular su comportamiento y conducta, mientras que aprenden a fijarse metas y anticiparse a los eventos, sin depender de los demás, aunque hay que tomar en cuenta que durante éste tiempo aún se da cierto grado de descontrol e impulsividad (Luria, 1980)(Vigotsky, 1979).

Golden, (1981) y Luria en sus libros “Las funciones corticales superiores” (1977) y El cerebro en acción, (1982), comentan que los procesos madurativos abarcan una multiplicidad de elementos como la mielinización, el crecimiento dendrítico y celular, el establecimiento de nuevas rutas sinápticas y la activación de sistemas neuroquímicos

Algunos neurofisiólogos incluso señalan que no es hasta los veinte años que estas funciones llegan a adquirir su completa madures (Nogales Gaete, Donoso S., & Verdugo L., 2005); (Muñoz Marron, y otros, 2009).

Como vemos, las FE llevan a cabo las tareas cognitivas más exclusivas de los humanos, abarcan conductas como la planificación y el control de las respuestas instintivas para lograr metas que se fijan para el futuro.

Entre otras tantas se ven implicadas operaciones cognitivas relacionadas con la capacidad de iniciar una tarea, la formulación de metas, la planificación y los pasos para realizarlas de un modo eficaz; especialmente en la resolución de situaciones novedosas, imprevistas o cambiantes (Neurohealth, 2011).

Unas de las funciones que abarcan son también interpretar los datos actuales por su valor de tiempo futuro, coordina movimientos físicos sofisticados, como los que se necesitan para hablar.

Para Healm-Estabrooks & L. Albert, (2005) las FE son adecuadas para una vida independiente y productiva, así como para planificar y realizar todas las actividades no-rutinarias.

Muñoz Marron y otros, (2009) comentan que las FE permiten al individuo las operaciones de varios subprocesos cognitivos y de este modo la dinámica de los aspectos más complejos de la cognicion humana.

Analizando el concepto, si tomamos como una persona autónoma a aquella persona que tiene la capacidad de auto gobernarse, de escoger, decidir por sí misma; entonces un adulto mayor con alguna de estas capacidades disminuidas y/o deterioradas corre el riesgo de perder su autonomía, premisa que en el presente trabajo intento cambiar o disminuir el riesgo.

Analicemos las FE desde la conducta de lavarse los dientes.

Empecemos con el hecho de mover la mano, esta conducta tiene que ver con una serie de procesos que se llevan en el cerebro a tal velocidad que solo se puede ver el resultado, si lo dividieras en muchísimos pasos iniciaríamos con el hecho de hacer conciencia de donde está el brazo que quieres mover, identificar los músculos que necesitas tensar y destensar para poder levantar el brazo, analizar si estos están siendo los correctos para que el brazo se empiece a mover y si no, estructurar un nuevo grupo de músculos para realizar dicha función. Supongamos que fue correcto el movimiento de este grupo muscular y se empieza a levantar el brazo, ahora se tiene que analizar fuerza, resistencia, espacio, dirección y sentido del movimiento y para cada uno de estos procesos se tiene que hacer un análisis similar; uno pensaría que ya levanto el brazo, pero en realidad apenas se ha descrito el inicio de esta actividad.

Esto es solo un ejemplo de todas las funciones que están contenidas en procesos similares a los que se llevan a cabo por las FE, son procesos sumamente elaborados en los que se ven involucrados distintos procesos simultáneos, por lo cuales considero la estimulación de las FE como uno de los procesos con una gran importancia para la independencia y calidad de vida del Adulto Mayor.

García-Molina, Bernabeu Guitart y Roig-Rovira (2010) aportan elementos que retomamos en esta tesis, en el sentido que las FE engloban un amplio conjunto de mecanismos encaminados a autorregular comportamientos dirigidos a un fin. Por lo que la conservación de estas comprende diversas acciones que mejoran la independencia psicológica, emocional y cognitiva del Adulto Mayor

4.4 Análisis de las actividades y las FE

Como se planteo más arriba, las FE que me interesan trabajar son: 1) identificar un objetivo; 2) establecer un plan de acción; 3) seleccionar los medios necesarios para la ejecución del plan; 4) llevar a cabo el plan establecido en una secuencia temporal adecuada; y 5) verificar que el resultado alcanzado corresponde con el objetivo marcado inicialmente”.

Estas funciones serán descritas en los siguientes apartados, así como las actividades recomendadas para su estimulación y una breve justificación.

4.4.1 Iniciativa o “Identificar un objetivo”

Conceptualizada como la capacidad que permite empezar una acción, proponer o iniciar algo por primera vez. Su estimulación podrá llevarse a cabo con cualquier ejercicio en el que esté implicada la creación, la ocurrencia de nuevas ideas o con la búsqueda activa de información: Dibujos libres (nota: no debe de permitirse las copias de láminas o cuadros), inventar relatos cortos, pensar el menú de toda la semana o pensar platos que no se cocinan habitualmente y que le apetecería comer. (Neurohealth, 2011); (Prants París & Bayés Rusiñol, 2012)

4.4.2 Organización o “Establecer un plan de acción”

Capacidad que nos permite clasificar la información que obtenemos de nuestro entorno. Nos capacita junto a otras funciones para ordenar y organizar la información que tenemos del medio.

Se puede trabajar esta función en casi todas las tareas que impliquen ordenar y clasificar: papeles, fotos, alacenas, música, recetas de cocina, discos, canciones, etc. (Prants París & Bayés Rusiñol, 2012)

4.4.3 Planificación o “Seleccionar los medios necesarios para la ejecución”

Capacidad que nos permite organizar conforme a un determinado plan. Se manifiesta mediante el planteamiento al sujeto de una situación cotidiana (preparar la lista de la compra, un viaje, unas vacaciones o las actividades que se van a realizar hoy o durante la semana, etc.) y se le pide que se enumere X posibles acciones necesarias para poder resolver dicha situación. Por ejemplo: ¿Qué cosas necesitarías hacer previamente si te quieres ir de viaje?, ¿Qué necesitarías si vas a un campamento? Una buena manera de potencializar la planificación en este tipo de actividades es con el uso de una agenda. (Neurohealth, 2011); (Prants París & Bayés Rusiñol, 2012)

4.4.4 Flexibilidad o “Verificar el resultado”

Esta capacidad se estimula mediante la resolución de problemas, donde seguir estrategias es poco útil.

Para estimular esta función es necesario el uso de problemas donde sea poco útil las soluciones convencionales, poner distintos títulos a una fotografía, un texto, una historia; Aportar varias soluciones a problemas de la vida cotidiana, dar posibles soluciones a una cuestión desde el punto de vista de distintas profesiones, Interpretar manchas de tinta bajo diversos criterios, poner títulos diferentes a películas, canciones y además justificar el porqué de ese nuevo título y por último simular un problema en el que están implicadas varias personas, exponer diversas opiniones poniéndose en el punto de vista de los diversos implicados. (Neurohealth, 2011)

4.4.5 Toma de decisiones o “Llevar a cabo el plan de acción”

Después de un proceso cognitivo arduo, el sujeto debe conocer las distintas opciones de acción y las consecuencias inmediatas y futuras de cada una de estas opciones. Un aspecto fundamental de los procesos ejecutivos es la toma de decisiones entendida como la capacidad de seleccionar una respuesta entre varias posibilidades alternativas. (Neurohealth, 2011)

4.5 Aspectos psicológicos del envejecimiento.

Sabemos que el envejecimiento está asociado con el deterioro de muchos procesos sensoriales y cognitivos (Baltes P. y., 1997) además de las funciones psicológicas y cerebrales (Rodrigue K. M., 2004).

La vejez viene acompañada de transformaciones que son tanto estructurales, como funcionales, importantes en todos los órganos y sistemas, incluido el Sistema Nervioso Central (SNC) (Raz, Nature Publishing Group., 2012) dichos cambios se producen en las distintas áreas de las cortezas cerebrales.

Últimamente el estudio de los volúmenes de las distintas regiones corticales ha demostrado la vulnerabilidad que tiene la corteza prefrontal lateral implicada en las FE, control de la atención, hipocampo y del sistema temporal-medio del que depende la memoria episódica.

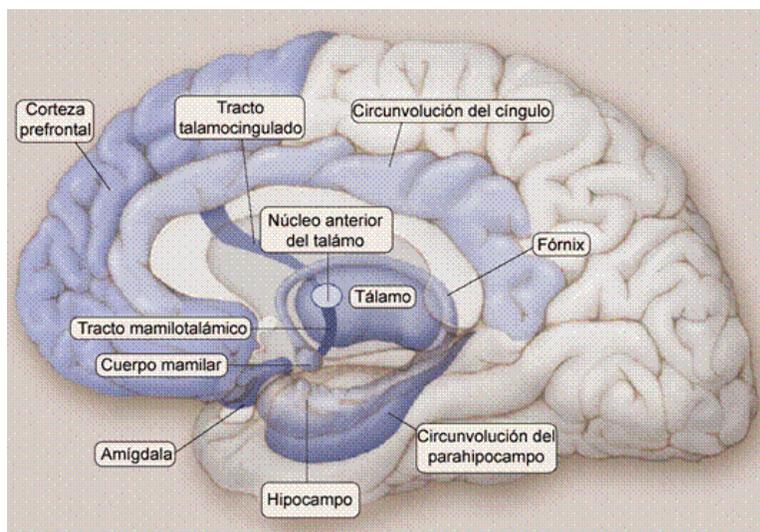


Ilustración 4 Vista del cerebro humano en el que se muestra la localización del Hipocampo, la circunvolución del parahipocampo, y la corteza pre frontal

Al parecer este deterioro en la corteza cerebral puede ser el causante del deterioro de estas funciones cognitivas con la edad, para facilitar su localización consulte la ilustración 4. Sin embargo, no se ha encontrado deterioro en tareas de vocabulario y de memoria implícita ya que la actuación de los mayores es semejante a la de los adultos jóvenes (Ballesteros, 2004) (Park D. C., 1996)

Dado el aumento del número de personas mayores en la sociedad actual y el elevado costo personal, económico, social, personal y familiar asociado al deterioro cognitivo y a la dependencia que produce, es fundamental identificar los factores que puedan ayudar a reducir o incluso en casos extraordinarios invertir el deterioro cognitivo.

Una serie de resultados recientes bastante prometedores parecen confirmar la relación existente entre la buena forma física cardiovascular y la degeneración neural (Ballesteros S. , 2013).

Al parecer es que las pérdidas del tejido neuronal, habituales en el envejecimiento pueden reducirse con el ejercicio físico y la estimulación cognitiva.

El ejercicio físico continuo puede ser una forma de intervención que favorezca la conservación de las funciones cognitivas durante el proceso de envejecimiento o al menos algunas de ellas.

La investigación sobre el envejecimiento cognitivo es hoy una “nueva frontera” de las ciencias humanas) que integra las aportaciones de la psicología cognitiva del envejecimiento y la psicología del ciclo vital (Dixon, 2004)

En la actualidad disciplinas científicas como la neurociencia, la farmacología, la epidemiología, la genética, la biología y las ciencias de la salud están realizando aportaciones muy interesantes al estudio del envejecimiento cognitivo.

Hoy necesitamos resaltar las aportaciones que se están realizando en la comprensión de lo que significa el envejecimiento cognitivo, disciplina conocida como neurociencia cognitiva del envejecimiento (Cabeza, 2005).

El principal objetivo de esta ciencia es el estudio de los cambios que se producen en el cerebro humano a nivel neuronal como consecuencia del envejecimiento.

El estudio de los cambios anatómico-fisiológicos ha consistido preferentemente en la descripción de los procesos de atrofia cerebral y en la pérdida de sinapsis.

En la actualidad, cada día son más numerosos los estudios que combinan el estudio de los procesos cognitivos desde un punto conductual con la aproximación neurológica. De esta forma, está siendo posible estudiar los efectos del envejecimiento, tanto en los procesos cognitivos como en los cerebrales (Cabeza, 2005).

En algún momento, al Adulto Mayor se le consideró como una persona no educable y desplazado socialmente a ocupar un lugar cada vez menos relevante en la sociedad, haciéndolo que se jubilara de la vida. Hoy podemos alegrarnos de que dicha tendencia haya cambiado y de contar con profesionales que trabajan

para modificar estas representaciones sociales estereotipadas, cambiando radicalmente los juicios viejistas.

La conducta y relaciones del Adulto Mayor interactúan de manera diferente, aunque tenga componentes similares (instintos, motivaciones y necesidades). Ésto para muchos de ellos llega a ser difícil, razón por la cual, se ven en la necesidad de buscar nuevos objetos e intereses o incluso variar sus relaciones con el medio, situación que es más complicada, cuando la sociedad o comunidad a la que pertenece no le proporciona o facilita los medios necesarios o incluso éstas opciones sólo se limitan a ciertos sectores de la población en general.

Sin embargo los cambios esperados en el proceso de la vida, como lo pueden ser, disminución de la memoria y los cambios afectivos, debidos a las pérdidas de personas significativas con las que tenía lazos emocionales y afectivos, marcan una inestabilidad en su salud psicológica, física, emocional y social. Dependiendo de la forma en que se adapte es como se podrá evaluar el curso de su envejecimiento cargándose hacia lo patológico, o lo saludable.

Los eventos vitales y el tipo de afrontamiento que tenga el Adulto Mayor ante la vejez y la vida marcan la diferencia en el envejecimiento que tendrá el viejo, por dichas circunstancias se acentúa la incidencia de problemáticas como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y/o síndromes geriátricos, sólo por citar algunos de las derivaciones más frecuentes que se presentan en el Adulto Mayor.

Por otra parte, en la vejez existen procesos involutivos y alteraciones diversas que, además de los aspectos biológicos, pueden estar relacionados con factores ambientales y personales.

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

Durante la vejez sabemos que la parte más deteriorada es la corteza pre-frontal, una de las principales dianas que tiene el envejecimiento, a ésta le siguen las regiones temporales y parietales de la corteza cerebral.

Si queremos diseñar programas de intervención efectivos para superar los efectos característicos del envejecimiento, es preciso comprender cómo se relacionan los cambios producidos en la estructura del cerebro con los cambios conductuales y en qué medida ciertas variables relacionadas con estilos de vida saludables y activos, una dieta equilibrada y otros factores pueden prevenir el deterioro cognitivo producido como resultado de las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y pueden contribuir a proporcionar a los mayores una mejor calidad de vida.

Las Funciones Ejecutivas (FE) tienen que ver con la forma de solución a los problemas de la vida diaria, esto se entiende como la planeación que la persona tiene para realizar su vida cotidiana, e inclusive hasta el cómo aprende.

Entonces un adulto mayor con alguna de estas capacidades disminuidas y/o deterioradas corre el riesgo de perder su autonomía y por consiguiente su calidad

de vida se ve afectada. Viendo la relevancia que tienen las FE en la vida del adulto mayor y la relacion es estas tienen con la conducta, a continuación se analizará factores que influyen en la disminución de la actividad en algunos Adultos Mayores.

Capítulo 5

¿Por qué disminuye la actividad en el Adulto Mayor?

El presente capítulo tenemos el objetivo de revisar los principales eventos que desatan en el adulto mayor crisis en su vida y por consiguiente empiezan a disminuir sus actividades en general.

Tomaremos como eje principal al envejecimiento cognitivo y entender la situación cognitiva en la que se encuentra el adulto mayor y que orilla a jubilarse de la vida.

5.1 Concepción de crisis.

Uno de los principales términos a definir es el concepto de “crisis” dentro de la presente tesis, ya que es común hablar de ello y se presta a diferentes interpretaciones.

La definición de crisis que manejaremos será la dada por Caplan (1961) donde es un estado que surge cuando el individuo se enfrenta a un obstáculo que interfiere con su vida, fracasando al ocupar sus métodos habituales de resolver problemas, generándose así, un caos interno. Siendo la resolución del conflicto de forma incierta.

5.2 Jubilación.

La jubilación constituye una de las principales tareas de la edad adulta durante el desarrollo y la etapa final del ciclo ocupacional. Ha llegado a ser un tema de interés casi universal y uno de los más investigados en el campo de la gerontología.

Constituye uno de los fenómenos de la sociedad industrial moderna, una etapa de la vida relativamente nueva que surgió hasta el siglo XX y que cobró impulso después de la segunda guerra mundial.

Antes de 1900, la jubilación era principalmente para quienes tenían suficientes tierras u otros recursos que les permitían dejar de trabajar (Quadagno y McClellan, 1989).

A lo largo del siglo XX ha habido un considerable aumento del tiempo dedicado a la educación, a la vida laboral y a la jubilación.

