



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA

**ACTIVIDADES PARA FORTALECER LA
MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A

ANA BELEM CAMPECH OSEGUERA



ASESORA

LIC. ESTHER HIRSCH PIER

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2016



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.

Para mi madre, quien ha tejido cada uno de mis sueños.

Gracias por tantísimos desvelos.

Agradecimientos

A la UNAM por haberme formado tan amorosamente.

A Morián por ser un apoyo constante en cada una de mis debilidades.

A la maestra Esther, quien amablemente supo compartir su conocimiento.

A mis sinodales, quienes con sus correcciones enriquecieron este trabajo.

A los adultos mayores, por ser inspiración.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1: Introducción al proceso de envejecimiento	12
1.1 ¿Qué es la vejez?.....	13
1.2 La importancia de la vejez con un enfoque pedagógico.....	18
1.2.2 Envejecimiento activo y saludable.	20
1.3 La vejez en México.....	24
1.3.1. Vulnerabilidad y Discriminación	28
1.3.2 Mitos sobre la vejez	29
Capítulo 2: Teorías del envejecimiento	31
2.1 Teorías Biológicas.....	32
2.2 Teorías Sociales.....	35
2.3 Teorías Psicológicas	37
Capítulo 3: Características generales del envejecimiento	44
3.1 Aspecto Biológico.....	44
3.1.1 Cambios Físicos.	45
3.1.2 Cambios Sensoriales.....	46
3.1.3 Cambios Sistémicos.	48
3.1.4 Cambios Cognitivos	52
3.2 Aspecto Psicológico	57
3.2.1 Personalidad.....	57
3.2.2 Sexualidad	58
3.2.3 Depresión.	61
3.2.4 Autoestima.....	62
3.3 Aspecto Social.....	63
3.3.1 Jubilación.....	63
3.3.2 Viudez.....	65
3.3.3 El rol de abuelo.....	67
3.3.4 La Familia	67
Capítulo 4: Vejez y memoria	69
4.1 Concepto de memoria.....	70

4.1.1 Clasificación de la memoria	70
4.2 Bases anatómicas de la memoria	72
4.3 Alteraciones en la memoria	76
4.3.1 Envejecimiento normal.....	76
4.3.2 Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	77
4.3.3 Amnesias	78
4.3.4 Demencias.....	78
4.4 Estimulación Cognitiva	83
Capítulo 5: Actividades para estimular y mantener la memoria activa en el adulto mayor	85
Introducción.....	85
Justificación.....	86
Presentación	87
Primera Parte: Actividades Cognitivas	90
Segunda Parte: Actividades Recreativas	95
Tercera Parte: Actividades de Aprendizaje.....	96
CONCLUSIONES.....	97
ANEXOS	101
Fuentes Consultadas	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.Envejecimiento exitoso.....	21
Figura 2.Esperanza de Vida en México.....	26
Figura 3.Fecundidad y Mortandad.....	27
Figura 4.Etapas del desarrollo.....	40
Figura 5.Lóbulos Cerebrales	73
Figura 6.Scrabble	90
Figura 7.El Juego Dominó	91
Figura 8.Memorama	91
Figura 9.Ficha de Atención.....	94
Figura 10.Ficha de Atención 2.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etapas de la Vejez.....	16
Tabla 2. Actividades para el Adulto Mayor	23
Tabla 3. Población en México	25
Tabla 4. Etapas Epigenéticas de Erikson	38
Tabla 5. Cambios en la Mujer.....	59
Tabla 6. Cambios en el Hombre.....	60
Tabla 7. Córtex Cerebrales	74
Tabla 8.Estructuras Subcorticales.....	75
Tabla 9. Diagnóstico de Demencia.....	79
Tabla 10. Características de las Demencias	82
Tabla 11. Juegos de Mesa	92
Tabla 12. Pasatiempos.....	92
Tabla 13. Modelo de ficha de atención.....	93
Tabla 14. Actividades para el Adulto Mayor	95
Tabla 15. Aprendizajes.....	96

INTRODUCCIÓN

Debido al acelerado crecimiento poblacional a nivel mundial algunos países tendrán cambios en cuestiones demográficas, entre ellos se encuentra México pues su población infantil disminuirá y aumentará la cantidad de personas de más de 60 años. De acuerdo con los datos que facilita el Censo de Población 2010, hay más de 10 055 379 personas en edad avanzada, lo que significa casi un 10 % de la población total en el país, además México ocupa el lugar 47 de 195 naciones que tendrán un aumento en la esperanza de vida (Gutiérrez & Arrieta, 2014), esta situación me llevó a cuestionarme cómo están envejeciendo las personas, pues no necesariamente a mayor edad se tendrá mejor calidad de vida, ya que en la mayoría de los casos habrá un aumento de personas enfermas si no se promueve una vejez favorable y satisfactoria en la cual puedan disminuirse o retardarse enfermedades que incapacitan a los adultos mayores.

Los adultos mayores (AM) son un grupo vulnerable, pues su calidad de vida se ve alterada por limitantes en cuestiones de salud (principalmente) ya que hay muchos que poseen alguna enfermedad o varias que les impiden continuar con actividades de su vida diaria y en algunos casos éstas resultan incapacitantes pues los limita de una autonomía y vejez satisfactoria.

Los ámbitos de participación para promover un envejecimiento activo y saludable que garanticen la calidad de vida de los AM son amplios y de diversos enfoques, debido a que se requiere una intervención multidisciplinaria, no está de más señalar la importancia de vincular a la pedagogía en el estudio de la vejez y la importancia que ésta tiene junto con otras disciplinas científicas para poder ser ese medio a través del cual se creen ambientes favorables e idóneos en los cuales se pueda preservar y mejorar la salud de las personas mayores.

Lo anterior es debido a que los programas de atención geriátricos en el país están enfocados a promover el cuidado de la salud de manera física, sin embargo es importante considerar (desde un enfoque integral) la importancia de la salud mental, se sabe que es posible actuar desde un enfoque preventivo que pueda frenar y disminuir los deterioros que sufrirá el cerebro con el paso del tiempo.

El trabajo desarrollado se enfoca en destacar las alteraciones que se sufren durante la vejez en el aspecto cognitivo (específicamente la memoria) pues dentro de las enfermedades que afectan la salud de los AM se encuentran “las demencias” que con el paso de los años afectan su calidad de vida y las relaciones familiares.

La cifra estimada en México es que existen más de “860 000 personas con este padecimiento (...) para 2050 alcanzará la alarmante cifra de 3.5 millones” (Gutiérrez & Arrieta, 2014, p. 36). Si bien las demencias se presentan aproximadamente a los 85 años de edad, es importante destacar que los trastornos mentales y neurológicos deben ocupar un lugar en la agenda de salud pública ya que la esperanza de vida en las personas va en aumento.

Es urgente que se puedan contrarrestar los factores de riesgo que generan alteraciones en la memoria o futuras demencias a temprana edad; cabe destacar que las investigaciones dejan claro que los factores de riesgo para las alteraciones neurológicas están ligadas a diversas cuestiones como: alimentación, ejercicio, tabaco, bajo nivel educativo, entre otras, mismas que favorecen la presencia de estas patologías en la vejez, sin embargo es ineludible mantener activas las capacidades cognitivas y así poder disminuir en menor grado la posibilidad de incidencia de algunas de estas patologías.

Por este motivo es necesario implementar programas de estimulación cognitiva que mediante estrategias, técnicas y actividades mantengan y potencien las habilidades cognitivas en el AM, para contribuir a que éste pueda ser una persona independiente en continuo aprendizaje.

La estimulación cognitiva en el AM pretende mejorar su calidad de vida mediante el aumento de sus habilidades cognitivas, para mantenerlas, entrenarlas, fortalecerlas y potenciarlas; es importante recordar que nuestro cerebro “puede ir transformando y adaptando a las situaciones que se le presentan, modificando su organización estructural y funcional en virtud de las necesidades” (Puig. G., 2012, p.7)

Mediante las actividades de estimulación pretendo contribuir de alguna manera para propiciar el inicio de estos cuidados y que las personas mayores comiencen a comprender la importancia que tiene mantener nuestro cuerpo y mente sanos. Es vital que las personas que atraviesan esta etapa puedan realizar sus actividades diarias de forma independiente, para ello se requerirá que se posea salud física y sus habilidades mentales se encuentren en buen estado, con todo esto se favorece su entorno familiar y su bienestar psico-emocional.

En el trabajo se analiza el envejecimiento desde distintos enfoques para una mejor comprensión de los adultos mayores y se desglosa de la siguiente manera:

En el capítulo 1: Se describe de manera general a la vejez como esa etapa del desarrollo humano, se analizan los factores que han provocado que exista un aumento considerable en la longevidad en la población de AM en México. Además se señala la importancia que tiene para la pedagogía el estudio de la vejez y la necesidad de tener un envejecimiento activo y saludable.

En el capítulo 2: Se describen las teorías del envejecimiento a nivel físico, psicológico y social, para poder comprender los cambios bio-psico-sociales por los cuales atraviesa el AM y con ello tener una visión integradora de la vejez.

En el capítulo 3: Se describen los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento, esto con el propósito de poder ubicar a la vejez como una etapa de crecimiento y no únicamente de declive sin aprendizajes.

El capítulo 4: Principalmente describe de manera general la memoria, se mencionan las alteraciones que llegan a presentarse durante la vejez, las bases anatómicas del cerebro que están involucradas con los recuerdos y se describen los beneficios que tiene la estimulación cognitiva para nuestro cerebro.

En el capítulo 5: Se incluyen las actividades que se proponen realizar para poder disminuir la incidencia a presentar en un futuro una alteración a nivel neurológico y poder dotar a nuestro cerebro de nuevos aprendizajes que favorezca el fortalecimiento de habilidades cognitivas y promuevan aprendizajes.

*“Hay que haber comenzado a perder la memoria, aunque sea sólo a retazos, para darse cuenta de que esta memoria es lo que constituye toda nuestra vida. Una vida sin memoria no sería vida, como una inteligencia sin posibilidad de expresarse no sería inteligencia. Nuestra memoria es nuestra coherencia, nuestra razón, nuestra acción, nuestro sentimiento. Sin ella no somos nada. La memoria, indispensable y portentosa, es también frágil y **vulnerable**”*

Luis Buñuel

Capítulo 1: Introducción al proceso de envejecimiento

El ser humano está en continuo desarrollo desde que es concebido en el vientre de la madre hasta que muere, el ciclo de la vida es nacer, crecer, reproducirse y morir, por ello se han establecido etapas de desarrollo en el hombre de las cuales tenemos: infancia, pubertad, adolescencia, juventud, adultez y vejez, en todas se muestran cambios físicos, psicológicos y sociales que van definiendo el rol que desempeña el ser humano en sociedad.

Cada etapa es distinta y refiriéndome específicamente a la vejez, en ella se han postulado y desarrollado teorías que especifican y explican los cambios que sufre el hombre a nivel físico, social y psicológico pero, ¿Qué sucede en la vejez, el hombre sigue desarrollándose o es una etapa de declive y ya no hay desarrollo? Algunos autores describen a la vejez como una etapa de fin, de pérdida, en la cual el ser humano ya no desarrolla habilidades, no tiene un crecimiento físico, no continúa aprendiendo, esto se debe sobre todo por los cambios físicos que experimenta una persona que atraviesa esta etapa, sin embargo otros autores mencionan y ven a la vejez como una etapa de crecimiento; por lo anterior, es necesario promover un enfoque positivo y saludable en la vejez, que a su vez permita ubicar todos los cambios como una manera de continuar aprendiendo, de seguir activándose y automotivándose.

Se sabe que el ser humano no ha envejecido de la misma manera a lo largo de la historia, ya que en nuestros días la esperanza de vida ha aumentado y seguirá aumentando con el paso de los años, entre sus causas podemos señalar el avance en cuestiones médicas que permiten prolongar la vida unos años más. Si esto ha sido posible, es obligación del estado y la sociedad crear ambientes favorables para el desarrollo y desenvolvimiento óptimo del AM y se comprenda que en la vejez se puede continuar aprendiendo e incluso se pueda estar saludable e independiente.

La historia de las sociedades nos muestra cómo se ha modificado en gran sentido la importancia y el trato a personas en edad avanzada, si observamos detenidamente el transcurso de la vejez a través del tiempo, notaremos variaciones en cuanto al papel que desempeñaban los AM en la sociedad y la importancia que para ésta tenía. Por ejemplo: para *los chinos* una persona tenía reputación y calificación con los años, pues la cultura reclamaba más experiencia que fortaleza; por su parte para *los griegos* la importancia de ser “viejo” radicaba en la capacidad que se adquiere para poder desarrollar su intelecto y con ello poder decir que se tiene experiencia y sabiduría; para *los romanos* los viejos eran los más respetados a nivel social y familiar “es en la familia donde poseen una situación altamente privilegiada.” (González Miers, 2000, p.104) En México en los tiempos de los aztecas los ancianos eran profundamente respetados, pues eran consideradas personas con sabiduría.

Sin embargo se ha modificado esta visión, ya que cuando se menciona al AM se hace referencia inmediata a fragilidad, enfermedad, incapacidad, entre otras cosas, esto ha generado que se piense en la vejez como una etapa de discriminación de tipo familiar, social y política. Esto lleva a cuestionarse el modo en cómo podemos contrarrestar esa visión negativa de la vejez.

Si bien esta concepción es social y va estrechamente ligada a roles y estereotipos que va marcando la sociedad a lo largo de los años, pueden y deben no ser determinantes para el trato que debe darse a los AM pues se puede trabajar para concientizar y hacer ver a la vejez como una etapa de desarrollo y plenitud. Se detallará más adelante las acciones encaminadas a promover una vejez más positiva.

1.1 ¿Qué es la vejez?

Primeramente, es necesario que se pueda diferenciar entre vejez y envejecimiento, la primera es descrita como una etapa del ciclo vital en el hombre, que engloba cambios a nivel físico, psicológico y social; el envejecimiento considera esos cambios en el ser humano tanto de manera positiva o negativa “Hay dos modos de

entender el curso del envejecimiento. Un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción de ciertas funciones (...) el otro considera ese declinar y el despliegue positivo de funciones (...)” (Buendía, 1994, p.4) el envejecimiento considerará todos los procesos o alteraciones por los cuales atraviesa el hombre tanto de manera positiva o negativa.