Como el trabajo es importante tanto para la identidad masculina y para la femenina debido a que la función del empleo influye en tantos otros aspectos de la vida, autores como Maxwell (1985) comentan que es un suceso significativo con enormes repercusiones, situación que ha abierto brecha, y a fin de explicar la forma en la que las personas se llegan a adaptar a la jubilación se han propuesto marcos teóricos como: "Teoría de la crisis", en dicha teoría se sostiene que el rol laboral genera una disminución en la autoestima y el estatus, retraimiento, aislamiento, enfermedad y una menor satisfacción con la vida.

Los recursos personales, económicos y sociales, así como el tiempo que la persona permanece en paro laboral, también afectan el estado psicológico, emocional y físico del Adulto Mayor.

Se pensaría que la jubilación o retiro puede tener beneficios para el matrimonio, sin embargo, G.R. Lee y Sheham (1989) demuestran lo contrario; los problemas entre la pareja surgen con mayor facilidad ya que al permanecer más tiempo juntos ocasiona un mayor número de conflictos entre la pareja.

Con el paso de los años las personas envejecidas han modificado sus capacidades físicas y cognitivas, y suelen ser desplazados por gente más joven, que en muchas ocasiones los tratan con menosprecio por considerarlos fuera de época, no entrénales y poco productivos.

Dentro del campo laboral, el anciano es minimizado conforme avanza el tiempo, va perdiendo la fuerza y sus reacciones se ven disminuidas, así mismo se ve propenso a accidentes laborales (Berryman, 1994).

Al no contar con un empleo digno el anciano se ve limitado en sus ingresos familiares y esto trae como consecuencia fuertes cargas emocionales, como por ejemplo se siente menos satisfecho con la vida y su autoestima es muy baja; lo cual origina problemas de salud física y mental (Berryman, 1994).

Se ven limitadas sus actividades, contactos sociales e interpersonales. Adoptan un papel sedentario, limitándose a actividades rudimentarias y poco satisfactorias (comer, dormir y ver televisión).

Por otra parte, autores como Montes de Oca, V., (Coord.) (2012); Montes de Oca, V., (Comp.) (2012) y López La Vera (2012) quienes han analizado éste fenómeno al describir factores que denominan la subjetividad, salud y el empoderamiento de la vida del adulto mayor, quienes sugieren algunos caminos posibles para promover un proceso de empoderamiento que repercutirá positivamente en muchas dimensiones de la vida de los ancianos y por lo tanto en la calidad de vida de su envejecimiento.

5.3 Síndrome del nido vacío.

El término "nido vacío" se usa mucho para referirse al período de la vida en que los hijos han terminado de crecer y abandonan el hogar. Cabe destacar que este síndrome por cuestiones culturales pareciera ser que afecta más a la mujer que al hombre, ya que pareciera comportarse como la jubilación de la dama.

Este evento, como tantos otros del ciclo de vida en la familia es de enorme importancia para cada involucrado ya que produce una crisis en el equilibrio familiar. Las penas, las alegrías, las decisiones, el tiempo, ya nunca más se compartirán de la misma manera. Por lo tanto, la familia debe reorganizarse y alcanzar una nueva estabilidad a partir del cambio.

Aunque tanto hombres como mujeres experimentan esta transición, solamente se ha considerado estresante para las mujeres, ya que esto conlleva la pérdida de los principales componentes del rol de la madre, un rol que tradicionalmente viene siendo el principal objetivo en las vidas e identidades de muchas mujeres.

El "nido vacío" es a menudo visto como un cambio perjudicial en el bienestar físico o psicológico de la mujer (Pozo Armentia, Cortés Cortés, & Escudero Fernández, 2012), ya que a esta se le quitan culturalmente quehaceres y el sentido de su trabajo viéndose ella misma como jubilada.

5.4 Depresión.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, aunque este no lo hace el único que ataque al Adulto Mayor, su presencia puede pasar desapercibida por omisión, desconocimiento o falta de importancia.

La tristeza no forma parte del envejecimiento normal, sin embargo este se ha tomado como un rasgo característico de la población envejecida.

La depresión es la agrupación de síntomas en los que predominan el tipo afectivo (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Alberdi Sudupe, Taboada, & Castro Dono , 2012).

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), este manual maneja que es la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV existe otro grupo de trastornos depresivos incluidos en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva, pura o mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta o de las emociones.

Existen dos formas básicas de depresión: La exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). Depende de la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y por ende, en la función cerebral. La endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica, como ocurre en las psicosis bipolar o unipolar (Organization, 2012)

La depresión varía escasamente de un día para otro y no suele responder a otro tipo de cambios, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas hipocondriacos (capitaleemocional.com, 2012)

La depresión es demasiado compleja para su identificación sin embargo existen conductas que se consideran como base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios vienen dados por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas.

La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas (Organization, 2012).

Si bien las causas de la depresión en el adulto mayor no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad).

Existen otros factores de riesgo que juegan un papel importante para el desarrollo de una depresión en el adulto mayor, estos factores son: dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ingram & Ritter, 2000); (Geddes J, 2006).

5.5 Ansiedad.

De acuerdo con el DSM-IV la ansiedad ha sido definida como la anticipación de un daño o desgracia futuros, está acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como el psicológico y conductual.

Durante los 90's Beekman (1998) estudió e identificó algunos factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad en el anciano. En general, los factores de vulnerabilidad fueron pertenecer al sexo femenino, bajo nivel educativo, ser soltero o separado; historia familiar de trastorno de ansiedad, tener un locus de control externo, soledad y la exposición a sucesos trágicos en guerras.

Estos factores parecen predisponer al padecimiento de trastornos de ansiedad, mientras que factores como los acontecimientos vitales, enfermedad crónica, limitación funcional y sensación subjetiva de salud baja; también desempeñan un papel importante, encontrándose prevalentemente en la población envejecida.

Estos factores son difícilmente modificables, unos porque tienen su origen en edades muy tempranas de la vida y otros porque constituyen situaciones comunes en edades avanzadas.

Sin embargo, pueden ayudar a identificar a los ancianos con alto riesgo de padecer trastornos de ansiedad y de esta forma ayudar en el diagnóstico.

La ansiedad en el anciano puede manifestarse de distintas formas, Sheikh, (2000) comenta que las principales conductas, pensamientos y emociones

característicos de la ansiedad en el Adulto Mayor están ligadas al temor, miedo, preocupación, inseguridad y angustia.

Estas habitualmente se manifiestan en el anciano de forma cada vez más imprecisa, por lo que lo hace incrementar su dificultad a la hora hacer un diagnóstico diferencial.

El anciano, con frecuencia, no sabe describir el estado emocional que le invade, haciendo referencia a una situación indefinida de malestar general que no responde a una amenaza concreta o a una sensación de miedo o temor reconocido

Los síntomas conductuales o de comportamiento suelen ser más evidentes llegando a crear una dependencia mayor con las personas que le rodean.

Comenta también la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (2004) que algunas conductas como la hiperactividad o la inquietud llegan a ser componentes frecuentes de ansiedad en el anciano. Y en la descripción de sus síntomas a veces la describen como una situación de inquietud interna, otras lo manifiestan en forma de hiperactividad motora (vagabundeo, movimientos repetitivos de las manos, imposibilidad de mantener una acción o estado durante mucho tiempo) y en ocasiones con gemidos constantes.

5.6 Síndromes Geriátricos.

Han sido denominados de esta manera debido a la frecuencia que tienen en el adulto mayor y el aumento en la demanda en los sistemas de salud.

Estos por lo general son la consecuencia de todos los eventos, situaciones o vivencias que tiene el adulto mayor.

Debido a las decisiones que tomo el Adulto Mayor, en su cuerpo se reflejan consecuencias encaminadas a la autonomía o dependencia, que en muchos casos son variadas interviniendo dos o más de estos síndromes en la vida del mayor.

Los síndromes geriátricos están directamente relacionados con el grado de dependencia y asistencia que el mayor llega a tener, por lo cual también se ve asociado con la disminución en las actividades que el Adulto Mayor tiene o puede realizar.

Las consecuencias que llegan a tener las personas mayores respecto a los síndromes geriátricos son variadas, estando directamente relacionados con el grado de dependencia y asistencia que tenga.

Lo que también se asocia con la disminución en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Con frecuencia llegan a ser un problema oculto o sub-estimado, con una elevada prevalencia en la población enferma y anciana, por dichas condiciones en muchos de los ancianos con envejecimiento patológico no son detectados y por obvias razones no se realiza una adecuada intervención, entendiéndose así el

estado del mayor como una consecuencia del envejecimiento “es que... ya está viejo”.

Su mal manejo, diagnóstico y por consecuencia la intervención hace que cualquiera de los síndromes tenga una aparición precoz y una evolución acelerada potencializado el final del envejecido.

Existen infinidad de síndromes como lo son: Malnutrición, Farmacodependencia (iatrogenia), alteraciones de la marcha, caídas, Úlcera por presión, inmovilismo, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, delirium, deterioro cognitivo y demencias; depresión, etc.

De acuerdo con Cigolle, (2007) quien realizó un estudio en la población mayor de Estado Unidos de América en el que identifico las principales complicaciones que tienen los Adultos Mayores de ese país, el estudio estuvo basado en los síndromes geriátricos, encontrando que la incontinencia y caídas, seguidas del deterioro cognitivo son frecuentes y asociadas con la discapacidad en ancianos.

5.7 Deterioro cognoscitivo.

Zepeda Pérez M. (2013) en su artículo comenta acertadamente, que el deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aquejan a un adulto mayor.

Sabemos que son diversas las causas que pueden modificar o alterar el funcionamiento de la psique.

Una de las funciones que mayor atención se le ha prestado es la memoria y su relación con las demencias, por eso es que erróneamente muchos piensen en la demencia senil.

Por esto que debemos de entender que hablar de deterioro cognoscitivo no es hablar de demencia, circunstancia por la cual este síndrome debe ser bien evaluado ya que con un inadecuado diagnóstico diferencial podemos terminar en una demencia (Inouye, 2007).

Como ya se sabe la función cognoscitiva de los ancianos puede verse afectada por los cambios propios del envejecimiento, pasando por el deterioro cognoscitivo leve (DCL) hasta demencia (Masoro, 2006). Aunado a esto Park & Schwarz, (2002) comentan que uno de los cambios más reconocidos que suceden en el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales.

Además la velocidad de estos procesos depende de cuatro factores: órganos de los sentidos, atención, procesamiento central de la información y la respuesta motora.

Por otra parte se ha determinado que es el procesamiento central el que se encuentra enlentecido en los ancianos, cuestión que dificulta y enlentece su capacidad de reacción, con esto no podemos decir que el adulto mayor no tenga estas funciones. Moore, (2001) se dedicó a cronometrar y estudiar estas capacidades sustentando estos párrafos.

Uno de los principales síntomas que refieren los mayores es la pérdida subjetiva de la memoria, pero también existe la leve disminución de las Funciones

Ejecutivas y el procesamiento de la información, que consigo trae también la dificultad y disminución del pensamiento, atención y lenguaje.

Se tiene la idea de que el anciano no aprende, sin embargo, esta es una visión demasiado retrograda, si bien los ancianos les cuesta mayor dificultad aprender información nueva, esto no implica que no lo pueda hacer. A partir de la adultez la habilidad para aprender nueva información y recordarla después disminuye un 10% por década (Mendez, 2003)

Petersen, (2003) define al deterioro cognoscitivo como la queja de pérdida de memoria subjetiva. En este mismo artículo estudio las funciones conservadas en el Adulto Mayor y examino con pruebas neuropsicológicas, encontrando que están 1.5 desviaciones estándar por debajo de la media ajustada para la edad y escolaridad.

Estudios realizados como Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México y la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento han aportado datos que determinan el incremento y prevalencia de este tipo de síndromes en la población mexicana envejecida, a pesar de ser datos muy viejos (2004), aún siguen aportando mucha información acerca de nuestra vejez.

En México sabemos que la prevalencia de la demencia en Adultos Mayores de 65 años es de 5%, y mientras que para personas mayores a 80 años se ve incrementada esta cifra al 45%. La Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento encontró que el 8% de los pacientes entre 60 y 74 años obtuvieron una calificación menor a 13.3 el Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) (Albala C, 2005).

Fitten, (2001) encuentra relación de la Enfermedad de Alzheimer estudiando a 100 pacientes mexicanos y sus respectivos cuidadores, encontrando datos muy similares a los arrojados por la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento. Los datos anteriores dejan ver más claramente la predominancia que tiene este síndrome en la población envejecida.

El constante cambio que tiene la etapa de la vejez realiza estados de crisis. Durante una crisis, repentinamente se interrumpen las formas de lidiar con el mundo.

Hoy sabemos que las crisis son universales y pueden afectar a personas de todas las edades y culturas; sin embargo, desempeñan un papel cultural importante en cómo un individuo interpreta y reacciona ante una crisis.

Por todas estas razones, estrategias de intervención de crisis deben ser consideradas un mundo culturalmente diverso y dinámicamente cambiante de la adultez mayor.

Concluyendo, estas condiciones son frecuentemente ignoradas en la práctica médica tradicional, otro de los hallazgos fue el que se encontró que casi la mitad de los ancianos de USA, tenía síndromes o condiciones geriátricas.

Lo que ya es bien conocido por los profesionales que nos dedicamos a la asistencia al adulto mayor, el anciano es un gran consumidor de recursos sanitarios, ya que es cuando florecen las semillas de las patologías de la juventud y por lo tanto, causan un sin número de crisis que influyen en el adulto mayor de forma negativa y estas desatan un estado de inactividad.

Es sin duda alguna esta la justificación de este trabajo, como una forma de identificar y disminuir la aparición de uno o varios síndromes geriátricos o en su defecto de aquellas crisis que imposibilitan al mayor mexicano, dejando este trabajo como la antesala a otros para mejorar la asistencia.

Capítulo 6

Método.

Se consideró al envejecimiento cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y las funciones ejecutivas como variables interactuantes en la vida del adulto mayor, se trabajó además bajo el supuesto teórico de entender que el anciano es una persona que está en el proceso de envejecimiento y en el cual puede o no haber un deterioro y/o enfermedad.

Se utilizaron los métodos de análisis de la información: análisis documental y método analítico sintético, con dicha metodología planteada se demostró la necesidad que tiene de estimular las funciones ejecutivas de este grupo de edad, dándole el sustento teórico necesario al manual que se plantea en este trabajo.

6.1 Análisis y síntesis de la información

En esta investigación se usaron los métodos de investigación documental, y Marco de análisis documental (Escudero, 2004), con la finalidad de conocer lo esencial de los documentos que genera cada área de trabajo o del conocimiento en la vejez, mientras que el Analítico- sintético (Hurtado León y Toro Garrido, 2007) se utilizó con la finalidad de analizar la interacción que tienen las FE: el envejecimiento cognoscitivo y las actividades de la vida diaria; así mismo poder ver cómo es que afectan directa o indirectamente sobre las funciones ejecutivas y la calidad de vida del adulto mayor.

Mediante el uso del marco de análisis documental se recabó información estadística y de opinión contenida en informes, anuarios estadísticos, estudios ya

realizados, además de los aspectos que dimensionen el trabajo planteado (Escudero, 2004), con dicha metodología se trabajó la parte macroscópica del fenómeno de la vejez en México, las funciones ejecutivas y su calidad de vida.

Por otra parte se utilizó el método analítico sintético con la finalidad de desmenuzar la información en distintos elementos o componentes y delimitar el tema, reduciendo a lo simple lo complejo (Hurtado León & Toro Garrido, 2007), encontrando la interacción que tienen los fenómenos de envejecimiento cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y las funciones ejecutivas; así mismo el como afectan directa o indirectamente la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor.

Dichas metodologías se trabajaron conjuntamente con la finalidad de despejar desde lo macroscópico hasta lo microscópico, ya que envejecimiento cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y las Funciones Ejecutivas son variables interactuantes que modifican la calidad de vida del Adulto Mayor.

Mediante el método analítico sintético se relacionaron las FE con las destrezas necesarias, se identificó que mediante el uso de actividades secuenciales, lógico-matemáticas, asociativas, lingüísticas y de atención-concentración, se ven favorecidas de manera positiva las FE.

Dicha relación se ve favorecida con la Taxonomía de dominios de aprendizaje planteada por Benjamín Bloom (1956) y posteriormente modificada y actualizada por su alumno Anderson y Krathwohl (2000) quienes plantean términos semejantes a las FE analizadas, usando verbos como recordar, comprender, aplicar, analizar, evaluar y crear.

Para ello se recopilaron actividades utilizadas como herramientas en este manual, las cuales que son sensibles a la situación de la persona mayor, y con adecuados objetivos, capaces de estimular las posibles alteraciones en su estructura cognitiva.

Mediante las técnicas de análisis documental y método analítico sintético trabajadas en el apartado teórico, la profesionalización de actividades cognitivas debe tener en cuenta las capacidades, ritmos de trabajo, así como la edad, escolaridad, sexo y lugar de residencia (urbano o rural), aplicando en caso necesario los ajustes pertinentes.

Por otra parte, se tomó en cuenta las particularidades psicológicas, como la lógica, el interés, organización, intensidad, motivación, gratificación, factor sorpresa y las implicaciones personales y emocionales; como favorecedores de las actividades aquí planteadas y que se ven relacionadas con las funciones ejecutivas.

Podemos encontrar con Montejo (2001), que la lógica es la facultad para argumentar, razonar y deducir. El objetivo de los ejercicios que aquí se proponen, se enfocan en la acción de encontrar la secuencia lógica de un suceso a una idea. La propuesta con una lógica será más fácilmente comprendida, por eso es importante que la propuesta sea fácil y comprensible y que no implique momentos estresantes para su correcta realización.

Mientras que el interés, tal como lo dice Rodríguez (1997), constituye el mejor componente emotivo para despertar la atención. La observación de los aspectos interesantes de cualquier actividad a realizar cambia la actitud, “Una persona que vive con intereses variados y vivos tiene más oportunidades de hacer funcionar su memoria inmediata, que cualquier otra que sea más pasiva”, (Renaud, 1999:25).

En principio para llevar cualquiera de las actividades es necesario que haya una organización, éste material está organizado de tal manera que represente un orden. Se ha tomado en cuenta los tres niveles básicos a) la organización que ya existe en la memoria a largo plazo de cada persona, b) la que puede ser percibida o generada en el acceder al nuevo material que se quiere aprender y c) la que une a las dos primeras, permitiendo acceder al nuevo material como y cuando se quiera. (Baddeley, 1999:149)

Es necesario controlar el ritmo y la intensidad de ejecución, especialmente cuando se trabaja con personas mayores, por dos razones básicas: primera, con este grupo de edad está contraindicado trabajar a una intensidad máxima, más bien al contrario, se les debe de trabajar a una intensidad más baja. La segunda, que el ritmo que se solicite para realizar la actividad sea el más adecuado y adaptado a las características de las personas, ya que se podría dar que si la misma propuesta la realizamos a una velocidad muy rápida, entonces no coincidimos en la memoria sino en la velocidad de reacción o en la coordinación. (Baddeley, 1999:144)

La motivación, es el estado más favorable que podemos tener para el trabajo con las funciones ejecutivas, cuando hay motivación habrá mayor voluntad por parte del sujeto para poner atención a toda estimulación que provenga del exterior. “La motivación influye en la voluntad del sujeto para atender al material que debe aprender” (Baddeley, 1999:147)

La gratificación se obtiene mediante los resultados positivos que la persona obtenga, si aquello que realiza le resulta gratificante, se empieza a disfrutar de las actividades que se están realizando. Una actividad será gratificante siempre y cuando sea adaptada a las posibilidades de los ejecutantes, así como lo dice Rodríguez (1997) intentando evitar

situaciones de estrés, creando un ambiente de trabajo y confianza, que permita al adulto mayor dominar las situaciones y eliminar la tensión. De acuerdo con Sánchez Cábaco (1999), es necesario crear situaciones sociales, de grupo, positivas y agradables.

Cuando una persona está implicada emocionalmente aquello que motiva es más fácil de borrar de la memoria, de acuerdo con Roca (1999) “Los elementos más favorecedores son aquellos que tienen una coloración emocional agradable y después vienen los que tienen un tinte desagradable para el sujeto” (p. 301)

En ésta línea de investigación se ha demostrado que el estado afectivo de un sujeto condiciona o actúa como filtro para canalizar la entrada de material que lo justifica, según afirma Jódar (2000). Actualmente se está trabajando la memoria emocional con enfermos de Alzheimer.

6.2 Justificación

El acelerado crecimiento demográfico de la población en México ha propiciado un sin número de preocupaciones en cuanto a la asistencia que se necesita para apoyar al grupo de Adultos Mayores. Durante el último conteo de población realizado por el INEGI (2010) en 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total; en 1990 ascendía al 6.2%; para el 2001 la OMS reportó que había 590 millones de personas mayores de 65 años; y para el año 2030 se calcula que será el 12.6%; lo que representa pasar de 5016000 individuos en 1990 a 17404000 para el año 2030 así mismo el UNFPA (2011) reporta los mismos datos, en el informe el UNFPA (2011) estiman que para

México en el año 2050 uno de cada cuatro habitantes será mayor de setenta años.

El INEGI (2010) presenta la pirámide poblacional correspondiente a México y realiza una comparación con años anteriores, podemos ver un incremento considerable de los habitantes mayores de 85 años, ya que demuestra el engrosamiento de un sector de la población, siendo marcado en el achatamiento de extremos superior e inferior.

Esta situación tiene sin duda alguna repercusiones en áreas políticas, sociales, culturales, económicas y sobre todo en la salud de nuestra sociedad, por lo que es necesario e indispensable que profesionales en el ramo de la psicología se especialicen en el trato y trabajo con el adulto mayor, así mismo otra de las necesidades que tenemos es el uso de materiales adecuados a la población mexicana.

Lo que se busco, fue realizar actividades no sólo como una forma de distracción, sino como una herramienta que favorezca la independencia del senecto y su calidad de vida. En la mayoría de los centros con programas de atención al mayor no se realizan actividades y en los pocos en que se llegan a realizar, a estas les faltan objetivos específicos que trabajen las carencias cognitivas que tiene el mayor.

Otra de las deficiencias que se observó fue la falta de seguimiento en las capacidades del huésped, para mantener las funciones ejecutivas del adulto

mayor, con la finalidad de brindar autonomía e independencia y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

Sabemos que en nuestra sociedad el promedio de vida poblacional ha aumentado dramáticamente, siendo que la media poblacional tuvo un aumento de 22 a 26 años en la última década comprendida de 2000 a 2010 y el porcentaje de personas que viven más allá de los 60 años ha crecido de manera notable, esta prevalencia seguirá acentuándose, dicha población está conformada en su mayor parte por mujeres, como veremos las personas mayores tienen demandas y características diferentes a las de los demás grupos de mayores envejecidos.

Para fines explicativos considere importante dibujar una línea de diferencia entre envejecimiento cognoscitivo y el deterioro cognoscitivo, así mismo el entender la naturaleza y extensión de cada uno; además su relación con las funciones ejecutivas y las actividades propuestas, con la finalidad de visualizar los alcances de una estimulación cognoscitiva en Adultos Mayores.

6.3 Planteamiento del problema

A través de las técnicas de análisis documental y método analítico sintético, se ha puesto de manifiesto que la exploración e intervención psicológica son un componente esencial en el diagnóstico y planificación de actividades sensibles al fortalecimiento de las Funciones Ejecutivas del anciano, dichas actividades tienen que ir encaminadas a la iniciativa “identificación de un objetivo”, organización “Establecer un plan de acción”, planificación “seleccionar los medios necesarios para la ejecución”, flexibilidad “verificar el resultado” y la toma de decisiones “llevar a cabo el plan de acción”.

Actualmente es común que actividades de fortalecimiento cognitivo en residencias geriátricas (asilos) o centros gerontológicos, se vean fácilmente llevadas por enfermeras y personal no calificado para estimular a su población.

Por lo general estas actividades no se llevan con objetivos y fundamentos claros, haciéndolas como una forma de enganche para obtener mejores ganancias, mantener quietos y controlados a los residentes, o en su defecto justificar su trabajo o la falta de capacitación en el área guardando solo las apariencias.

Si estas actividades se realizaran mediante la dirección o coordinación psicológica se establecen los objetivos y metas necesarias para mejorar la calidad de vida del cliente. Además de establecer métodos de trabajo para desarrollar y / o rehabilitar las habilidades, procesos o funciones del viejo. Ya que como se ha demostrado en el ambiente educativo el uso de métodos funciona de una excelente manera y en la gerontología que apenas lleva 40 de existencia, el fortalecimiento y estructuración de nuevas metodologías acerca de la estimulación cognoscitiva en el mayor provocará mejoras en su funcionamiento y calidad de vida.

6.4 Objetivos

⊖ Analizar desde un punto teórico la relación e interacción entre las FE, envejecimiento cognoscitivo, deterioro cognoscitivo, las actividades de la vida diaria y calidad de vida.

⊖ Encontrar a partir de la revisión bibliográfica actividades lúdicas que estimulen las FE (identificar un objetivo; establecer un plan de acción; seleccionar los medios necesarios para la ejecución del plan; llevar a cabo el plan establecido en una secuencia temporal adecuada; y por último verificar que el resultado alcanzado corresponde con el objetivo marcado inicialmente) con la finalidad de brindar una mayor independencia cognoscitiva al adulto mayor.

⊖ A través de la revisión bibliográfica encontrar algunos de los factores que influyen en el adulto mayor en la decisión de excluirse de actividades que eran de su interés y disfrute particular.

⊖ Elaborar un manual que contenga una forma de evaluación, actividades diseñadas para distintos tipos de deterioro y una estructura para poder llevarlo a cabo.

6.5 Definiciones conceptuales de las categorías.

Vejez: Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo, que con el paso y que finalmente termina con la muerte (Smith y Ders 1999).

Calidad de vida: Birren y Shaie (2001), indican que la calidad de vida está relacionada con la salud y esta debería ser analizada desde el funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo, siendo estas últimas de mayor relevancia en la calidad de vida del adulto mayor.

Actividades de la vida diaria: Dan Reed y Sanderson (1980) definen las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo de forma independiente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento.

Funciones ejecutivas: hacen relevancia a un sin número de procesos cognitivos de orden superior, además de ser un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio (Pineda, Cadavid, & Mancheno, 1996a).

Envejecimiento activo: Para la OMS citado en Bermejo, (2010) el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, Psíquico y social durante toda la vida. El principal objetivo que se encuentra en este tipo de envejecimiento es el de extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Estimulación cognitiva: engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención,

concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación.

Consiste en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, con la intención de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia.

Lo más importante, es que al trabajar sobre las capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona (y no las que ya ha perdido), lograrán evitar la frustración del enfermo. Todo esto contribuirá a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima por parte del enfermo (Infoogerontología, 2013).

Deterioro cognitivo: Pérez Zepeda M. (2013) en su artículo comenta acertadamente, que el deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aquejan a un adulto mayor.

Envejecimiento cognitivo: proceso por el cual el cerebro envejece, las habilidades y manejo de información se ven enlentecidas o incluso disminuidas (Ivy, MacLeod y Markus, 1992)

Plasticidad neuronal: Gispen (1993) la definió como la capacidad de una neurona de adaptarse a cambios, a la experiencia previa o inclusive a las lesiones.

Salud: La constitución de la Organización Mundial para la Salud, en 1946, en su primera página nos dice lo siguiente “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

Crisis: Estado de un individuo, que surge cuando se enfrenta a un obstáculo que interfiere con su vida, fracasando al ocupar sus métodos habituales de resolver problemas, generándose así un caos interno. Siendo la resolución del problema de forma incierta (Caplan, 1961 p.21)

CONCLUSIONES

México, como el resto del mundo, está envejeciendo a pasos acelerados, situación que amerita tomar medidas pertinentes, el “envejecer” es un tema cotidiano en nuestra actualidad, ya que la población está llegando a ser más longeva, lo que trae como consecuencia el abarrotamiento de los sistemas sanitarios y de salud (INEGI, 2010).

También sabemos que el envejecimiento implica cambios biofisiológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo, cambios que influyen en la vida del adulto mayor (58a Asamblea mundial de la salud, 2005), (Baltes, 1997), (Bermis, 2004), (Hasen Lemme, 2003).

A través de la revisión bibliográfica se visualiza lo que González-Celis y Araujo, (2010) dicen que “Tal vez, la carga más grande del adulto mayor no es el proceso de envejecimiento, sino la serie de cambios sociales a los que se expone conforme avanza la edad y probablemente estos se deban a los prejuicios sociales”.

Acerca del tema se habla bastante, pero existen pocos profesionales enfocados a la vejez, así mismo, existen muy pocos materiales que trabajen de acuerdo a objetivos específicos y la demanda de este tipo de servicios está aumentando a pasos agigantados, de forma que existen más Adultos Mayores en México, pero también han aumentado el número de discapacitados, hoy es necesario empezar a hacer, diseñar, adaptar o actualizar materiales y planes de trabajo en el campo de la psicología y la vejez, ya que la problemática rebasará

las capacidades que tenemos en este ramo, sin embargo existen otros trabajos como el planteado por Pont y Carroggio (2007) en su libro Ejercicios de Motricidad y memoria para personas mayores; y el Manual de musicoterapia en geriatría y demencias, publicado por Mercadal-Brotons y Martí Augé en el 2008, se debe de tener en cuenta que dichos manuales no son los únicos existentes y que fueron publicados y trabajados en Europa; por lo que es necesario su estandarización y adaptación.

Uno de los principales puntos que debemos de tener en cuenta como psicólogos es que las personas ancianas son útiles, debido a la experiencia que llegaron a adquirir, sin embargo existen diferentes conductas que hacemos como sociedad que orillan a los mayores a jubilarse, no solo del trabajo, también de la vida.

Independientemente del tipo de envejecimiento que tenga la persona, la misión que tiene el profesional es de encaminar a la adopción de estilos de vida saludables, hábitos protectores para su salud y la funcionalidad.

Por otra parte, los profesionales que dedicamos nuestras carreras al Adulto Mayor tenemos la misión de elaborar y brindar herramientas con objetivos específicos para la preservación de las funciones cognoscitivas y mejoramiento de la calidad de vida, así como lo hace la psicogerontología, gerontología y geriatría.

En algún momento, al Adulto Mayor se le consideró como una persona no educable y se le desplazó socialmente a ocupar un lugar cada vez menos relevante en la sociedad, haciéndolo que se jubilara de la vida.

Hoy podemos alegrarnos de que dicha tendencia haya cambiado y se tengan más profesionales que trabajan para modificar estas representaciones sociales mal fundamentadas, cambiando radicalmente los juicios viejistas.

A pesar de que la vejez está caracterizada socialmente y por el mismo anciano como una pérdida de habilidades, hábitos y costumbres que marcan el sentido de su existir, los profesionales sabemos que el anciano puede elaborar estrategias para cubrir dichas pérdidas (plasticidad neuronal y estimulación cognoscitiva, solo por citar algunas) y de esa manera continuar aportando a la sociedad tanto como le sea posible; siempre y cuando se le brinden las herramientas necesarias para su adaptación a este nuevo estilo de vida.

Por otro lado, en el ámbito del deterioro cognitivo, la aportación psicológica debe ir encaminada a la identificación de perfiles cognitivos con la única finalidad de trabajar por grupos con similitudes cognitivas y funcionales. Las pruebas neuropsicológicas permiten la creación de un perfil clínico, muy útil como representación gráfica de las funciones cognitivas alteradas, por lo que se recomienda una previa evaluación de las capacidades del usuario, siempre y cuando se tenga en consideración la habituación del sujeto a la prueba o test.

Como se vió en el apartado teórico, las propias vivencias de la persona generan un estado constante de frustración la cual lleva al Adulto Mayor a replantear por completo su vida: tiene que analizar sus valores, los que posee y los que quiere conservar, los que “intuye” que va a perder y los que han aparecido y no quiere aceptar, pero que ya son parte de esa realidad.

Entre estos, está su esquema corporal , quizás una de las luchas más fuertes que vive el anciano ante la aceptación de sus cambios físicos, sus impotencias y sus discapacidades.

La conducta y relaciones del Adulto Mayor interactúan de manera diferente, aunque tenga componentes similares (instintos, motivaciones y necesidades) o inclusive aumenten. Ésto para muchos de ellos llega a ser difícil, razón por la cual, se ven en la necesidad de buscar nuevos objetos e intereses o incluso variar sus relaciones con el medio, situación que es más complicada, cuando la sociedad o comunidad a la que pertenece no le proporciona o facilita opciones o incluso las opciones sólo se limitan a ciertos sectores de la población en general.

Sin embargo los cambios esperados en el proceso de la vida, como lo pueden ser, disminución de la memoria y los cambios afectivos, estos últimos debidos a las pérdidas de personas significativas, con las que tenía lazos emocionales y afectivos, marcan una inestabilidad en su salud psicológica, física, emocional y social. Dependiendo como se adapte a dichos eventos es como se podrá evaluar el curso de su envejecimiento cargándose hacia lo patológico y lo saludable.