Definir la vejez es complicado, ya que nos encontramos con diversas conceptualizaciones que la encauzan según las interpretaciones que de ella se hacen. Si comenzamos definiendo a la vejez apegados a la gerontología (disciplina médica que estudia a la vejez, las causas y los cambios físicos que se presentan) es considerada un proceso ineludible en la vida del hombre, misma que puede favorecerse para prolongar la vida, es importante señalar que para la gerontología el envejecimiento es un hecho multidisciplinar en la cual participan diversos especialistas (geriatras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) con el único fin de poder hacer una vejez favorable y con ello poder contribuir a mejorar su calidad de vida.

Sin embargo desde el punto de vista médico, la vejez se sitúa en una cuestión de envejecer cronológicamente; desde un modo biológico significa que el cuerpo empieza a sufrir deterioros, sufre enfermedades, existen pérdidas, achaques y de manera general se concibe a la vejez como ese proceso de decadencia estructural y funcional del organismo.

Observamos que las definiciones son diversas y las conceptualizaciones pueden resultar limitadas para este trabajo, por ello la manera más precisa de definir a la vejez es desde una perspectiva biopsicosocial.

Es necesario ver a la vejez como una etapa de crecimiento irreversible, pues no podemos prescindir de ella, por ello es importante que se analice desde una perspectiva integral en la cual se consideren los diversos cambios físicos, biológicos y sociales que en ésta se presentan.

Es bien sabido que la vejez está relacionada con el avance del tiempo, se crea así la analogía tiempo= vejez, pero ¿Cómo se podría saber que un ser humano ha alcanzado la vejez? Debido a la dificultad para definir a la vejez se han establecido cuatro edades de envejecimiento, mismas que pretenden encauzar esa visión biopsicosocial de la vejez.

- Cronológica
- Física y Biológica
- Psicológica y Emotiva
- Social

La edad cronológica.

Si bien Mishara y Riedel (2000) mencionan que la edad cronológica es contar los años que una persona ha vivido desde que nace, esta edad es en mayor medida el indicador más utilizado para considerar a alguien viejo o no (p.20), Stuart Hamilton (2002) menciona que considerar a alguien viejo basándose en la edad cronológica es arbitrario ya que la edad por sí sola puede ser un mal indicador en algunas circunstancias, esto sucede ya que hay personas que envejecen prematuramente (p.21), por eso es importante conocer las otras edades y relacionarlas para poder definir integralmente a la vejez.

La edad cronológica es la edad que más se utiliza para ubicar a nivel poblacional el grupo de personas mayores que habitan en una región, la ONU enfocó su interés hacía el grupo poblacional de 60 años y + “Las personas adultas mayores son, según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, aquellas que tienen 60 años o más de edad” (CNDH, 2012) por ello se considera que a partir de ese momento los términos vejez, tercera edad, ancianos, adultos mayores se refieren a la parte de la población comprendida en el grupo de 60 años en adelante.

Por su parte se han hecho clasificaciones para poder delimitar a la vejez, Papalia, Duskin, & Martorell (2012) las agrupa de la siguiente manera.

Adulthood	20- 40 años
Adulthood intermedia	40- 60 años
Adulthood tardía	60 -+ años.

Tabla 1. Etapas de la Vejez. (Papalia, 2012)

Para este trabajo consideré la conceptualización que hace la ONU, ubicando al AM en un grupo de 60 años y más, aunque debe quedar claro que el envejecimiento es un proceso individual, por lo tanto tiene que ver intrínsecamente con un hecho sociocultural, ya que su concepción y definición varían de acuerdo a cada sociedad.

La edad física y biológica.

Esta edad está marcada por la evolución de manera degenerativa del cuerpo y es variable según la persona, el lugar donde vive y su ritmo de vida, estos cambios principalmente son: disminución de la coordinación, pérdida de fuerza, alteración en los sentidos (vista, oído, tacto) u otras funciones. Stuart Hamilton (2002) la define como “el estado de evolución degenerativa física del cuerpo (...) normalmente se utiliza para describir el estado general de una persona” (p. 23) el mismo autor añade dos edades más; la edad carpiana (estado de los huesos de la muñeca) y la edad fisiológica (procesos fisiológicos o metabólicos).

La edad psicológica.

Para una persona asumir que está envejeciendo no es sencillo, sobre todo por los estereotipos sociales que giran en torno a la vejez, de los cuales hablaré más adelante, pero ¿Cómo podemos identificar los cambios psicológicos que se presentan en la vejez? Tomando la conceptualización de Mishara y Riedel (2000) se dan de dos tipos:

- Los cognitivos: relacionados con el pensamiento y las capacidades.
- Los que están relacionados a las emociones, afectividad y personalidad.

Del primer cambio se entienden las alteraciones, disminuciones en distintas habilidades ligadas al SN o procesos psicológicos relacionados a la memoria o aprendizaje, de las segundas están relacionados con emociones que a su vez están vinculadas a otros factores como trabajo, familia, muertes, etc.

La edad social

“La edad social designa los papeles que se puede, se debería o se pretende se desempeñen en la sociedad” (Mishara & Riedel, 2000, p. 27) entendidas como las expectativas que los demás crean en torno al AM, por ejemplo el momento de la jubilación, viudez, separación de los hijos entre otras.

Con esto se observa que es arriesgado dar una definición global de vejez ya que cada ciencia de estudio tiene diverso enfoque, además es importante mencionar que el envejecimiento es diferente en todas las personas, ya que cada ser humano envejece de manera distinta, como menciona Hansen Lemme (2003)

Hay variaciones innatas en la naturaleza, velocidad y momento de los deterioros relacionados con la edad en el funcionamiento de las partes del cuerpo (...) mientras unos sistemas tal vez se hallen en un periodo de eficacia máxima, otros quizá declinen (p.358)

Esto puede deberse a distintas situaciones como la calidad de vida, la alimentación, actividad física y cuestiones genéticas, entre otras.

Mencionado lo anterior es difícil señalar en dónde empieza la vejez, por eso se debe considerar que es una etapa universal en el ser humano, pero que el deterioro del cuerpo visto desde una perspectiva biológica es individual, como menciona Malagón (citado en Pérez Cano, 2006) “Para estudiar el proceso de envejecimiento hay que abordarlo desde una doble perspectiva: individual y colectiva (...) la primera trata el envejecimiento desde un enfoque biológico, psicológico y cultural. Desde el punto de vista colectivo nos referimos al envejecimiento de la población y sus

consecuencias económicas y sociales” por tanto hay que tomar en cuenta que no existe un cambio ni físico, ni psicológico que determine que un ser humano es “mayor” y que los cambios biológicos son imprecisos, pues el envejecimiento es distinto en cada persona, por esta razón se debe ver a la vejez desde una perspectiva individual.

En conclusión se deben analizar estas cuatro edades en el hombre para poder comprender el proceso de envejecimiento desde un enfoque integral y no como un hecho meramente biológico, una vez entendida a la vejez desde una perspectiva bio- psico- social podrán comprenderse los cambios por los cuales atraviesan los AM.