Los eventos vitales y el tipo de afrontamiento que tenga el Adulto Mayor ante la vejez y la vida marcan la diferencia en el envejecimiento que tendrá el sujeto, por dichas circunstancias pareciera acentuarse la incidencia de problemáticas como la depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y/o síndromes

geriátricos, sólo por citar algunos de las derivaciones más frecuentes que se presentan en el Adulto Mayor.

La viudez y la pérdida de amigos son sucesos que provocan fuerte estrés. En la población de más de 65 años, las viudas superan en número a los viudos con una proporción de casi seis a uno, las viudas ancianas tienden menos a contraer segundas nupcias que los viudos.

Como vemos existen diferentes eventos vitales que trascienden en la vida del Adulto Mayor, para muchos de ellos el vivir solo plantea problemas de soledad y de independencia involuntaria, pero también puede brindar nuevas oportunidades de crecimiento mental.

La privación de la escolaridad está íntimamente relacionada con grupos sociales desfavorecidos. Buena parte de la población envejecida mayor a los 60 años se encuentra en el rezago educativo, es decir, no cuenta con educación básica, circunstancia que aumenta las limitadas habilidades y actitudes necesarias para un óptimo desempeño en la sociedad en la que viven.

Los cambios experimentados en la educación de la población no se dio de manera homogénea y los mayores son un segmento de la población para la cual todavía presentan rezagos significativos.

Tres de cada diez personas mayores a 60 años (INEGI, 2010) no saben leer ni escribir, condición que es casi 50% más alta para las mujeres respecto a los hombres. Éste nivel de instrucción alcanzado por la población envejecida da una idea de la dificultad que enfrentó la mayor parte de las personas que nacieran

antes de 1940, para incorporarse en la educación formal o para continuar en ella hasta concluir el nivel básico.

Por otra parte, en la vejez existen procesos involutivos y alteraciones diversas que, además de los aspectos biológicos, pueden estar relacionados con factores ambientales y personales.

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

Durante la vejez sabemos que la parte más deteriorada es la corteza prefrontal, una de las principales dianas que tiene el envejecimiento, a ésta le siguen las regiones temporales y parietales de la corteza cerebral.

Si queremos diseñar programas de intervención efectivos para superar los efectos característicos del envejecimiento, es preciso comprender cómo se relacionan los cambios producidos en la estructura del cerebro con los cambios conductuales y en qué medida ciertas variables relacionadas con estilos de vida saludables y activos, una dieta equilibrada y otros factores pueden prevenir el deterioro cognitivo producido como resultado de las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y pueden contribuir a proporcionar a los mayores una mejor calidad de vida.

Por todas estas razones encuentro de suma importancia el trabajo y estimulación de las FE, con la finalidad de prolongar la autonomía, independencia y por ende elevar la calidad de vida del adulto mayor.

Las Funciones Ejecutivas (FE) tienen que ver con la forma en cómo solucionamos los problemas de la vida diaria, desde como iniciar el día hasta la forma en como nos enfrentamos y trazamos las rutas que hemos de seguir para trasladarnos a nuestras actividades, e inclusive hasta el cómo aprendemos.

Simplificando, el termino FE, hace relevancia a un sin número de procesos cognitivos de orden superior, con el único objetivo de dirigir, prever, valorar y controlar nuestra conducta para que ésta sea eficaz y adecuada al contexto.

Entonces, si tomamos como una persona autónoma a aquella persona que tiene la capacidad de auto gobernarse, de escoger, decidir por sí misma; entonces un adulto mayor con alguna de estas capacidades disminuidas y/o deterioradas corre el riesgo de perder su autonomía, premisa que en el presente trabajo intento cambiar o disminuir el riesgo. Las FE, son procesos sumamente elaborados en los que se ven involucrados distintos procesos simultáneos, por lo cuales considero que la estimulación de las FE como uno de los procesos con una gran importancia para la independencia y calidad de vida del Adulto Mayor.

Las Funciones Ejecutivas (FE) tienen que ver con la forma de solución a los problemas de la vida diaria, esto se entiende como la planeación que la persona tiene para realizar su vida cotidiana e inclusive hasta el cómo aprende.

Viendo la relevancia que tienen las FE en la vida del adulto mayor y la relación es estas tienen con la conducta, necesitamos analizar el porqué de la disminución de la actividad en algunos Adultos Mayores.

Entre las recomendaciones que deja este proyecto está la implementación de un taller en el que se trabaje con grupos homogéneos las dinámicas aquí

expuestas, esto se puede obtener si se trabaja con participantes cautivos, elegidos incidentalmente que tengan un mínimo de edad de sesenta y cinco años en adelante, contengan esfínteres, sin problemas de movilización, inscritos en una residencia.

6.7 Bibliografía.

- (Consejo Nacional de la Población Adulta Mayor), C. N. (2003). *Proceso de envejecimiento, Camino a la vejez. #2*. San José, Costa Rica: CONAPAM.
- 58a Asamblea mundial de la salud. (2005). *Promoción de un envejecimiento activo y saludable novena sesión plenaria 25 de mayo 2005*. Asamblea mundial de la salud.
- Acosta, C. (2009). *El inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida*. En G.-C. (Coord), *Evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Aguilá, J. B. (2001). *Gimnasia mental .El juego como elemento de desarrollo"*. México: Alfaomega.
- Albala C, L. M.-C. (2005). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada*. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 307-322. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>
- Alberto L. Fernández, Julián C. Marino y Ana María Alderete (2004) *Valores normativos en la prueba de Fluidez Verbal- Animales sobre una muestra de 251 adultos argentinos* *Revista Argentina de Neuropsicología* Vol.4, Págs.12-22
- Natalia Landa, Javier Fernández Montalvo, Javier Tirapu Ustarroz, José J. López Goñi, Ainhoa Castillo, Iñaki Lorea, *Alteraciones Neuropsicológicas en alcohólicos: un estudio exploratorio. Revista Adicciones*, 2006 • Vol.18 Núm. 1 • Págs. 49-60
- Alberdi Sudupe, J., Taboada, O., & Castro Dono , C. (26 de Diciembre de 2012). *Guías clínicas Fisterra 2003*. Obtenido de *Guías clínicas Fisterra 2003*: <http://www.fisterra.com/guias2/>
- Alonso Galbán, P., Sanso Soberats, e., Díaz-Canel Navarro, A., Carrasco Garcia , M., & Oliva, T. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el Adulto Mayor. Revista cubana de salud publica*, 20-33.
- Angermeyer, M., & Killian, R. (2000). *Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales*. En H. Katschnig, H. Feeman, & N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Proyecto regional del fondo de población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Ardila Ardila, A., Roselli, M., Bustamante Zuleta, E., & Betancur Mesa, S. (1986). *La vejez: neuropsicología del fenómeno del envejecimiento*. Medellín: Prensa creativa.
- Arias, C., & Soliveres, C. (2005). *La familia del adulto mayor: antes y después del ingreso a una residencia . Cultura institucional y estrategias gerontológicas* (págs. 149-154). Mar del Plata: Suarez.
- Aristizabal Vallejo, N. (2008). Aspectos psicológicos del Envejecimiento en Latinoamérica. VIII *Congreso Regional de geriatría y gerontología* (págs. 1-4). San Luis Potosí - México: Alianza Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor.
- Baddeley, A. (1999) *Memoria humana. Teoría y Práctica*. Madrid: Mc Graw Gill.
- Baker, f., & Intagliata, J. (1982). *Quality of life in the evaluation of community support systems*. *Evaluación program planing*, 69-79.
- Ballesteros, S. (2002). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. Madrid : UNED, Aula abierta.
- Ballesteros, S. (2004). *Gerontología y atención a la tercera edad*. Madrid: UNED- Universitat.
- Ballesteros, S. (30 de 4 de 2013). *Proceso de envejecimiento normal*. Moodle-UCM. Obtenido de Moodle-UCM:
https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_2_Proceso_de_envejecimiento_normal/Aspectos_psicosocial_envejecimiento.pdf
- Ballesteros, S. y. (2004). Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: Evidence for dissociable memory systems. *Neuropsychologia* , 44, 1063-1070.
- Baltes, P. y. (1997). *Emergence of powerful connections between sensory and cognitive functions across life-span*. *Psychology and Aging*, 12,, 12-21.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barefoot, J., Maynard, K., Beckham, J., Brummelt, B., Hooker, K., & Siegler, I. (1998). *Trust, Health and longevity*. *Revista de Medicina Conductual*, 517-526.

- Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. (2001). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México: Plaza y Valdez editores.
- Beekman ATF, B. M. (1998). *Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam*. *Geriatr Psychiatry*, 717-726.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Beltran, F., & Torres Ferman, I. (1986). *La psicología de la salud: Campos y aplicaciones*. México: Centro de estudios Psicológicos Veracruzana.
- Benjamin Beit-Hallahmi y Michael Argyle (1997) *The Psychology of religious Behaviour, Belief and Experience* Editorial Routledge, Nueva York
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento Activo y actividades socioeducativas con personas mayores "guía de buenas prácticas"*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bermis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Revista Antropo*, 1-14.
- Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Bigelow, D., Brodsky, G., & Olson, M. (1982). *The concept and measurement of quality of life as a dependente variable in evaluation of mental health services*. Nueva York: Academic Press Inc.
- Birren, J., & Shaie, K. (2001). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego California: Academic Press.
- Buendía , J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. México: Siglo XXI.
- C.W, C., & Neeper, S. (1996). *Activity-dependet plasticity and the aging brain*. En C. C.W, & S. Neeper, *Handbook of the biology of aging* (págs. 283-299). Academic Press.
- Cabeza, R. (2002). Hemisferic asymmetry reduction in older adults: The HAROLD model. *Psychology and aging* 17, 85-100.
- Cabeza, R. N. (2005). *Cognitive neuroscience of aging. Emergence of a new discipline*. En L. N. R. Cabeza, *Cognitive neuroscience of aging* (págs. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- Cachioni, M. (1999). *Universidades de la tercera edad: origenes y experiencia Brasileña*. En M. Cachioni, & G. Debert, *Velhice e sociedade* (págs. 141-178). Campinas: Papyrus.

- Canarias, I. S. (24 de abril de 2013). *Cerebro del hombre y la mujer*. Instituto Superior de Teología de las Islas Canarias. Obtenido de Instituto Superior de Teología de las Islas Canarias: http://www.cettenerife.org/descargas/cerebro_de_hombre_y_mujer_2.pdf
- capitalemocional.com. (26 de Diciembre de 2012). *CIE10* capitalemocional.com. Obtenido de capitalemocional.com: http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf
- Carranza, A. (2008). *Haz memoria*. Buenos Aires: Editorial del nuevo extremo.
- Carrera, Z., C. (2003). *Tesis de licenciatura: Relajacion: Cuerpo y movimiento, integrar mente y cuerpo a la imagen corporal en la tercera edad*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México. FES. Iztacala.
- Carstensen, L., & Charles, S. (2007). *El envejecimiento humano: ¿Por qué incluso las buenas noticias se toman como malas?* En L. Aspinwall, & U. Staudinger, *Psicología del potencial humano, cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva* (págs. 111-126). Barcelona: Gedisa.
- Castillo S., M. D. (2009). Envejecimiento Exitoso. *Revista Medica Clinica*, 167-174.
- Cayo Rios, G. L., Flores T., E. J., Perea, X., Pizarro, M., & Aracena, A. (2003). *La sexualidad en la tercera edad y su relacion con el bienestar subjetivo*. Simposio Viejos y viejas participacion, ciudadania e inclusion social 51 congreso internacional de americanistas. Santiago de Chile.
- CEPAL. (4 de Junio de 2010). *Anuario estadístico de las Naciones Unidas de America Latina y del caribe*. México, D.F, México.
- CIF. (2001). *Clasificacion Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Cigolle, C. (2007). *Geriatric Conditions and disability: The health and retirement study*. *Ann Intern Med*, 156-164.
- Colcombe, S. J. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (2),, 176-180.

- CONAPO. (23 de Julio de 2006). *Envejecimiento de la poblacion mundial transicion mundial*. México, D.F, México.
- Csikszentmihaly, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kaidos.
- Deeg, D., & VanZonneveld, R. (1989). *Does happiness lengthen life*. En R. Veenhoven, *How Harmful is happiness*. Rotterdam: Rotterdam University Press.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). *Subjective well-being: three decades of progress*. *Psychol Bull*, 276-302.
- Dixon, R. A.-G. (2004). *Don't fence us in: Probing the frontiers of cognitive aging*. En L. B.-G. R. A. Dixon, *New frontiers in cognitive aging* (págs. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- Dulcey Ruiz, E. (2002). *Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1727-1740. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534202>> ISSN 0120-0534
- Dulcey Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). *Psicología del ciclo vital: Hacia una vision comprensiva de la vida humana*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17-27.
- Dr. Vicente Félix Mateo; *Funciones ejecutivas: Estimación de la flexibilidad cognitiva en población normal y grupo psicopatológico*. Encontrado en <http://www.uv.es/femavi/Wisconsin.pdf>
- EGE, WHO, AUSTRIAN HEALTH PROMOTION FOUNDATION, NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, THE HEALTH DEVELOPMENT AGENCY, MIDDLESEX UNIVERSITY, . . . SNIPH THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC , H. (2007). *Envejecimiento Saludable Un desafio para Europa*. SUECIA, ESCOCIA, PORTUGAL, NORUEGA, PAISES BAJOS FINLANDIA, INGLATERRA, REPUBLICA CHECA, AUSTRIA.: INSTITUTO SUECO DE SALUD PÚBLICA.
- Engler, T. (8 de enero de 2012). *Envejecimiento productivo y saludable*. chubut.gov. Obtenido de chubut.gov:
<http://www.chubut.gov.ar/terceraedad/imagenes/Marco%20conceptual%20del%20envejecimiento%20exitoso,%20digno,%20activo,%20productivo%20y%20saludable.pdf>
- Escudero, J. (2004). *Análisis de la realidad local técnicas y métodos de investigación desde la animación sociocultural*. Madrid, España: Narcea, S.A de ediciones.

- Española, C. (2007). *Manual para la humanización de los gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid, España: Centro de Humanización de la Salud.
- Europa, C. d. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Reino Unido: Council of Europe on publicatin in English and French.
- Fitten, L. J. (2001). Frequency of Alzheimer's disease and other dementias in a community outreach sample of Hispanics. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, 1301-1308.
- Flores Lázaro , J. C. (2006). *Neuropsicología de Lóbulos frontales*. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autonoma de Tabasco.
- Foucault, M. (1991). *La arqueología del saber*. Mexico: siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clinica "una arqueología de la mirada médica"*. México: siglo XXI editores.
- FUNBAM, F. C. (2005). *Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores*. En F. C. FUNBAM, *Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores* (págs. 1-20). México D.F, D.F, México: FUNBAM, Fundacion Caritas para el bienestar del adulto mayor.
- G., C. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Galasko, D., Schmitt, F., Thomas, R., Jin, S., Bennett, D., & Ferris, S. (2005). Deteiled assessment of activities of living in moderate to severe Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 11, 446-453.
- García , A., & Benito, J. (2003). *Educacion para la salud y personas mayores*. Educacion para la salud, 251-254.
- García Férez, J. (31 de 03 de 2003). *Bioetica y personas mayores*. Madrid, Madrid, España.
- Geddes J, B. R. (2006). *Depresion in adults*. Clin Evid, 1366-406.
- Giró Miranda, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. La Rioja: Universidad de La Rioja.
- Gispen, W. (1993). *Neuronal plasticity and function*. Clinical Neuropharmacology, S3 - S11.

- Golden, C. (1981). *"The Luria Nebraska Children's Battery: theory and formulation"*. En G. H. (eds), *Neuropsychological assessment and the school aged child*, (págs. 277-302). Nueva York: Grune and Stratton.
- Gonzales García, F. (2005). *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. España: Universidad de Castilla la Mancha.
- González Torrecillas, J. L., & Garcia Liso, R. (2007). *"El anciano como posible maltratador"*. En D. Frarma, *Aspectos legales en psiquiatría* (págs. 1301-1303). Drug. Frarma.
- González-Celis Rangel, A. L., & Araujo Viveros, A. V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontología*, 167-190.
- Gordis, L. (1980). Challenges to epidemiology in the coming decade. *Journal of Epidemiology*, 319-325.
- Gutiérrez Robledo, L. (1999). *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para el prevencion*. Papeles de población, 125-147.
- Hasen Lemme, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México D.F: Manual Moderno.
- Healm-Estabrooks, N., & L. Albert, M. (2005). *Manual de la afasia y de la terapia de la afasia*. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana.
- Hebb, D. (1949). *The organization of Behavior*. Nueva York: Wiley.
- Horgas, A., Wilms, H., & Baltes, M. (1998). *Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging*. *The gerontologist*, 556-567.
- Hornquist, J. (1989). *Quality of life: concepts and assessment*. *Scand J. Soc. Med.*, 68-79.
- Hurtado León, I., & Toro Garrido, J. (2007). *Paradigmas y metodos de investigacion en tiempos de cambio*. Caracas, Venezuela: Los libros el nacional.
- Idler, E., & Benjamini, Y. (1997). Fifteen years of self-assessed health. *Journal health social behavior*, pp. 21-37.
- Idler, E., & Kassel, S. (1991). Health perceptions and survival: do global evaluations of health really predict mortality. *Journal Gorontology*, p. 586.

- Iglesias-Souto, P., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 85-91.
- INAPAM. (1 de diciembre de 2011). Instituto Nacional de las Personas Mayores. Recuperado el 1 de diciembre de 2011, de Instituto Nacional de las Personas Mayores: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php>
- INEGI. (1999). *Encuesta Nacional de Poblacion y Vivienda 1990*. INEGI.org.mx. Obtenido de INEGI: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/historicas/envif/default.aspx>
- INEGI. (2000). *Censo de poblacion y vivienda 2000 principales resultados*. Mexico, D.F, México.
- INEGI. (2010). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. D.F: INEGI.
- INEGI. (27 de Marzo de 2010). *Presentacion de Resultados*. D.F, D.F, Mexico. Obtenido de INEGI.
- INEGI. (13 de Abril de 2011). *Censo de Poblacion y Vivienda 2010 principales resultados del Censo de Poblacion y Vivienda 2010*. Mexico, D.F, México.
- Infogerontología. (13 de mayo de 2013). *Estimulacion cognitiva para Adultos Mayores*. Infogerontología. Obtenido de Estimulacion cognitiva: <http://www.infogerontologia.com/estimulacion/>
- Ingram, R., & Ritter, J. (2000). *Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental*. *Abnorm Psychol*, Nov 109(4) 588-596.
- Inouye, S. S. (2007). Elucidating the pathophysiology. *Journals of Gerontology, series A, Biological Sciences and*, 1277-1280.
- Ivy, G., MacLeod, C., & Markus, E. (1992). *A physiological Framework for perceptual and cognitive changes in aging*. En F. Craik, & T. Salthouse, *The handbook of aging and cognition* (págs. 273-314). Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Izal, M., & Montorio, I. (1999). *Gerontologia conductual. Bases para la intervencion y ámbitos de aplicacion*. Madrid: Síntesis.
- J.Batlloiri. (2001). *Gimnasia Mental "El juego como elemento de desarrollo"*. México: Alfaomega.

- Joyce Moniz, L., & Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud*. México: Manual moderno.
- Joyce, L., & Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud*. México: Manual moderno.
- Julio Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson 6ª edición, España 2006 (912 paginas) usada página 114)
- Ma. Victoria Perea Bartolomé y Valentina Landera Fernández (1995) *Rendimientos neuropsicológicos. Edad, educación y sexo*, Psicotema Vol. 7. N.1 pp.105-112
- Juncos Rabadán, O., Pereiro, A., & Facal, D. (23 de 10 de 2006). *Informes portal mayores número 67. Lecciones de Gerontología*. imersomayores. Recuperado el 23 de junio de 2011, de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf>
- Junque, C., & Jurado, M. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martinez Roca.
- Kaplan, G. (1994). *The Ziggy Theorem: Toward an outcomes-focused health psychology*. *Health Psychol*, 451-460.
- Kaplan, G., Goldberg, D., & Everson, J. (1996). Percieved health status and morbility and mortality: evidence from the Kuopio ischemic herat disease risk factor study. *Journal Epidemiology*, 259-265.
- Lambe, T. (s.f.). *Haz memoria*. Nuevo extremo.
- Lawton , M. (2001). *Quality of life and the end of life*. En K. Schaie, & J. Birren, *Handbook of the psychology of aging*. San Diego California: Academic Press.
- Lehman, A., Ward, N., & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *Journal of Psychiatry*, 1271-1276.
- Leturia Arrazola, F., Yanguas Lezaun, J., Arriola Manchola, E., & Uriarte Méndez, A. (2001). *La valoracion de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir (manual Práctico)*. España: Caritas.
- Lewis R. Aiken; Maria Elena Ortiz Salinas; Gabriela Montes de Oca Vega (2005). *Vejez*. Editorial Pearson México 2003 p. 528

- Limonero, G. J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones . *Revista de Psicología General y Aplicada*, 249-265.
- Lobo, A., Saz, p., & Roy, J. (2003). *Deterioro cognoscitivo en el anciano*. En A. Lobo, p. Saz, & J. Roy, *El estado del Proyecto Eyrodem: Epidemiología de las Demencias en Europa*. (págs. 13-20). Madrid, España: Aula Médica.
- Loewy, M. (2004). *La vejez en las americas*. Organizacion Panamericana de la salud, 23-34.
- López La Vera Blanca Marianella (2012) Subjetividad y salud mental en la vejez: la pertinencia de empoderar a los adultos mayores. Encontrado en Chavez Hernandez Ana María y Macías García Luis Fernando Salud Mental y Malestar subjetivo, debates en latinoamerica. Editorial Manantial pp. 183-205
- Luria, A. (1977). *Las funciones corticales superiores*. La Habana: Editorial Orbe.
- Luria, A. (1980). *Neuropsicología de la memoria*. Madrid: Blume.
- Luria, A. (1982). *El cerebro en accion*. La Habana: Editorial Revolución.
- Ma. Victoria Perea Bartolomé y Valentina Landera Fernández, (1995) *Rendimientos neuropsicológicos. Edad, educación y sexo*; Psicotema Vol. 7. N.1 pp.105-112
- Maroto serrano, M. (n/a). *La memoria "Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo"*. Instituto de la salud publica.
- Masoro, E. y. (2006). *Handbook of the biology of aging*. Ámsterdam: Boston: Elsevier Academic Press.
- McDowell, K. K. (2003). *Aging, physical activity, and cognitive processing: an examination of P300*. *Neurobiology of Aging*, 24,, 597-606.
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista , C., . . . Aguilar Gaxiola, S. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México*. *Salud mental*, 26-45.
- Medina-Mora I., M., Borges, G., Benjet, C., & Lara, C. (5 de enero de 2012). *Encuesta de epidemiología*. inprf.gob.mx. Obtenido de Inprf.gob.mx: <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Menache, D. C. (Dirección). (2000). *Conceptos de homeostasis* [Película].

- Mendez, M. y. (2003). *Dementia: a clinical*. Filadelfia: Butterworth- Heinemann.
- Molina Sena, C., Meléndez Moral, J., & Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología* , 312-319.
- Monchietti, A., Lombardo, E., & Sánchez, M. (2007). Representacion social de la vejez en niños y púberes. *Revista de Filosofia y Psicología*, 71-81.
- Monedero, C. (1986). *Psicología evolutiva del ciclo vital*. Mexico: Biblioteca nueva.
- Montejo (2001), *Movimiento creativo con personas mayores*, Barcelona, Paidotribo.
- Montilla , E. (2009). *Viviendo la tercera edad: un modelo de consejería para el buen envejecimiento*. México: Editorial clío.
- Moore, M. Z. (2001). Informal costs. *Journals of Gerontology B, Psychological Sciences and Social Science*, 56, S219-S228.
- Moruno, P. (2006). *Definicion y clasificacion de las actividades de la vida diaria*. En P. Moruno, & D. Romero, *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires : Belgrano.
- Muñoz Marron, E., Blázquez Alisente, J. L., Galparsoro Izagirre, N., González Rodríguez, B., Lubrini, G., Periañez, J. A., . . . Zulaica Cardoso, A. (2009). *Estimulacion cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona, España: UOC.
- Naciones Unidas. (2002). *Año Internacional de las personas de edad 1999. segunda asamblea mundial sobre envejecimiento* (págs. 95-112). Nueva York: Naciones Unidas.
- Naik, A., Burnett, J., Pickens-Pace, S., & Dyer, C. (2008). Impairment in instrumental activities of daily living and geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist* 48(3), 388-392.
- Neri, A., & Debert, G. (1999). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus.
- Neurohealth, N. (2011). *Estimulacion cognitiva*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Nogales Gaete, J., Donoso S., A., & Verdugo L., R. (2005). *Tratado de Neurología Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Nourhashémi, F., Gillete- Guyonnet, S., Vellas, B., Albaréde, J., & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potencial marker of frailty. A study of 7364 comunity-dwelling elderly womwn (the EPIDOS study). *The journails of gerontology*, 56(7),448-453.
- Obregon, H., A. (2006). *Reporte laboral: Los grupos de la tercera edad como apoyo psicologico para solucionar sentimientos de inutilidad, soledad y baja estima*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología.
- Ocampo Chaparro, J. M., & Londoño A., I. (septiembre 2007). Ciclo vital individual:vejez. *Revista de la asociacion colombiana de gerontología y geriatría*, 1072-1084.
- Okun, M., Stock, W., & Haring, M. (1984). Health and subjective well-being: a Meta-analysis. *Journal aging Human* pp. 111-132.
- Olle JanneZ. Sahler y John E. Carr (2007) *The Behavioral Sciences and Health Care*, Editorial Hogrefe, disponible en http://www.hogrefe.com/program/media/catalog/Book/978-0-88937-433-1_Samplepages.pdf
- OMS. (1946). Constitucion de Salud Internacional. *Constitucion de la organización mundial de la salud*. (págs. 1- 18). Nueva York: Documento Electronico.
- OMS (2010) *Informe sobre la salud del mundo 2010*. Consultado 13 de febrero de 2011, Disponible en http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf
- Otfriend Spreen, Esther Strauss *A compendium of neuropsychological testsadministration, norms, and commentary*, 2ª edición. Nueva York: Oxford University Press. 1998
- ONU, O. (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid- España: Organizacion de las Naciones (ONU) Unidades Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (2010) *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*, Disponible en <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Organization, W. H. (28 de Diciembre de 2012). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html
- Orsatti, L. (2004). *Deporte para discapacitados mentales*. Madrid: Stadium S.R.L.

- Papalia, W., & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano* (9a Ed.). México: McGraw-Hill.
- Park, D. C. (1996). Mediators of long-term memory performance across life span. *Psychology and Aging*, 11,, 621-637.
- Park, D., & Schwarz, N. (2002). *Envejecimiento cognitivo*. Madrid España: Editorial Médica Panamericana.
- Perea Quesada, R. (2004). *Educacion para la salud. Reto de nuestro tiempo*. España: Diaz de Santos.
- Pérez Zepeda, M. U. (9 de enero de 2013). *Deterioro cognitivo*. Instituto de Geriatria. Obtenido de Instituto de geriatría: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/22.pdf>
- Petersen, R. (2003). *Mild cognitive impairment: aging to Alzheimer's disease*. Oxford/Nueva York: Oxford University.
- Pineda, D. (1996). *Disfuncion ejecutiva en niños con trastornos por deficiencia atencional con hiperactividad*. *Acta Neurológica Colombiana*, 19-25.
- Pineda, D., Cadavid, C., & Mancheno, S. (1996a). *Características de la funcion ejecutiva en niños con deficiencias atencional e hiperactividad*. *Acta Neurológica Colombian*, 187-196.
- Pozo Armentia, A., Cortés Cortés, J. D., & Escudero Fernández, J. M. (26 de Diciembre de 2012). *Síndrome del nido vacío, Psicopatología de la vida adulta y la vejez*. Obtenido de Grupo psicopatología : <http://grupopsicopatologiaedu.files.wordpress.com/2011/05/el-nido-vacc3ado.pdf>
- Prado, A., & Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en America Latina. Sistema de Pensiones y Proteccion Social Integral*. CEPAL.
- Prants París, A., & Bayés Rusiñol, Á. (14 de Septiembre de 2012). *Consejos sobre trastornos para pacientes con enfermedad de parkinson*. Obtenido de Asociacion de enfermos de parkinson: <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/cognitiva.pdf>
- Prull, M., Gabrieli, J., & Bunge, S. (2000). *Age-related changes in memory: A cognitive neuroscience perspective*. En C. & T.A, *Handbook of aging and cognition* (págs. 91-153). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.: Salthouse (Eds.).
- Quadagno, J., & McClellan, S. (1989). *The other functions of retirement*. *Generations*, 7-10.

- Quintanar Olguin, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casa hogar de la ciudad de México: ante el asecenario de la tercera ola*. México D.F: Plaza Valdez.
- Raz, N. (2001). *Ageing and the Brain*. Enciclopedia of life sciences. 1-6. Nature Publishing Grup. www.els.net.
- Raz, N. (17 de octubre de 2012). *Nature Publishing Group*. Obtenido de Nature Publishing Group: www.els.net
- Raz, N., Gunning-Dixon, F., Head, D., Rodriguez, K., Williamson, A., & Acker, J. (2004). *Aging, sexual dimorphism, and hemispheric asymmetry of the cerebral cortex: replicability of regional difference in volume*. *Neurobiology of Aging*, 377-396.
- Raz, N., Lindenberger, U., Rodriguez, K., Kennedy, K., Head, D., Williamson, A., . . . Acker, J. (2005). *Regional Brain Changes in Aging Healthy Adults: General Trends, Individual Differences and Modifiers*. *Cerebral Cortex*, pp. 1676-1689.
- Reed, K., & Sanderson, S. (1980). *Cencepts of ocupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reig, A. (1992). *Perspectivas en Gerontologia y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Reyes Camejo, T., & Triana Álvarez, E. (2002). *Salud en la tercera edad y calidad de vida*. disponible en redadutosmayores.com.ar, pp. 1-23.
- Renauud, J. (1999). *Cómo adquirir una supermemoria*. Barcelona: Ibería. p.25
- Reynoso Erazo, L., & Seligson Nisenbaum, I. (2002). *Psicologia de la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rice, C., Lockenhoff, C., & Carstensen, L. (2002). *En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento*. *Revista Latinoamericana de psicología*, 123-131.
- Roca J. (1999) *Psicología: Una introducción teórica*. Vol. I y II. Barcelona: Liceu Psicológic. p. 301
- Rodríguez, N. y R. Gold. (1997) *Cómo ejercitar y potenciar la memoria*. Barcelona: Integral.
- Rodríguez, K. M. (2004). Shrinkage of the entorhinal cortex over five years predicts memory performance in healthy adults. *The Journal of Neuroscience*, 24, 956-963.