En este sentido es importante aclarar que han sido varias las definiciones que se le han dado a esta última etapa de la vida como: *anciano, viejo, senecto, adulto mayor* y todas hablan de un ser humano, sin embargo hoy en nuestros días se está empleando el término de “adulto mayor” ya que no concibe a la persona con sus achaques, enfermedades, carencias, sino por el contrario busca que esta etapa sea plena, dinámica, autónoma y que en menor medida pueda mantenerse al AM activo para reintegrarlo así a las actividades que le demande la sociedad y se pueda contribuir a minimizar la visión negativa de la vejez.

1.2 La importancia de la vejez con un enfoque pedagógico

“Digna es la tarea de pensar sobre la vejez, esa gran desconocida que todos llevamos dentro, como la única posibilidad posible, o sea como punto de llegada a un modo de realidad humano inaplazable. Pensar es ya una manera de ocuparse de ella” (García Ramírez , 2003, p.25)

La vejez como etapa de la vida ha tenido diversas acepciones según el medio social y el momento histórico, remontándose a un momento contemporáneo, se sabe que la vejez es vista en mayor medida desde un enfoque negativo.

El enfoque negativo al que me refiero engloba la concepción que los AM son personas dependientes, que presentan alguna enfermedad degenerativa (no siempre), que sufren alteraciones de tipo cognitivo, que les cuesta trabajo aprender, que poseen pensamiento cerrado, les cuesta trabajo hacer cambios, son personas poco útiles.

Debido a lo anterior quiero señalar que el estudio de la vejez abre modelos de intervención para el pedagogo, ya que es posible educar para eliminar y reducir la discriminación que sufren los AM, además en el ámbito de la elaboración, diseño e implementación de programas educativos enfocados a la salud (física y mental), la seguridad, los derechos humanos y aprendizajes a lo largo de la vida que permitan moldear la visión negativa de la vejez y generar con ello una visión más positiva e integradora de esta etapa, además de incluir una educación intergeneracional que fomente la valía de todas las edades.

Conjuntamente la educación puede contribuir para ver al envejecimiento con una perspectiva de crecimiento y aprendizaje, que implica considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del AM y promover un enfoque educativo de envejecimiento activo y saludable que permita resaltar la importancia de mantenerse activos a medida que se envejece.

Siguiendo esta línea quiero mencionar 4 aspectos que cobran importancia para preocuparse y ocuparse de los adultos mayores:

1° Considerar a la vejez como un hecho biológico inherente al ser humano y hacerlo parte del ciclo de la vida, hablar de ella es relacionarla a la última etapa del hombre, por tanto resulta importante conocer cuáles son las situaciones, alteraciones, cambios que se padecen.

2° Analizar el envejecimiento como un hecho social, ya que en este medio se toma en cuenta el papel que desempeña el AM en sociedad, así como las actividades que realiza y que le permitan poseer un sentido de pertenencia.

3° Ubicar la relevancia desde un enfoque demográfico, considerando los datos estadísticos en México. El Censo realizado por el INEGI (2014) arrojó el número de personas de 60 años y más, que es de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total, se estima que esta cifra aumente llegando a 12.5% para el año 2020 y a 28.0 % en el año 2050. (CONAPO, 2004, p. 22).

4° Reflexionar sobre el papel que juega la pedagogía en esta etapa de la vida, para lograr una vejez activa y saludable, en la cual el AM pueda mantener, fortalecer sus habilidades y destrezas que le favorezcan en el desarrollo de actividades que le permitan tener una buena calidad de vida, salud física y emocional; logrando con ello hacer de la vejez una etapa activa y autónoma.

Es ineludible por tanto ocuparse de la vejez, “no es probable que después de haber dispuesto con tanto cuidado las demás etapas de la vida, ella (la naturaleza) haya desatendido, el último acto, como un poeta incapaz” Cicerón (citado por Laforest, 1991, p.58) ello nos recuerda qué tan importante es preocuparse y cuestionarse sobre las actividades que se pueden promover para lograr un envejecimiento satisfactorio, pero ¿Es posible que se pueda envejecer sanamente?

1.2.2 Envejecimiento activo y saludable.

“Con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioros, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas” (Buendía,1994, p.4) Las definiciones del buen envejecer se sitúan principalmente en tres conceptos utilizados comúnmente por los investigadores, estos son: envejecimiento exitoso, activo y saludable.

El envejecimiento exitoso es popularizado en 1987 por John Rowe y Robert Kahn (Castillo, S, 2009, p.168) quienes lo describen en tres características específicas:

- a) La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad
- b) Alta capacidad cognitiva y funcional
- c) Un activo compromiso con la vida



Figura 1. Envejecimiento exitoso (Castillo, S. 2009)

Estos tres términos van más allá de estar sano físicamente y poseer una buena funcionalidad, incluye además; tener actividades por realizar, poseer un sentido de productividad y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Este término si bien engloba características precisas de un buen envejecer por un lado aísla a aquellas personas que ya padecen una enfermedad crónica o incapacitante y que desde su perspectiva personal pueden aún sentirse bien con sus aspiraciones o metas.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el concepto de envejecimiento activo y lo define como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Camacho, Gámez, Flores, & Guerrero, 2016, p.394). En esta definición sí se considera las pérdidas que pueden presentarse con los años y optimizarlas para afrontar los deterioros del envejecimiento, conjuntamente considera oportuno la interacción de agentes de salud, sociales y económicos.

Por último el envejecimiento saludable, se define como la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles como cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, salud mental que está ligado a los otros conceptos.

En otras palabras envejecer satisfactoriamente puede resumirse de la siguiente manera:

- Poseer salud física, evitar padecer enfermedades que limiten al adulto mayor.
- Tener activación cognitiva y funcional, que el AM pueda ser autónomo en su autocuidado y demás actividades.
- Mantener relaciones intergeneracionales satisfactorias.
- Ser activo en su vida, que esté lleno de vitalidad y gozo.
- Plantearse metas y afrontar nuevos retos.

Envejecer satisfactoriamente no solo es estar libre de enfermedades graves, ni tener buen funcionamiento físico y mental (...) además que la persona sea capaz de implicarse activamente en la vida (...) el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, de una actividad social (...) y en mantenimiento de actividades productivas (...) Aquellas que son capaces de contribuir de una u otra manera, al mantenimiento y promoción de la sociedad o crecimiento propio, Triadó & Villar, 2006, (p.28).

Considerando lo anterior es posible lograr un envejecimiento sano, en el cual el AM sea una persona activa, independiente, productiva, con aspiraciones y deseos específicos (por mínimos que éstos sean), involucra además, saber dirigir el deterioro biológico hacía situaciones motivacionales, considerando cuestiones psicológicas, médicas, geriátricas y pedagógicas.

No es objetivo de este trabajo abordar las actividades de cada área, sin embargo me interesa abordar el estudio del envejecimiento satisfactorio enfocado específicamente a la cognición, principalmente la “Memoria” para poder mejorar y mantener la activación neuronal. Sin embargo se proponen una serie de actividades que puedan ayudar a lograr un envejecimiento satisfactorio.