- Rodríguez, K., & Raz, N. (2004). Shrinkage of the entorhinal cortex over five years predicts memory performance in healthy adults. *The journal of neuroscience* 24, 956-963.
- Rodríguez Ávila, N. (2008). *Manual de sociología gerontologica*. Barcelona; España: Ediciones Universidad Barcelona.
- Roman Lapuente Francisco y Sanchez Navarro Juan Pedro (1998) Cambios neuropsicologicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*. Vol. 14, N.1 pp27-43.
- Romero, D., & Martorell, M. (2003). *Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal*. En M. Romero, & P. Moruno, *Teoría Ocupacional. Teoría y técnicas*. Barcelona: Masson.
- Roqué, M., & Fassio, A. (2007). *Gerontología Comunitaria Institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología U.N.M.D.P.
- Rosenzweig, M. (1996). Aspects of the search for neural. *Annual Review of Psychology*, Vol.47, 1-32.
- Rosenzweig, M. y. (1996). Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioural brain research*, 57-65.
- Ruiz Weisser, J., Seillant, I., & Corsiglia, D. (24 de abril de 2013). Situaciones especiales. Obtenido de *Accidente cerebrovascular agudo y cuidados post resucitacion*: http://www.fac.org.ar/edicion/guias_rcp/Cap11-2.pdf
- Salud, O. O. (2010). *El envejecimiento de la población mundial*. Nueva York: OMS Organización Mundial de la Salud.
- Salud, S. d. (2 de marzo de 2007). *Programa nacional de salud 2007-2012 por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud*. México, D.F, México.
- Sánchez A., Araña, J.M y A. Crespo. (1999) *Prácticas de psicología de la memoria*, Madrid: Alianza.
- Sánchez M., M., & García González, A. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *MAPFRE Medicina*, 177-185.
- Schineller, I., Mrsnik, M., & Bissett, K. (2010). *Envejecimiento mundial 2010 México*. Standard & poor's, 1-23.
- Services, S. &. (24 de febrero de 2010). Artículo Seleccionado: *Envejecimiento mundial 2010*: México. Obtenido de Artículo Seleccionado: *Envejecimiento mundial 2010*: México:

<http://www.standardandpoors.com/ratings/articles/es/la/?articleType=HTML&assetID=1245301611873>

- Shapiro, E. (1982). *Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly*. Publica Health, 800-808.
- Sheikh, J. (2000). *Anxiety disorders*. En C. J. Coffey C., Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. (págs. 343-367). Washington: The American Psychiatric Press.
- Skinner , B., & Vaughan, M. (1983). *Disfrutar la Vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Smith, F., & Ders, K. (1999). *La discapacidad en la vejez*. Venezuela: Univeridad Nacional Experimental Francisco de Miranda; Unidad de investigaciones gerontologicas (UNIGER).
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Gil Gregorio, P., & Martín Carrasco, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en geriatría: Depresion y ansiedad*. Madrid, España: Laboratorios Wyeth.
- Spilker, B. (1996). *Quality of life and pharmacodynamic trials*. Philadelphia: Lippincott -Raven.
- Sukhraj Dhillon, D. (2010). *Health Happiness and Longevity*. Inglaterra: PDF Adobe Digital Editions.
- Tárraga, L., Boada, M., & Domenéch, S. (18 de marzo de 2012). *Volver a empezar*. Obtenido de familiaalzheimer:
<http://www.familialzheimer.org/media/libros/volveraempezar/pdf/Volver%20a%20empezar.pdf>
- Terapeutas Blogspot. (Sábado de Julio de 2011). *Actividades de la vida diaria*. Terapeutas Blogspot. Obtenido de Terapeutas Blogspot: <http://terapeutas.blogspot.mx/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marin, J., Pastor , M., Mora, M., Martín Aragon , M., . . . Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cancer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 111-122.
- Trombly, C., & Radomski, M. (2007). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- UNESCO. (2011). *Informe sobre desarrollo humano México*. México: UNESCO.

- UNFA. (30 de Agosto de 2011). UNFA. Obtenido de UNFA:
http://foweb.unfa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011_final.pdf
- Valencia G., P. (2007). Algunos apuntes historicos sobre el proceso de salud-enfermedad. *Revista de la Facultad de salud pública*, 13-20.
- Van Praag, H., Kempermann, G., & Gage, F. (1999). Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. *Nature neuroscience* 2(3), 266-270.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y su familia. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, pp. 284-290.
- Vergara Quintero, M. C. (2007). Tres Concepciones Historicas del proceso salud enfermedad. *Revista hacia la promocion de la salud*, pp. 41-50.
- Vigotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, Grijalbo.
- Warner, S., & Sherry L. (2003). *Desarrolllo Biologico: El cuerpo envejece*. En S. Warner, & S. L., *Psicologia de la edad adulta y la vejez* (págs. 407-450). españa: Pearson.
- Willits, F., & Crider, D. (1988). Health rating and life satisfaction on later middle years. *Journal Gerontology*, 172-176.
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimencional*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios: serie Personas Mayores.
- Z. Sahler, O. J., & E. Carr, J. (2007). *Ciencias de la conducta y cuidado de la salud*. México D.F: Manual Moderno.

Anexos

*Manual de estimulación de las
funciones ejecutivas del Adulto
Mayor.*

Víctor Hugo Cedillo Tlahuech

Introducción

El manual está estructurado de forma en que el facilitador o encargado de la actividad seleccione una serie de actividades con la finalidad de poder hacer un taller ajustado a las necesidades de los asistentes. Se divide en tres etapas, donde realiza al inicio una evaluación para posteriormente una intervención y finaliza con una segunda evaluación, con esta herramienta podrá llevar un estricto control de los avances que el adulto mayor tuvo durante esta y futuras intervenciones, además de llevar un archivo de las capacidades, en caso de no tenerlo.

Los talleres que realice con este manual están estructurados en 48 sesiones de 90 minutos, para dar tiempo entre evaluación y evaluación de 4 meses, la frecuencia es de tres sesiones por semana. Se tiene la consideración, que debido a la habituación de los usuarios a las pruebas, no se pueden aplicar frecuentemente, por lo que sugerimos este proceso no se repita más de tres veces.

Justificación

Al disminuir el nivel de vida activa del adulto mayor se ve afectado de la misma manera la demanda cognoscitiva que se le aplica a las FE, por tal motivo el adulto mayor se acerca al deterioro de sus FE saliendo de un envejecimiento cognoscitivo (común) para pasar a un deterioro cognoscitivo, situación que se ve reflejada en la interacción que tiene con su medio, elaborando estrategias tales como el aislamiento y delegando sus actividades a alguna otra persona, como si este se estuviera jubilando de la vida.

Como se vio en el apartado teórico existe una relación entre la disminución de las actividades de la vida diaria, las FE y el empiezo y/o aceleración del deterioro cognoscitivo, por tal circunstancia se realizó un compendio de actividades recopiladas en este manual, con la única finalidad de facilitarle y aportar herramientas a los profesionales de residencias (por protección de derechos de autor y de publicación posterior solo se presenta una parte del trabajo realizado).

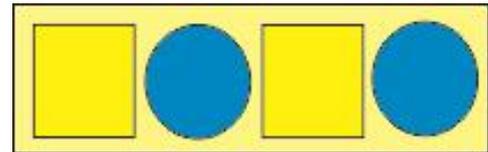
Objetivos.

Cada actividad planteada en el manual trabaja uno o más objetivos al mismo tiempo, con la finalidad de que usted como aplicador pueda llevar un adecuado control de los cambios que el adulto mayor tiene en cuanto a sus funciones ejecutivas.

A continuación se presentan 5 objetivos contenidos en el manual, al final de cada objetivo se pone una imagen que será relacionada y puesta en el apartado correspondiente de cada actividad. Cabe resaltar que las actividades pueden trabajar más de dos objetivos, por tal situación es necesario que realice una adecuada evaluación para poder encontrar actividades específicas a las que el mayor necesite.

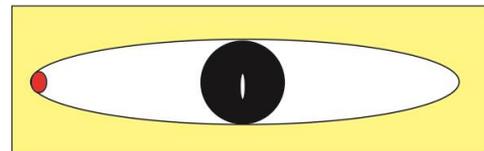
Los objetivos:

1. Mediante el uso de actividades secuenciales se estimularan las FE con la finalidad de:



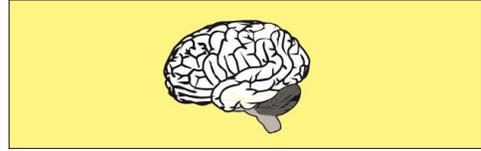
- a. Ejercitar capacidad de secuenciación e inhibición de conductas inadecuadas.
- b. Favorecer la reversibilidad y flexibilidad cognitiva.
- c. Ejercitar capacidad de planificación.

2. Mediante el uso de actividades que demanden atención y concentración en el adulto mayor se estimularan las FE con la finalidad de:



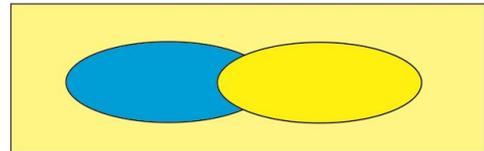
- a. Favorecer la capacidad de concentración.
- b. Favorecer capacidad de atención selectiva
- c. Favorecer capacidad de atención focalizada

3. Mediante el uso de actividades lógico-matemáticas se estimularan las FE con la finalidad de:



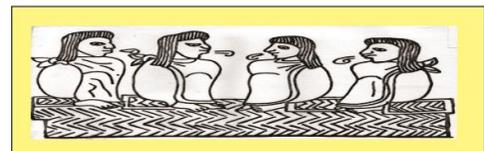
- a. Favorecer la capacidad de concentración.
- b. Mantener el concepto de número.
- c. Ejercitar habilidades de conteo.
- d. Ejercitar habilidades de cálculo simple.
- e. Ejercitar habilidades aritméticas.
- f. Ejercitar la función ejecutiva a través del cálculo: razonamiento y resolución de problemas.

4. Mediante el uso de actividades de asociación se estimularan las FE con la finalidad de:



- g. Favorecer la capacidad de denominación.
- h. Favorecer la capacidad conceptualización
- i. Favorecer capacidades mnémicas

5. Mediante el uso de actividades lingüísticas se estimularan las FE con la finalidad de:



- j. Ejercitar lenguaje expresivo espontáneo y la fluidez verbal.
- k. Favorecer la capacidad de denominación.
- l. Ejercitar habilidades lectoescritura.
- m. Ejercitar lenguaje automático.
- n. Ejercitar capacidad repetición oral.

- o. Ejercitar otras funciones a través del lenguaje: abstracción, razonamiento, juicio crítico y memoria semántica.

Características necesarias para el aplicador del manual.

El manual está estructurado de forma en que el facilitador o encargado de la actividad seleccione una serie de actividades con la finalidad de poder hacer un taller, realizando al inicio una evaluación para posteriormente intervenir y realizar por último una segunda evaluación con la cual podrá llevar un estricto control de los avances que el adulto mayor tuvo durante dicha intervención.

Aunque el manejo del presente manual es muy sencillo y cualquier actividad se puede trabajar por separado se recomienda que sea manejado por profesionales con instrucción básica en psicología clínica, psicogerontólogos, neuropsicólogos, gerontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras con instrucción previa en Funciones Ejecutivas y procesos psicológicos básicos.

Debido al manejo y profesionalización planteada en este manual sugerimos que el profesional a cargo de la estimulación sepa manejar como mínimo: escala de depresión Yesavage, Mini mental de Folstein e índice de Kats, y los test: Aprendizaje de palabras, Trail making test, Repetición de dígitos directo e inverso, Series directo e inverso, fluidez verbal, figura de rey, vocabulario de Boston, clasificación de tarjetas de Wisconsin y Composición de frases; con la finalidad de realizar en primera instancia una línea base y una adecuación de las actividades que esa persona necesita conforme a sus necesidades y objetivos que plantea este manual.

En caso contrario este manual solo servirá para hacer pasar un momento agradable y una estimulación objetiva sin dirección y aportes cuantificables para el trabajo profesional.

Instrucciones

Una de las principales funciones que tiene el presente manual es el de trabajar con grupos homogéneos, por tal motivo se llevarán 3 etapas que describiré a continuación.

Etapas 1 Homogenización de grupos: tiene como finalidad el ver las capacidades, grado de independencia e intereses de cada participante y acomodarlo en uno de los tres grupos.

Paso 1: para empezar se necesita aplicar la batería de evaluación, empezando en el siguiente orden: Mini mental de Folstein, Índice de Kats y Escala de depresión Yesavage, y como línea base se aplicará: aprendizaje de palabras, trail making test, repetición de dígitos directo e inverso, series directo e inverso, fluidez verbal, figura de rey, vocabulario de Boston, clasificación de tarjetas de Wisconsin y composición de frases.

Paso 2: califique cada uno de los test antes mencionados y escriba en la hoja de evaluación las calificaciones correspondientes. De acuerdo con las primeras tres escalas se dictará el grupo al que pertenece el participante, mientras que los siguientes test dictarán los objetivos que el grupo necesita trabajar.

En caso de trabajar con una persona pasar a la siguiente etapa, en caso contrario repetirlo hasta terminar con todos los participantes.

Tabla 6 "Puntajes de las pruebas"
Mini mental de Folstein:
Puntuación 30-27= Normal, 26-24= deterioro, 23-21= deterioro leve, 20-11=deterioro moderado, Menores a 10= demencia
Índice de Kats:
0-10: Normal, 11-14: Dependencia leve, mayor a 14: Dependencia severa.
Escala de depresión Yesavage
0-10: Normal, 11-14: Depresión leve, mayor a 14: Depresión severa.

Paso 3: con las calificaciones de las tres primeras pruebas use la tabla 6 para tener un rango y en la tabla 7 busque el grupo al que pertenece el participante.

Tabla 7 "Selección de grupo"

Normal	Mini mental de Folstein=> 24 Índice de Kats =<10 Yesavage =< 10
Leve	Mini mental de Folstein, 26-21 Índice de Kats, 11- 14 Yesavage, 11- 14
Moderado	Mini mental de Folstein, 20-11 Índice de Kats, <14 Yesavage, <14

Paso 4: con los test de línea base (aprendizaje de palabras, trail making test, repetición de dígitos directo e inverso, series directo e inverso, fluidez verbal, figura de rey, vocabulario de Boston, clasificación de tarjetas de Wisconsin y composición de frases) seleccione las actividades relacionando intereses y necesidades.

Como nota aclaratoria, para seleccionar una actividad se necesita tener una o más calificaciones bajas en alguna de las pruebas que las evalúan.

A continuación se marca una relación de actividades y las pruebas que sustentan la necesidad de dicha actividad, recuerde, se necesitan calificaciones bajas en una o varias de estas para necesitarla:

Actividades Lingüísticas: Aprendizaje de palabras, fluidez verbal, figura de rey, vocabulario de Boston y/o composición de frases

Asociativas o de asociación: Trail making test, Repetición de dígitos directo e inverso, Series directo e inverso y/o Clasificación de tarjetas de Wisconsin

Lógico-matemáticas: Trail making test, Repetición de dígitos directo e inverso, series directo e inverso, y/o clasificación de tarjetas de Wisconsin

Atención y concentración: trail making test, repetición de dígitos directo e inverso, figura de rey y composición de frases

Secuenciaciones o secuenciación: trail making test, Series directo e inverso, vocabulario de Boston y/o clasificación de tarjetas de Wisconsin

Una vez que tiene identifica el grupo al que pertenece el participante y actividades que necesita dicho grupo pasamos a la siguiente etapa, recuerde seleccionar suficientes actividades para 48 sesiones de hora y media. En cada

actividad viene descrito cuales son los requerimientos, materiales, tiempo aproximado y grado de deterioro que maneja.

Etapa 2 Aplicación de las actividades: para ésta etapa usted necesitara los formatos que vienen junto con el manual, llene y lleve un estricto control de seguimiento con sus usuarios durante las sesiones; registre conductas, aceptación de las actividades y cambios que vea en los participantes y de ser necesario reestructure su taller.

Etapa 3 Retest: al finalizar la aplicación vuelva a evaluar solo usando las pruebas de línea base para ver los avances que llevo a tener el participante y compare las calificaciones obtenidas en las dos evaluaciones. Es importante que tenga en consideración *que debido a la posibilidad de habituación a las pruebas, no se pueden aplicar frecuentemente, por lo que sugerimos este proceso no se repita más de tres veces.*

Espacio

Debido a que las actividades son de fácil manejo se puede aplicar de manera individual en casi cualquier lugar, tomando en cuenta las consideraciones: debe ser un espacio bien iluminado, ventilado y de fácil acceso. Esto en caso de trabajar con una persona, mientras que para el trabajo con grupos son las mismas consideraciones generales incluyendo que se necesitan espacios amplios y que pueda tener el acceso a una mesa o sala amplia donde puedan trabajar libres.

Materiales

Se utilizan diferentes materiales de los cuales cito algunos para ejemplificar.

- | | | |
|---|---------------------------|--|
| ψ Rompecabezas | ψ Conos | ψ Pelotas. |
| ψ Ajedrez | ψ Figuras ensamblables | ψ Recompensas varias como lo son jugos, dulces y galletas |
| ψ Canicas | ψ Piezas de madera | ψ Material de papelería (lápiz, hojas blancas, tijeras, sacapuntas y colores entrenadores) |
| ψ Scrable gigante | ψ Tarjetas de colores. | ψ Memorama |
| ψ Estéreo | ψ Domino | ψ Jenga |
| ψ Juegos de mesa. (Lotería, Matatena, Serpientes y escaleras) | ψ Mapas gigantes. | |
| ψ Papeles colores (china, crepe, lustre, etc.) | ψ Instrumentos musicales | |
| ψ Plastilina | ψ Música variada | |
| | ψ Fragmentos de películas | |
| | ψ Cañón y computadora | |

Descripción de las pruebas

1. **Trail Making Test. (A – B)** Esta prueba fue diseñada para evaluar la velocidad de atención, secuencialidad, flexibilidad mental, así como la búsqueda visual y la función motora. Requiere trazar líneas con un lápiz para conectar en orden sucesivo 25 números distribuidos al azar en una hoja tamaño carta y que están encerrados en un círculo (parte A) y 25 números y letras en orden alternado (parte B), también distribuidos al azar. Franzen (1996) diseñó una forma alternativa, simplemente invirtiendo el orden de conexión de los números en caso de que requiera una segunda aplicación. Ricker & Axelrod (1994) recomiendan la aplicación de una versión oral en las que los sujetos tienen que decir los números del 1 al 25 (parte A) y alternar números y letras hasta el 13 (parte B), encontraron una correlación positiva entre las formas oral y escrita; y recomiendan utilizar esta forma alternativa para poblaciones especiales en las que no pueda aplicarse la forma escrita. (Resumen por Dr. Miguel Angel Villa Trail Making Test) (Spreeen, O., & Strauss, E. 1998).