Físico	Psicológico	Social	Cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> *Adecuada nutrición. *Prevenir el consumo de tabaco y alcohol. *Medicación correcta en tratamientos. *Actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> *Favorecer su autoestima. *Independencia. *Relaciones satisfactorias generacionales e intergeneracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> *Preparación jubilación. *Interacción familia. *Actividades tiempo libre de tipo artística, plástica, cultural. *Actividades altruistas. 	<ul style="list-style-type: none"> *Programas de alfabetización tecnológica. *Ejercicios cognitivos. *Ejercitarse en habilidades verbales y comunicativas. *Continuo aprendizaje.

Tabla 2. Actividades para el Adulto Mayor. (Elaborado por Belem Campech)

Se sugieren estas actividades con el fin de promover una vejez satisfactoria que pueda mejorar la calidad de vida y con ello crear ambientes idóneos de felicidad, armonía, bienestar, sin embargo no hay que olvidar la importancia que tienen las redes de apoyo (familia, profesionales, instituciones) para el logro de un envejecimiento activo y satisfactorio.

La necesidad de optar por una visión integradora de un buen envejecimiento se halla en ayudar a las personas con su salud física, cognitiva, emocional y social, para evitar, prevenir o promover los factores que provocan que se desarrolle un envejecimiento patológico o sufran depresión con los años.

El propósito pedagógico será intervenir en la creación de programas educativos con un enfoque geriátrico, en el cual se pueda promover una visión integradora y positiva de la vejez para poder mejorar, mantener y potenciar aquellas habilidades y se logre desarrollar en el AM esa responsabilidad, autonomía y vejez satisfactoria.

Esta tarea no es del todo sencilla pues se requiere de una concientización profunda para que se puedan comprender los deterioros que sufrirá el cuerpo con el paso de los años, además se debe educar en el manejo psicosocial para aceptar los cambios que trae consigo la vejez y la aceptación de las diversas alteraciones emocionales (jubilación, viudez, etc.) que se atravesarán entre otras; asociado a concienciar

sobre los factores de riesgo que desencadenan enfermedades y con ello poder contrarrestar los graves problemas de salud que afectan a los AM.

Es importante mencionar que estas medidas están ligadas con modelos de atención geriátricos y políticas públicas que coadyuven a un envejecimiento favorable, que les permita a los AM continuar con la realización de actividades y conservar su independencia con el fin de disfrutar la prolongación de la vida.

1.3 La vejez en México.

Es necesario hablar de los AM en el país, para el INEGI “es durante el siglo XX que la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, económicas, políticas y culturales” (INEGI, 2005, p.3), pues surge una acelerada transición demográfica, ya que no solo envejece la persona sino que el envejecimiento está situado a nivel poblacional. Pero ¿A qué se debe la transición demográfica de este sector de manera significativa en México? Es importante describir el proceso de envejecimiento desde cuatro aspectos:

I-Crecimiento demográfico.

El crecimiento de las poblaciones es una cuestión importante a nivel social ya que demanda mejoras de servicios de salud (principalmente), al menos en México este hecho se observa con el aumento de la población, pues los mexicanos pasaron de ser 18 millones de habitantes en 1930, a ser casi 100 millones de habitantes en el 2000 y se estima que esta cifra aumentará llegando a un poco más 130 millones en 2050 (CONAPO, 2004, p 20).La siguiente tabla muestra el crecimiento poblacional distribuido por edad (INEGI, 2010)¹

¹ Las cifras son tomadas de la página del INEGI:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>

Grupos de edad	CENSO 1950	CENSO 1970	CENSO 2000	CENSO 2005	CENSO 2010
TOTAL	25,791,017	48,225,238	97,483,412	103,263 388	112,336,538
Menores de 15 años.	10,754,468	22,286,680	32,586,973	31,650,104	32,515,796
15 a 29 años	6,951,131	12,347,150	27,221,012	27,177 008	29,706,560
30 a 59 años	6,618,393	10,882,170	21,544,305	33,286,721	38,661,307
60 a 84 años	1,350,349	2,542,251	6,453,751	7,782,562	9,352,084
85 años y más	69,336	166,987	494,706	556,273	703,295

Tabla 3. Población en México. Fuente INEGI, adaptada por Belem Campech.

El aumento de la población es considerable, pero además en el caso de los mayores es aún más notable, ya que en el año 2000 la CONAPO (2004) dio a conocer que había 20.5 adultos por cada 100 niños, se estima que esta cifra alcanzará 166.5 por cada 100 niños en 2050, lo que lleva a considerar el aumento de la población envejecida que poblará el país. (p.23).

II.- Esperanza de vida

Debido principalmente a los avances en la ciencia y mejoras en servicios de salud, ha sido posible hacer frente a enfermedades que antes eran causantes de muertes prematuras en los AM, esto ha permitido la duplicación de la esperanza de vida, pues de estar en los 36 años en 1950 pasó a ser de 74 años en el 2000, se espera que durante los próximos años este incremento continúe hasta alcanzar los 83.6 años para los hombres y de 79 para las mujeres en el 2050. (CONAPO, 2004,p. 20)

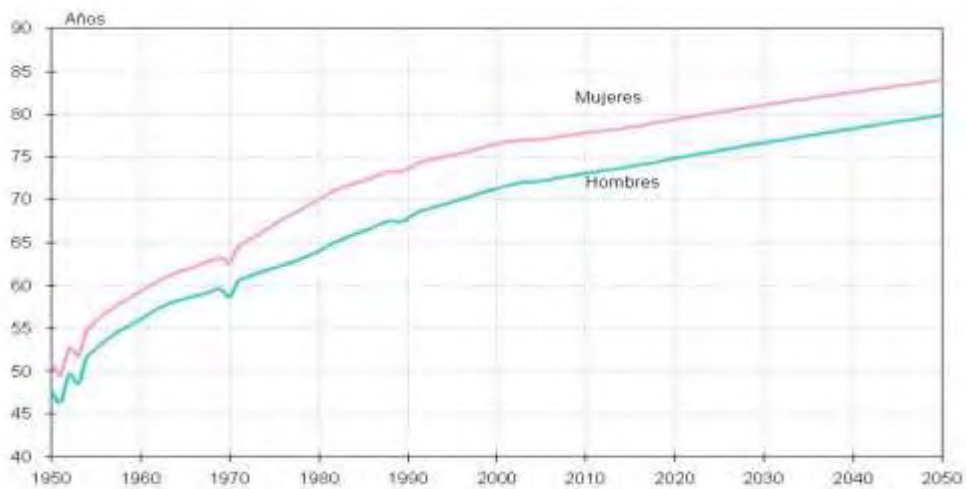


Figura 2. Esperanza de Vida en México. Fuente: Google.

III.- Fecundidad y Mortandad.

Ya se ha mencionado que las mejoras en salud han propiciado reducir el número de muertes en México, pues se han controlado las enfermedades infecciosas y parasitarias, logrando con ello un aumento en la expectativa de vida de las personas; sumado al descenso en la fecundidad (nacimientos), principalmente debido a los proyectos creados de planificación familiar que han sido el principal determinante de la reducción de la población infantil en el país.

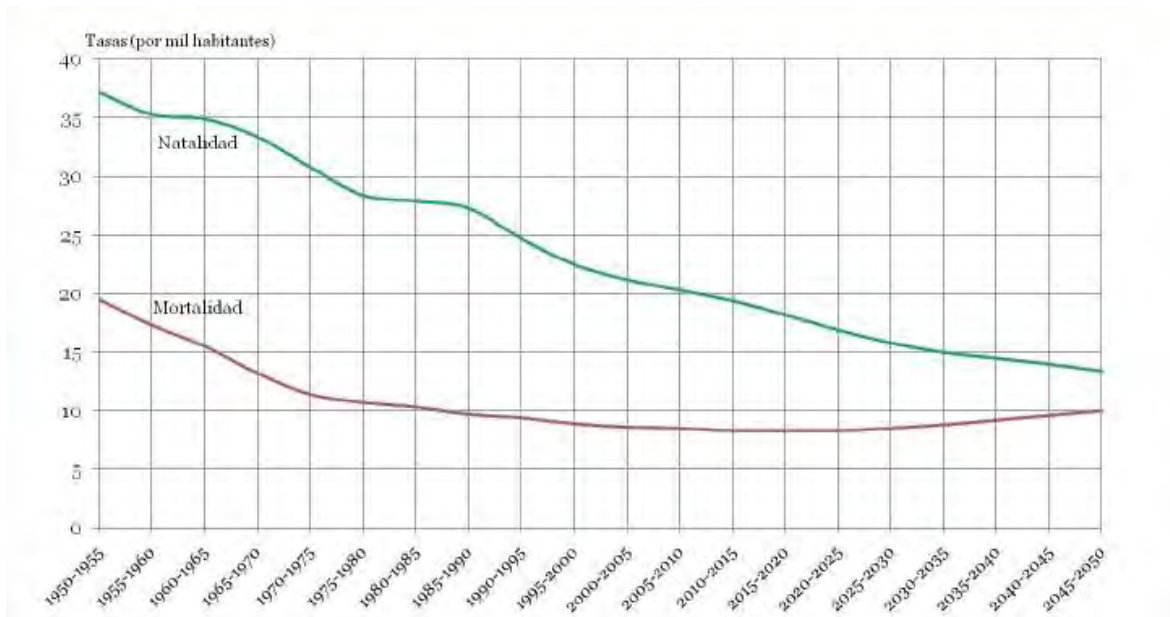


Figura 3. Fecundidad y Mortalidad. Fuente Google.

IV.-Calidad de vida.

La calidad de vida según la OMS es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes" (EcuRed Conocimiento para todos, s.f.) Esta conceptualización es bastante amplia ya que considera aspectos sociales, físicos y psicológicos, pero pueden resumirse de la siguiente manera:

- Poseer salud considerando la ausencia o disminución de enfermedades.
- Mejora en servicios de salud, educación y ambientales que permiten una mejora en la vida del AM.

Considerando estos aspectos, en México la calidad de vida se ha visto en aumento pues ha mejorado el nivel educativo y los servicios médicos que les ha permitido a los AM gozar de salud, entendida como el estado de bienestar, físico, psicológico y social, como argumenta Laforest (1991) "Una buena salud y una buena forma física son factores extremadamente importantes en la calidad de vida" (p.54). Esto posibilita no solo alargar la vida, sino que permite a los AM vivir una vejez que pueda ser considerada de crecimiento y no únicamente de declive (aunque el declive biológico es por demás inevitable).

Es imprescindible que se logre concienciar para mejorar la salud a edades tempranas, para evitar en la medida de lo posible enfermedades que puedan causar la muerte y que pueden prevenirse tempranamente, pero es necesario enfatizar que la buena calidad de vida y esperanza de vida van ligadas a las políticas gubernamentales que se hacen en pro de la población, como mejoras de servicios, políticas de seguridad, financiamiento, pensión, por mencionar algunas.

El reto social es promover una vejez satisfactoria, en la cual se oriente el autocuidado, la salud física, mental y psicológica; con el fin de tener una vejez favorable, plena, activa y con una visión más positiva que permita que el AM sea considerado una persona en continuo crecimiento y aprendizaje.

1.3.1. Vulnerabilidad y Discriminación

He mencionado brevemente el enfoque negativo que tiene la vejez, pues algunas personas perciben al AM como una carga para la familia y para la sociedad, en el primero de los casos por las circunstancias de cuidado que el AM requiere si se tratase de una situación médica que le imposibilite realizar actividades cotidianas de manera independiente y en segundo por las necesidades médicas y de seguridad que debe cubrir el estado; estas dos variantes hacen de éstos personas vulnerables, entendida la vulnerabilidad como “la condición de indefensión en la que se puede encontrar una persona, grupo o comunidad” (CNDH, 1999, p.35) esta situación ha llevado a crear políticas de seguridad social, educación, laboral, entre otras para poder satisfacer las necesidades básicas del AM.

La situación es preocupante cuando estas necesidades no son cubiertas de manera satisfactoria y no se cuentan con las posibilidades para poder obtener el ingreso económico o el beneficio de otra manera, en este sentido la vulnerabilidad surge como resultado de la interacción de factores externos e internos.

“Factores Internos: Estado físico, la edad, el origen étnico, la salud.

“Factores Externos: Falta de acceso a los servicios de salud, la inflación, las reducciones presupuestales, las devaluaciones, el desempleo, las crisis económicas entre otros” (CNDH, 1999, p.38).

Considerando estos factores se han establecido medidas para poder cubrir las necesidades de las personas en estado de vulnerabilidad, tratándose de los AM el estado establece que “las personas de la tercera edad constituyen uno de los grupos más desfavorecidos, por no estar en posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas” (CNDH, 1999, p.42).

Ante esta situación no es suficiente el trabajo que se ha hecho en pro del AM ya que la vulnerabilidad va ligada a la discriminación que es perceptible aún en nuestros días. Se entiende como discriminación cualquier trato desigual que se da a una persona ya sea por su condición física o social, al AM se le trata de manera distinta y se le minimizan sus capacidades para realizar alguna actividad, aun cuando no presente una disfuncionalidad motora o discapacidad.

Es forzoso continuar hacia una educación que se base en promover los derechos de las personas para que se logre eliminar o disminuir las situaciones de desagravio que sufren los AM en México.

1.3.2 Mitos sobre la vejez

Por tratarse de una etapa de cambios notorios han surgido mitos que circulan sobre el envejecimiento, entre ellos tenemos:

- La mayoría de las personas mayores de 60 y + tiene alteraciones en su memoria.
- Con el paso de los años se pierde el interés en las relaciones sexuales.
- La mayoría de los adultos de edad avanzada siempre están enfermos.
- Al menos una 10° parte de la población vive en albergues.
- A medida que envejecen no se desempeñan de manera eficaz en sus áreas laborales.
- Son incapaces de adaptarse al cambio.
- Les es imposible aprender algo nuevo.

- Los adultos mayores son todos iguales.
- Se aíslan.
- Son más propensos a sufrir enfermedades.
- Son impacientes y apáticos.
- Son intolerantes (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012, p. 595)

Estos mitos generan que se vea a la vejez como una etapa de declive, de nulos cambios y de un insuperable deterioro físico, esto imposibilita que se rompan los estigmas y pueda darse un enfoque más positivo a la vejez, además como menciona Triado & Villar (2006) “si los propios mayores asumen estos estereotipos negativos de la vejez como ciertos, su funcionamiento cognitivo, su salud o incluso su deseo de vivir en ciertas situaciones puede verse afectado” (p. 27).