2. **Aprendizaje de palabras.** Este test evalúa la memoria de retención y evocación inmediata, valorando también, el aprendizaje verbal de una lista de palabras. Consiste en la presentación verbal de 15 palabras. Se lleva a cabo por cinco presentaciones verbales de la serie. Cada una de las presentaciones va seguida de su evocación inmediata, por parte del sujeto. Posteriormente, se solicita una sexta evocación de recuerdo, tras una labor de interferencia no mnésica. (Perea y Landera , 1995)

3. **Repetición de dígitos directo e inverso.** WAIS-R ofrece información sobre el razonamiento abstracto, capacidad atencional, estrategia y planificación, así como flexibilidad mental/cambio de tareas y secuenciación. (Germán E Berrios, John R. Hodges. Trastornos de la memoria en la práctica psiquiátrica; editorial Masson, España, 2003 (522paginas) página usada 109) El subtest evalúa la capacidad para repetir una secuencia presentada por vía auditiva. Landa, Fernández y Cols. (2006)

4. **Fluidez verbal.** Ha sido utilizado ampliamente en la evaluación neuropsicológica. Por su amplitud ha sido considerada como perteneciente tanto al dominio del lenguaje como al de la memoria semántica. Este paradigma se ha traducido en test de evocación categorial en asociaciones (ECAS) o Fluidez Verbal (FV), que consiste en requerirle al sujeto la evocación de palabras vinculadas a una categoría específica dentro de un período de tiempo limitado (habitualmente un minuto). El test se clasifica en fonológico, categorial y de letra Excluida. Cada uno de estos tipos implica procesos cognitivos diferentes. Entre los procesos involucrados se

han señalado la atención, la memoria semántica, la velocidad de procesamiento de la información, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo. Las pruebas categoriales se conocen en contraposición a las fonológicas, que activan preferentemente regiones frontales. Fernández, Marino y Alderete (2004)

5. Test de vocabulario de Boston. Algunos aspectos de la memoria asociativa y la memoria de trabajo, dependen esencialmente del córtex prefrontal dorso lateral en concreto áreas 8 y 9 de Broadman para la memoria asociativa, además las zonas 45 y 46 para la memoria de trabajo. Es considerada el test más sencillo de utilizar para la valoración de las funciones prefrontales. Para ello se puede valorar el número de palabras emitidas con la letra P durante 1 minuto estandarización del test de vocabulario de Boston. Vallejo Ruiloba (2006)

6. Figura compleja de Rey. Consta de dos fases: copia de la figura y reproducción de memoria de la misma. La copia, estudia la percepción visual estímulos abstractos del sujeto, sus habilidades praxicas-constructivas, la capacidad de análisis visuo-espacial y de la orientación derecha izquierda. La reproducción de memoria, tras un periodo de interferencia de tres minutos, nos informa sobre la memoria visual del sujeto. Evalúa además de la memoria visual, la capacidad visuo-motora del sujeto. (Perea y Landera, 1995)

7. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin. El Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, fue ideado por Grant y Berg para evaluar la capacidad de abstracción, la formación de conceptos y el cambio de estrategias cognitivas como respuesta a los cambios que se producen en las contingencias ambientales. (Félix Mateo, s/a) Evalúa la perseveración y el pensamiento abstracto. Es sensible en particular a la disfunción del lóbulo frontal y útil para diferenciar entre lesiones frontales y no frontales. No se cronometra (20 a 30 minutos) y es apropiada para un rango amplio de edad (65 a 80 años). Consta de cuatro tarjetas de estímulo y un paquete de 64 tarjetas de respuesta. Cada tarjeta de respuesta contiene uno de cuatro símbolos (triángulo, estrella, cruz o círculo) en uno de cuatro colores (rojo, verde, amarillo o azul). Se indica al examinado que clasifique las tarjetas de respuesta por debajo de las cuatro tarjetas de estímulo de acuerdo con cierto principio (color, forma o número). No se informa al examinado del principio de clasificación, sino sólo si sus respuestas son correctas o equivocadas. Después de que han dado diez respuestas correctas consecutivas, el examinador cambia el principio de clasificación sin advertencia (digamos de "color a Forma"). La clasificación suele hacerse en términos del número de ensayos necesarios para dar un cierto número de respuestas correctas consecutivas usando cada principio de clasificación. **(Aiken y Varela; 2003 p.528)**

Número de participantes

Cada grupo deberá estar conformado desde uno hasta 15 participantes. Teniendo la posibilidad de tres grupos: normal, deterioro y demencia.

Tiempo de duración

La evaluación inicial está programada con una duración de 90 minutos por persona, tiempo que será invertido en una evaluación que posteriormente le ayudara para nuevas evaluaciones y control asistencial del participante. La evaluación final dura 45 minutos por persona, el tiempo que le dedique a las evaluaciones inicial y final varía de acuerdo a la cantidad de participantes y grupos que tenga que evaluar. Cada sesión durara 90 minutos, durante 48 sesiones

Número de sesiones

Los talleres que realice con este manual están estructurados en 48 sesiones de 90 minutos, para dar tiempo entre evaluación y evaluación de 4 meses, la frecuencia es de tres sesiones por semana con una duración de 1 hora y 30 minutos por ocasión lo que da un total de 48 sesiones.

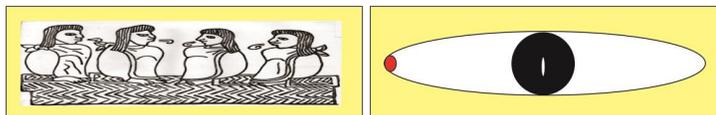
Es necesario que tome en consideración que debido a la habituación, en un sujeto no se puede aplicar más de tres veces la batería aquí propuesta.

Actividades

“Esa ortografía”

Nivel de deterioro: Normal y leve

Objetivo:



Tiempo aproximado: 15 a 25 minutos.

Actividad a realizar: En cada una de las series de 4 palabras hay que averiguar cuál es la que ésta mal escrita. Se puede permitir el uso del diccionario, así mismo dar un tiempo máximo de realización de 20 minutos.

Material: Papel y bolígrafo; diccionario en caso de ser necesario.

Indicaciones: Veamos ahora estas series de palabras, una de ellas tiene una falta de ortografía identifiquemos cual es la que ésta mal escrita. Si lo desea podemos usar el diccionario.

Proveer	Prever	Prober	Probar
También	Asi	Tú	Dónde
Pasajero	Generación	Legítimo	Transijir
Examen	Excepción	Escrutinio	Sesteto
Gemido	Injerto	Legitimo	Silojismo
Familia	Ortografia	Lúgubre	Volumen

Solución: 1) Proveer 2) Así 3) Transigir 4) Sexteto 5) Silogismo 6) ortografía

Alcances: Se reforzará el lenguaje escrito y la búsqueda de información.

Consideraciones: Evitar confrontamiento cerciorarse que sepa leer y escribir, en muchos adultos mayores que no tuvieron instrucción académica, este tipo de actividades llegan a ser ofensivas y por obvias razones puede llegar a fracturar la relación y apertura hacia la estimulación.

Observaciones: _____

Bibliografía: Adaptado de (Aguilá, 2001)

La última es la primera.

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



Tiempo aproximado: 5 a 10 minutos.

Actividad a realizar: En un papel escribir la mayor cantidad de palabras que conozca que inicien con la letra "Z" y terminen con la letra "A". Esta actividad puede o no hacerse en grupo. Dar 5 o 6 minutos para conseguir la mayor cantidad de palabras con esta especificación

Material: papel y bolígrafo.

Indicaciones:

Encuentre 12 palabras que empiecen con la letra "Z" y que terminen en "A", es decir que empiecen con la última letra del abecedario y terminen con la primera.

Escríbelas sin precipitación, pues existen bastantes, al menos más de 12.

Solución: Entre otras puede haber: Zamora, zalamería, Zurra, Zurda, Zurcida, Zarza, Zanahoria, Zambullida, Zaragoza, Zapatería, Zorra, etc.

Alcances: Se reforzarán el lenguaje escrito, la búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información.

Consideraciones: Evitar cansancio cognitivo, enojo y frustración. Ayudarle a resolver guiando a la respuesta correcta, evite decirle la solución ya que de nada serviría el ejercicio.

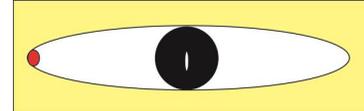
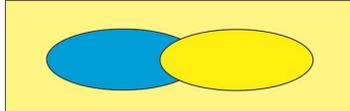
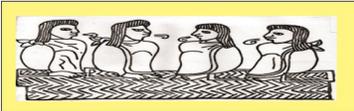
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (Aguilá, 2001)

“Las escondidillas”

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



Tiempo aproximado: 15 a 25 minutos.

Actividad a realizar: Dar a los participantes el recortable “ Las escondidillas” y en un tiempo limitado, encontrar las soluciones. En cada apartado existe camuflado un nombre propios, escrito dentro de una palabra o al final e inicio de la siguiente

Material: Recortable “Las escondidillas” y pluma.

Indicaciones: *Aquí tiene 10 frases en las que están ocultos los nombres de personas, por ejemplo: en la frase: se mojo sencillamente por que llovía, esta oculto el nombre José.*

Cuando leo, no recuerdo nada

Que éste sea su lema: ría y sonría para alegrar la vida.

Si no pagas, partirás hacia lugares lejanos

Se moja y me dice que esta seco

Y para que te enteres, a mí no me pidas dinero, que no te lo voy a dar

No lo quiso ni al revés como se lo ofrecí

Dejo aquí nueve pesos para que compres dulces

La tropa bloqueada no logro escaparse

Fabricar mensajes no era precisamente su fuerte

Nadan en abundancia y no comen bombones

¿Podrás encontrar los nombres de estos amigos?

Solución: 1) Leonor; 2) María; 3) Gaspar; 4) Jaime; 5) Roque; 6) Sonia; 7) Joaquín; 8) Pablo; 9) Carmen; 10) Adán

Alcances: Se reforzarán el lenguaje escrito, la búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información.

Consideraciones: Evitar cansancio cognitivo, enojo y frustración. Ayudarle a resolver guiando a la respuesta correcta, evite decirle la respuesta ya que de nada serviría el ejercicio.

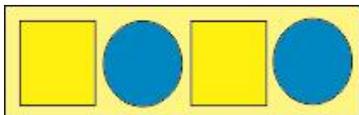
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (Aguilá, 2001)

“Un texto muy disciplinado”

Nivel de deterioro: Normal y leve.

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 min

Actividad a realizar: Realizar un listado en el que las palabras vayan siguiendo un orden alfabético consecutivo (abecegrama); posteriormente realizar un texto usando todas estas palabras.

Ejemplo: ánimo, buen, chico, de, estima...

Material: lápiz y papel

Indicaciones: *le voy a pedir que realice un listado de palabras que inicien con el orden alfabético, consecutivamente comenzando con la “a” hasta llegar a la letra “z”*

Ya que ha terminado la lista realice un texto utilizando todas las palabras del listado.

Alcances: El adulto mayor fomentará su capacidad de atención lenguaje e imaginación.

Consideraciones: Evitar la fatiga mental, y la angustia

Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (Carranza, 2008)

“Nombres y más nombres”

Área cognitiva: Normal y leve

Objetivo:

Tiempo aproximado: 15 min

Actividad a realizar: Escribir la mayor cantidad de palabras que estén relacionadas a un lugar o campo semántico. En una hoja blanca deberá trazar el siguiente cuadro mostrado en ésta página.

Material: Hojas y lápiz

Indicaciones: A continuación le presento algunos lugares, mencione que productos podemos encontrar en cada uno de ellos.

SUPERMERCADO	PAPELERIA	FARMACIA

Alcances: Estimular en el adulto mayor y fomentar a que recuerde algunas cosas, productos y lugares de la vida cotidiana

Consideraciones: Evitar fatiga cansancio mental, frustración

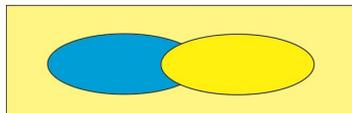
Observaciones: _____

Bibliografía: Adaptado de (Tárraga, Boada, & Domenéch, 2012)

Animales extraños

Nivel de deterioro: leve y moderado

Objetivo:



Tiempo aproximado: 15 min.

Actividad a realizar: Mencione algunos nombres de diferentes animales según se le mencionen, las categorías las puede cambiar de acuerdo con los intereses particulares de la actividad.

Material: Hoja y lápiz

Indicaciones: A continuación mencione todos los animales que recuerde, de acuerdo a la categoría que le indique según se le mencione

PECES	ANIMALES CON 4 PATAS	ANIMALES CON ALAS

Alcances: Ayudar al adulto mayor a que recuerde la mayor cantidad de nombres de diferentes animales que le sea posible

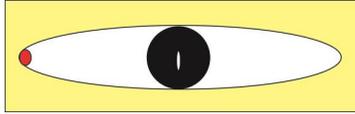
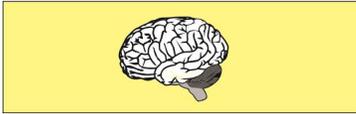
Consideraciones: Evitar angustia, frustración y cansancio mental

Observaciones: _____

Bibliografía: Adaptado de (Tárraga, Boada, & Domenéch, 2012)

Los números

Nivel de deterioro: Normal y leve.



Objetivo:

Tiempo aproximado: 5 min

Actividad a realizar: Leer con atención los siguientes números, posteriormente responda las preguntas correspondientes. Para esta actividad va a necesitar el recortable "Los números" 1, 2, 1.001, 10, 9.999,100, 202, 100023, 2025, 1916, 1.00001

Las preguntas a responder son:

- ¿Cuántos números pares hay?
- ¿Cuántos números impares hay?
- ¿Cuántos números mayores de 10 hay?
- ¿Cuántos números menores de 10 hay?
- ¿Cuántos números terminan en cero?

Material: Recortable y lápiz

Indicaciones: ***QVamos a responder las siguientes preguntas, debe poner mucha atención ya que hay números pares que se pueden confundir con impares o viceversa***

Alcances: El adulto mayor Optimizará la memoria reciente mediante la presentación de estímulos verbales y visuales

Consideraciones: Si el paciente llegase a sentirse ansioso o nervioso o sobrepasar el límite de tiempo llevar a cabo otra actividad

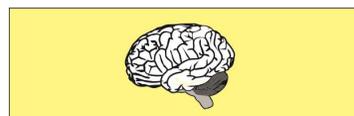
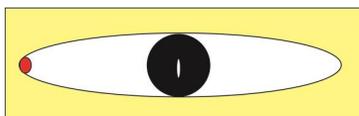
Observaciones: _____

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

“Aprende estos números”

Nivel de deterioro: Normal y leve.

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 min

Actividad a realizar: recuperar información de un texto. El usuario tendrá que decir la mayor cantidad de números que recuerde del texto.

Materiales: Recortable “Aprende estos números”

Indicaciones: *a continuación intente memorizar el siguiente texto, como máximo lea 5 veces la historia, (después de leer la información darle la siguiente información) sin mirar el texto que acaba de leer, escriba todos los números que recuerde del texto.*

A continuación lea el texto siguiente:

El 14 de abril de 1917 un barco de 16 metros embarrancaba a las 17.45 hrs frente a las costas de Noruega, transportaba más de 22 cajas de sardina, 30 barriles de cerveza, y 500 kilos de salmónes. Afortunadamente los 13 hombres y las 4 mujeres que viajaban a bordo no sufrieron ningún percance.

Alcances: fortalecer las redes neuronales de la memoria a corto plazo.

Consideraciones: Evitar fatiga mental, nerviosismo y enojo

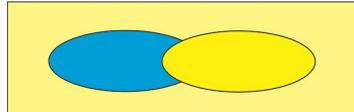
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de Tomás Lambé (s.f)

“Juguemos a las películas”

Nivel de deterioro: Normal, leve y moderado

Objetivo:



Tiempo aproximado: 5 min

Actividad a realizar: escribir una lista de películas, personajes actores y canciones.

Material: Hojas y lápiz

Indicaciones: Tome una hoja y un lápiz o bolígrafo y escriba todas las películas que recuerde haber visto

Alcances: Se reforzarán recuerdos cotidianos así como la memoria episódica y a largo plazo.

Consideraciones: Evitar la frustración el nerviosismo y el agotamiento mental

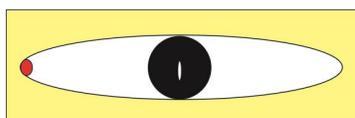
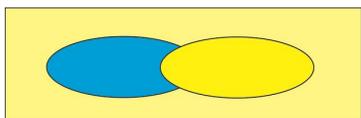
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de Tomás Lambé (s.f)

¿Qué me pongo?

Nivel de deterioro: Leve y moderado

Objetivo:



Tiempo aproximado: 5 min

Actividad a realizar: escribir las combinaciones de ropa que se ha puesto en la última semana.

Material: Hojas y lápiz

Indicaciones: A continuación se plantean unas preguntas, describa según corresponda
Responda y describa las siguientes preguntas

¿Podrías recordar la ropa que te has puesto en los últimos 3 días? ¿Y en los últimos 5?
¿Crees recordar la ropa que has llevado los últimos 7 días?

Alcances: Fomentar y reforzar la memoria

Consideraciones: Evitar frustración, enojo y fatiga mental

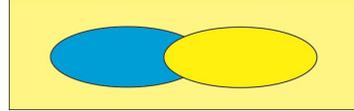
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de Tomás Lambé (s.f)

“El listado”

Nivel de deterioro: Leve y moderado

Objetivo:



Tiempo aproximado: 15 min

Actividad a realizar: Clasificar una serie de palabras en diferentes categorías o campos semánticos.

Material: Recortable y lápiz

Indicaciones: *A continuación se muestra una lista de palabras y una pequeña tabla, clasifique debajo de cada columna la palabra según el grupo en el que pueda incluirlo, posteriormente agrupe y clasifique las palabras según corresponda*

Arquitecto, Perro, Pepino, Sofá, Coche, bombero, gato, aceitunas, escritorio, Avión, funcionario, burro, Atún, Taburete, Helicóptero, ratón, lechuga, lámpara, barco.

Profesiones	Animales	comida	muebles	Medios de transporte

Alcances: Estimular y reforzar la memoria

Consideraciones: Evitar el enojo, la frustración y la fatiga mental

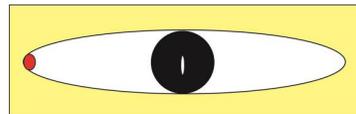
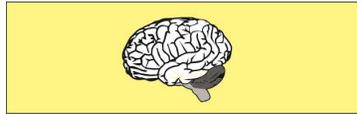
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (Maroto serrano, 2008)

“Edad y dinero”

Nivel de deterioro: Normal y leve

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 minutos.

Actividad a realizar: Se trata de sorprender con un truco de “magia matemática” y que el participante trate de explicar el truco. Una vez descubierto se le puede pedir que lo realice con su familia o con el instructor.

Material: papel y bolígrafo.

Indicaciones: Los números siempre dicen la verdad y jugando con ellos se puede adivinar la edad y el dinero que lleva encima alguna persona. Sin que me enseñe haga lo que le pido en su hoja.

- **Anote su edad**
- **Multiplíquela por 2**
- **Sumar 5 al resultado**
- **Multiplicar el resultado por 500**
- **Sumar la cantidad de dinero que lleva en el bolsillo (menos de mil pesos)**
- **Restar 3758 del resultado obtenido**
- **Sumar 1258**

Le dará un número de cinco cifras. Ahora tiene que comprobar si las dos primeras corresponden a su edad y las otras tres al dinero del que es propietario.

Alcances: Se reforzarán la lógica y matemática, fortaleciendo sus redes neuronales.

Consideraciones: Evitar confrontamiento y apatía del adulto mayor. Si no logra hacerlo ayudarle con cada una de las operaciones a realizar, haciéndole ver que a usted también se le dificultan las operaciones matemáticas.

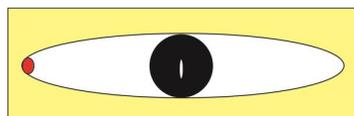
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

“El caracol viajero”

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 minutos.

Actividad a realizar: Se ha de responder a la pregunta que se plantea razonando la respuesta que se da. Si ésta no es correcta, se devuelve el problema al participante para que lo piense de nuevo; como ayuda, puede dibujar lo que dice el problema para visualizar la solución.

Material: papel y bolígrafo.

Indicaciones: Tenemos una pared de 11 metros de altura que termina en una afilada arista y un caracol que sube por ella, de manera que al llegar arriba resbala inmediatamente por el otro lado.

El caracol sube a una velocidad de 2 metros por día, pero resbala (baja) 1 metro durante la noche mientras descansa

¡Que vida más dura la del pobre caracol!

Se trata de saber cuántos días tardará el caracol en llegar hasta la cima de la pared ¿Lo sabes?

Solución: En 10 días. Cada día sube 2 y baja 1, o sea que sube 1 por día, pero el día 10 llega de día a la cima y ya bajará un metro por la noche.

Alcances: Se reforzarán la lógica y matemática, fortaleciendo sus redes neuronales.

Consideraciones: Guiar hacia la solución evitando dársela ya que para fines de estimulación no servirá el ejercicio.

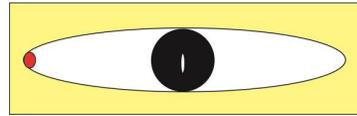
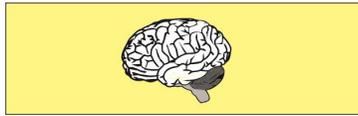
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

“El Fatídico 13”

Nivel de deterioro: Normal

Tiempo aproximado: 10 minutos.



Actividad a realizar: Construir con los 36 serillos una figura como la que se muestra en la figura y darle la indicación abajo descrita. Es importante dejar en claro que quizá no sea la acertado el primer intento y que si no sale a la primera, puede probar de maneras diferentes, pues en los problemas no hay que obsesionarse con lo primero que nos pase por la cabeza.

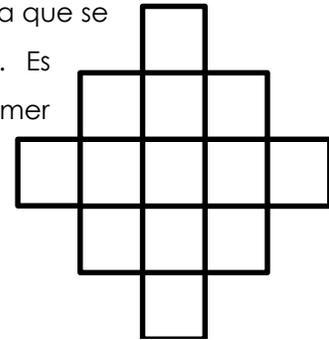
Material: 36 serillos o palillos de dientes.

Indicaciones: si cuentas bien verás que hay 13 cuadros, es un número que a algunos no les gusta. Saca 8 serillos de la figura y consigue que sólo queden 6 cuadros, Recuerda que no puedes mover más de 8 serillos

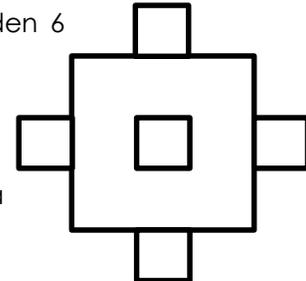
Alcances: El adulto mayor trabajara su perseverancia, restructuración de soluciones, elevara su tolerancia a la frustración y trabajara su solución de problemas.

Consideraciones: tiempo aproximado 10 minutos, si el participante llegará a exceder el tiempo estimado cambiar la actividad, en caso contrario de continuar con la misma, el ejercicio llega a ser frustrante.

Observaciones:



Problema 1



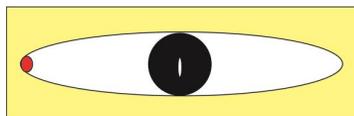
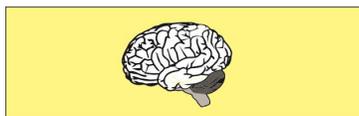
Solución 1

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

“Pura broma”

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:

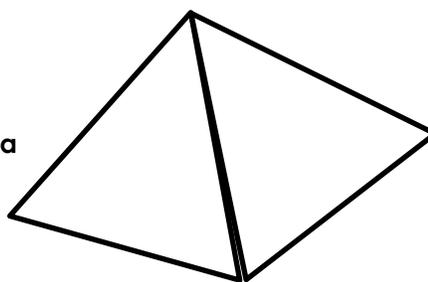


Tiempo aproximado: 10 minutos.

Actividad a realizar: Construir con solo 5 cerillos una figura (la debe de realizar el participante). Darle la indicación abajo descrita. Es importante dejar en claro que quizá no sea la acertada en el primer intento y que si no sale a la primera, puede probar de maneras diferentes, pues en los problemas no hay que obsesionarse con lo primero que nos pase por la cabeza.

Material: 5 Cerillos o palillos de dientes.

Indicaciones: Con solo 5 Cerillos hay que construir una con 2 triángulos equiláteros, ósea, con todos sus lados iguales, sin cruzar ningún Cerillo por encima de otro, ni romperlos.



Solución 2

Alcances: El adulto mayor trabajara su perseverancia, restructuración de soluciones, elevara su tolerancia a la frustración y trabajara su solución de problemas.

Consideraciones: tiempo aproximado 10 minutos, si el participante llegará a exceder el tiempo estimado cambiar la actividad, en caso contrario de continuar con la misma, el ejercicio llega a ser frustrante.

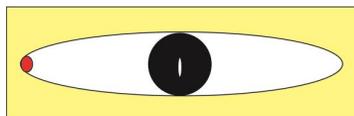
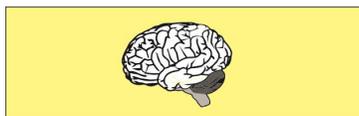
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

“La variante”

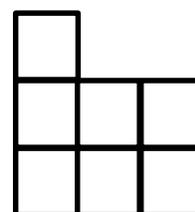
Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 minutos.

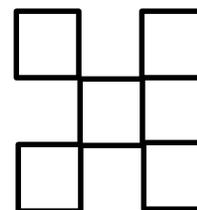
Actividad a realizar: Construir con los 20 serillos una figura como la que se muestra en la figura y darle la indicación abajo descrita. Es importante dejar en claro que quizá no sea acertado el primer intento y que si no sale a la primera, puede probar de maneras diferentes, pues en los problemas no hay que obsesionarse con lo primero que nos pase por la cabeza.



Problema 2

Material: 20 serillos o palillos de dientes.

Indicaciones: hay que mover 3 serillos, pasándolos a otro lugar del dibujo, y conseguir que queden 5 cuadrados en lugar de 7 y todos iguales. Tiene que quedar un dibujo simétrico.



Solución

Alcances: El adulto mayor trabajara su perseverancia, reestructuración de soluciones, elevara su tolerancia a la frustración y trabajara su solución de problemas.

Consideraciones: Tiempo aproximado 10 minutos, si el participante llegará a exceder el tiempo estimado cambiar la actividad, en caso contrario de continuar con la misma, el ejercicio llega a ser frustrante.

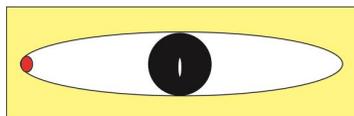
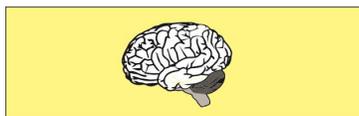
Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllori, 2001)

“Tres líneas decisivas”

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



Tiempo aproximado: 10 minutos.

Actividad a realizar: Trazar un cuadrado en un papel y buscar la solución. Verificar que el participante comprenda bien las instrucciones.

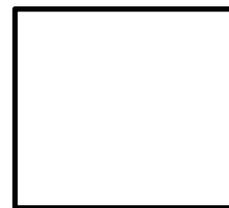
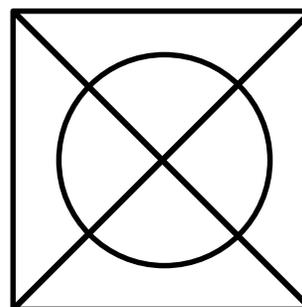


Figura muestra 3

Material: Papel y bolígrafo.

Indicaciones: Trazar un cuadrado como el que tenemos abajo y, con sólo tres líneas, dividirlo en ocho partes. ¿Crees que se pueda?



Solución 3

Alcances: El adulto mayor trabajara su perseverancia, restructuración de soluciones, elevara su tolerancia a la frustración y trabajara su solución de problemas.

Consideraciones: Tiempo aproximado 10 minutos, si el participante llegará a exceder el tiempo estimado cambiar la actividad, en caso contrario de continuar con la misma, el ejercicio llega a ser frustrante.

Observaciones:

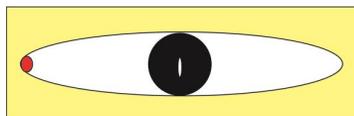
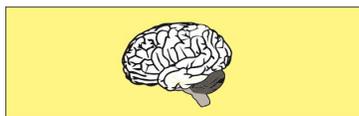
Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

Nota: si ve que se le dificulta la actividad, se puede aclarar que el la geometría se entiende por línea un trazo continuo, abierto o cerrado, recto o curvo, por lo que una circunferencia es una línea. Nadie ha dicho que las 8 partes deben ser iguales.

“La Locomotora”

Nivel de deterioro: Normal

Objetivo:



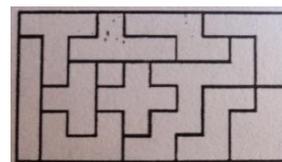
Tiempo aproximado: 10 minutos.

Material: Recortable “La locomotora” y mica para proteger.

Indicaciones: Con las piezas del juego que te he entregado intenta construir la siguiente figura.

Alcances: El adulto mayor trabajara su perseverancia, restructuración de soluciones, elevara su tolerancia a la frustración y trabajara su solución de problemas.

Consideraciones: tiempo aproximado 10 minutos, si el participante llegará a exceder el tiempo estimado cambiar la actividad, en caso contrario de continuar con la misma, el ejercicio llega a ser frustrante.



Juego muestra 1

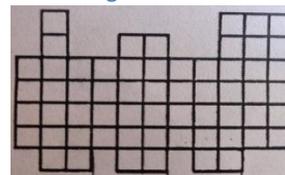
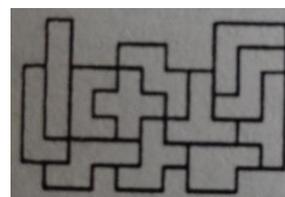


Figura muestra 4



Solución 4

Observaciones:

Bibliografía: Adaptado de (J.Batllo, 2001)

Bibliografía:

- Alberto L. Fernandez, Julian C. Marino y Ana María Alderete (2003); Valores normativos en la prueba de Fluidez Verbal- Animales sobre una muestra de 251 adultos argentinos *Psicotema*. pp.105-112
- Aguilá, J. B. (2001). *Gimnasia mental .El juego como elemento de desarrollo*". México: Alfaomega.
- Batllo, A. J. (2001). *Gimnasia mental "El juego como elemento de desarrollo"*. México: Alfaomega.
- Carranza, A. (2008). *Haz memoria*. Buenos Aires: Editorial del nuevo extremo.
- Dr. Vicente Félix Mateo. (s/a) *Funciones ejecutivas: Estimación de la flexibilidad cognitiva en población normal y grupo psicopatológico*. Encontrado en <http://www.uv.es/femavi/Wisconsin.pdf>
- Germán E Berrios, John R. Hodges (2003) *Trastornos de la memoria en la práctica psiquiátrica*; editorial Masson, España, p. 109
- Julio Vallejo Ruiloba (2006); *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson 6ª edición, España p. 114
- Lambe, T. (s.f.). *Haz memoria*. Nuevo extremo.
- Lewis R. Aiken, Rubén W. Varela Domínguez (2003), *Test psicológicos y evaluación*, Pearson Educación, p. 528.
- Ma. Victoria Perea Bartolomé y Valentina Landera Fernández, (1995) *Rendimientos neuropsicológicos. Edad, educación y sexo*; *Psicotema* Vol. 7. N.1 pp.105-112
- Maroto serrano, M. (n/a). *La memoria "Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo"*. Instituto de la salud publica.
- Natalia Landa, Javier Fernandez Montalvo, Javier Tirapu Ustarroz, Jose J. López Goñi, Ainhoa Castillo, Iñaki Lorea (2006) encontrada en <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/Landa.pdf>
- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests*, 2ª edición. Nueva York: Oxford University Press. (Escrito por Dr. Miguel Angel Villa Trail Making Test)
- Perea Quesada, R. (2004). *Educacion para la salud "Reto de nuestro tiempo"*. España: Diaz de Santos.
- Tárraga, L., Boada, M., & Domenéch, S. (18 de marzo de 2012). *Volver a empezar*. Obtenido de familiaalzheimer: <http://www.familialzheimer.org/media/libros/volveraempezar/pdf/Volver%20a%20empezar.pdf>