La labor urgente es poder modificar estos estereotipos negativos para poder ampliar nuestra visión y considerar a los AM como personas valiosas, inteligentes, independientes y productivas.

Capítulo 2: Teorías del envejecimiento

El estudio del envejecimiento ha llevado a diversos investigadores a plantear teorías que intentan describir las causas que provocan o aceleran el proceso de envejecimiento. Sin embargo, cada una de ellas hace interpretaciones sobre un campo de acción, es por ello que se han desarrollado teorías de tipo biológico, psicológico y social.

Las Teorías Biológicas centran su estudio en aspectos relacionados con el proceso biológico, considerando el nivel molecular, orgánico y sistémico para poder explicar los cambios que sufre el cuerpo humano.

Las Teorías Sociales describen y analizan el comportamiento del ser humano en sociedad durante esa etapa de la vida, involucra aspectos laborales, familiares e individuales.

Por su parte las Teorías Psicológicas intentan explicar y comprender el desenvolvimiento del AM en su entorno con el paso del tiempo, las implicaciones emocionales en la toma de decisiones, los sentimientos que pueden tener conforme el paso de los años, entre otras situaciones.

El análisis de estas teorías permite analizar y comprender los aspectos biopsicosociales por los cuales atraviesa el AM, esto permitirá tener un conocimiento mayor sobre los cambios ocurridos durante esta etapa.

2.1 Teorías Biológicas

En el aspecto biológico se debe tener en cuenta dos aspectos:

- 1.-Este proceso involucra más de 100 genes.
- 2.-Ocurre a nivel molecular, celular, orgánico y sistémico. (D'Hyver de las Deses, 2014, p.16) Por lo general las teorías biológicas se agrupan en dos:

- ❖ Estocásticas
- ❖ No estocásticas o deterministas.

-Teorías estocásticas: Se fundamentan en la acumulación de agentes nocivos debido a la exposición de factores exógenos adversos (ambientales) y fenómenos aleatorios variables, entre ellas tenemos 9 principales.

a) *Teoría del error catastrófico:* Propuesta en 1963 y reformulada en 1970 por Orgel, en ella se expone que con el tiempo hay errores en la síntesis de proteínas, que originan la producción de proteínas anormales, con esto se producen más errores lo que provoca un error catastrófico en la homeostasis celular.

b) *Teoría del entrecruzamiento:* Propuesta por Bjoksten en 1968 y revisada por Brownlee en 1991, postula que los enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos aumenta con la edad.

c) *Teoría de acumulación de productos de desecho:* Propuesta por Ribbert y Mullan en 1914, y Sheldrake 1974, esta teoría menciona que envejece la célula al existir una ruptura de productos citoplásmicos, mismos que son producto de desecho y se podrían acumular en la célula.

d) *Teoría genético- estocástica:* Incluye tres planteamientos independientes, provocados al azar en el ADN. (D'Hyver de las Deses , 2014, p. 16).

-Teoría de la regulación genética: Es el desequilibrio entre las fases de reproducción y desarrollo de la célula, es durante la reproducción que la célula es menos apta para defenderse de factores adversos.

-*Teoría de la diferenciación terminal*: El envejecimiento se debe a las alteraciones en la expresión genética. Considera importantes los efectos negativos del metabolismo sobre la regulación genética.

-*Teoría de la inestabilidad del genoma*: Pueden producirse modificaciones a nivel de ADN y ARN y proteínas.

e) *Teoría de la mutación somática*: Propuesta por Sziliard en 1959, dijo que el envejecimiento ocurre como resultado de las mutaciones de ADN nuclear de las células somáticas que los cambios ocurren en la transmisión genética al codificarse las proteínas.

f) *Teoría de la restricción calórica*: Se apoya en la privación de nutrientes para el organismo, pues se produce un metabolismo más bajo, reduciendo el número de antioxidantes y aumenta la esperanza de vida. (Pamplona, 2009)

g) *Teoría de los radicales libres*: En 1956 Harman postuló que el envejecimiento es resultado de los efectos perjudiciales fortuitos causados por reacciones de radicales libres, lo cual se relaciona con el ambiente; estos radicales pueden oxidar biomoléculas y conducir a daño celular. No se ha demostrado que esta teoría explique el proceso de envejecimiento, sin embargo está comprobado que el radical libre es uno de los componentes del proceso de envejecimiento.

h) *Teoría Inmunológica*: Propuesta por Walford, en 1969 propone que el genoma nuclear actúa como un reloj molecular, es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida. Está asociado a un deterioro progresivo de la función inmune y se hace menos capaz de combatir las infecciones e identifica incorrectamente las células del propio organismo y las ataca.

i) *Teoría del uso y desgaste*: Propuesta por Pearl en 1924, menciona que el cuerpo envejece debido a su uso y al acumulo de agravios y que las células que no pueden regenerarse se lesionan y mueren.

-Teorías No estocásticas o deterministas

a) *Teoría evolucionista*: Concibe al envejecimiento como un proceso en todas las especies, son tres las teorías que le engloban.

-*Teoría del envejecimiento por adaptación*: Sostiene que el envejecimiento es una adaptación necesaria, programada como desarrollo.

-*Teoría de las mutaciones tardías*: Propone mutaciones que son perjudiciales para el hombre.

-*Teoría del soma desechable*: “Para esta teoría el envejecimiento es un desajuste entre la supervivencia y la adaptación” (Hernando Ibeas, s/f p.3). Sugiere que la selección pone a punto el nivel de inversión de los procesos somáticos, entre reproducción.

b) *Teoría del límite*: Propuesta por Hayflick sostiene al envejecimiento como un proceso programado, explica que las células tienen un límite de veces que pueden dividirse (límite de duplicación) y pueden influir factores como: el estrés, la alimentación, cambios hormonales que afectarán la división celular.

c) *Teoría neuroendocrina*: Postulada por Korenchevsky y Jones en 1947, estos autores mencionan que se dan cambios morfológicos a nivel neuronal, mismos que provocan cambios a nivel endocrino que desencadenan la vejez. Esta teoría centra los errores en el eje hipotálamo-hipofisio-supra-renal y señala que el envejecimiento podría estar relacionado con el declive del sistema endocrino y la disminución de hormonas tiroideas, suprarrenales, gónadas masculinas y femeninas y la hormona del crecimiento.

Si bien estas teorías intentan explicar el cómo y por qué envejecemos desde un enfoque biológico, no se puede asegurar que sean la causa general del envejecimiento, pues ya se ha comentado que este es un proceso individual y multifactorial. Sin embargo, resulta importante que se puedan identificar los factores que aceleran el proceso de envejecimiento, para poder reincidir de manera positiva y así contrarrestar a temprana edad los componentes que ayudan a proliferar el descenso del organismo.

Esta revisión deja claro que existen factores de envejecimiento por causa genética, y en esos casos es poco probable que se pueda (hasta el momento) incidir de manera positiva para evitar envejecer aceleradamente, sin embargo en aquellos casos en los cuales el ambiente juega un papel importante, es posible que se puedan efectuar medidas preventivas o favorables, por ello conocer estas teorías permite poder evitar o disminuir los factores que desencadenan un envejecimiento prematuro o lo agravan.

2.2 Teorías Sociales

Se han desarrollado diversas teorías sociales que analizan o describen el rol que desempeña el AM en sociedad y que varía según la persona y contexto social, con el fin de explicar la influencia de los factores culturales y sociales que tienen sobre él.

Estas perspectivas coinciden en que a medida que las personas envejecen se modifican sus conductas, sus interacciones y las actividades que habían desarrollado a lo largo de su vida, en algunos casos la actividad se verá aumentada y en otros llegará a existir aislamiento social, sin embargo debe quedar claro que el fin debe ser promover un envejecimiento saludable.

Las tres principales teorías sociales que han sido estudiadas a detalle son: a) *la teoría de la desvinculación*, b) *de la actividad*, c) *de la continuidad*, sin embargo se anexarán en este capítulo d) *la teoría del medio social*, e) *grupo minoritario* y f) *de la subcultura*.

- a) *Teoría de la Desvinculación*: Cummings y Henry 1961, proponen que las personas se aíslan del medio social a medida que envejecen pues dejan de interactuar en la sociedad. Algunos autores señalan que se inicia el proceso de retraimiento por sí mismo, otros consideran que es la sociedad quien provoca este aislamiento de la vida activa, ya que algunas tareas son asignadas a grupos más jóvenes. De acuerdo con esta teoría, las personas que se resisten a esta desvinculación se considerarían personas que no han envejecido con éxito, por el contrario si se ha retirado exitosamente se habrá adaptado. Sin embargo no hay estudios que demuestren que esta desvinculación haga más satisfactorios los últimos años, por el contrario son los individuos más activos los que presentan una vejez satisfactoria.
- b) *Teoría de la Actividad*: Descrita por Tarteij, sostiene que entre más activos estén los AM ellos tendrán mayor gozo y satisfacción, esto será posible al descubrir nuevos papeles o tareas y se conserven las que se poseen. Esta teoría señala además que la sociedad juega un papel determinante para las actividades que desempeñará el AM pues en aquellos que se jubilan toma una gran importancia las actividades que deberán realizar.
- c) *Teoría de la Continuidad*: Propuesta por Atchley en 1971, habla sobre la adaptación y estilo de vida que se hallan debidamente determinados en el ser humano, esta teoría marca la importancia de prolongar los hábitos, estilos y gustos, muestra a la personalidad y conducta como una variante social inquebrantable, que no se modificarán pues es producto de una adquisición anterior, por tanto la persona es más estable y menos voluble en cuanto a su personalidad, considerándose esto como algo beneficioso, pero a la vez difícil para aceptar cambios, como describe Mishara & Riedel (2000) “en el curso de los últimos años de la vida ejercen, desde luego, unas presiones y provocan la adopción de ciertas conductas, pero éstas siguen la dirección ya tomada antes de la vida” (p. 68)

- d) *Teoría del Medio social*: Esta teoría expuesta por Gubrium 1973, sostiene que existen factores provenientes del medio social y biológico que provocan la disminución y actividad en los adultos mayores, estos tres factores son: la salud, la situación económica y los apoyos sociales (familia, esposo).
- e) *Teoría del Grupo minoritario*: Destaca que los adultos mayores se ven forzados a ser parte de una minoría y las características de los grupos minoritarios se aplican a los adultos tales como: pobreza, segregación e impotencia.
- f) *Teoría de la Subcultura*: Propuesta por Rose en 1965, establece que el aislamiento de los adultos mayores en la sociedad provoca que formen un grupo social aparte, mismo que les permite sentirse iguales, les ayuda a mantener su identidad, a poseer buena autoestima ya que si realizarán comparaciones sería con sus iguales, como menciona Mishara & Riedel (2000) “su adhesión al grupo les permite seguir siendo jóvenes” (p. 69).

El conocimiento de estos planteamientos teóricos ayuda a que se pueda tomar una postura a favor de un envejecimiento saludable, para ello se retomará cómo eje central de este trabajo la teoría de la actividad, que promueve un envejecimiento satisfactorio, pues a medida que las condiciones físicas lo permitan entre mayor actividad física y social tenga el AM éste tendrá sentimientos de adaptación, de plenitud, de convivencia, de amistad, de bienestar, contrario a sufrir depresión o aislamiento que es lo que se pretende evitar en el medio social y así lograr conjuntamente una mejora en su calidad de vida.

2.3 Teorías Psicológicas

El estudio de la psicología ha permitido establecer teorías sobre el desarrollo y las funciones psicológicas en el ser humano, pero tratándose del envejecimiento hay teorías de diversos autores que nos permitirán analizar y comprender los cambios que sufre el individuo a nivel psicológico.

Estas teorías son: la de Erikson, Peck, Jung, Shaie, Levinson; se consideraron éstas por la relevancia de sus postulados, cabe mencionar que no son las únicas teorías que analizan el proceso de envejecimiento.

a) Teoría de Erikson.

La teoría de la personalidad de Erikson describe el desarrollo como una búsqueda de identidad a través de ocho estadios, que son aplicables a etapas posteriores a la adolescencia, cada etapa debe solucionarse de manera efectiva para poder acceder a las etapas siguientes. Su teoría se centra en el yo y la importancia del contexto social, para él el desarrollo está determinado por los estadios que irán determinando nuestros éxitos o fracasos, “si el individuo supera con éxito esas crisis, agrega una nueva cualidad a su yo que le fortalece y le pone en posición de afrontar nuevas crisis” (Triadó & Villar, 2006, p. 39) sin embargo si la crisis no es resuelta provocará frustración y otros sentimientos que impedirán un “crecimiento” o maduración en el individuo.

*Etapas epigenéticas de Erikson.

Estadio	Crisis
I (Oral -Sensorial)	Confianza vs Desconfianza
II (Anal –Muscular)	Autonomía vs Vergüenza
III (Locomotor- Genital)	Iniciativa vs Culpabilidad
IV (Latencia)	Industria vs Inferioridad
V (Pubertad- Adolescencia)	Identidad vs Confusión
VI (Adulto joven)	Intimidad vs Aislamiento
VII (Adulto)	Generación vs Estancamiento
VIII (Madurez)	Integridad del yo vs Desesperación

Tabla 4. Etapas Epigenéticas de Erikson. Fuente: Coronas y Cucala 1996, Adaptada por Belem Campech

El estadio VIII está asociado a la vejez, **integridad del yo vs desesperación**, en este estadio se analizan las metas, objetivos fijados, alcanzados y no logrados, Erikson menciona que se debe lograr la integridad del yo aceptando lo que se ha hecho durante la vida, pues el logro de esta integridad promueve la sabiduría que es “ poder aceptar la vida que uno ha vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido o lo que uno debería haber hecho de manera diferente” (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012, p. 270) y en algunos casos cuando no se han cumplido las metas o anhelos se generan sentimientos de tristeza que conlleva a periodos de crisis, arrepentimientos, remordimientos o desesperanza.

b) Teoría de Peck

Una de las teorías que estudia el desarrollo del AM es la de Peck, él establece cuatro etapas para la edad adulta y tres para la vejez, (Izquierdo, 2005) enfocándome únicamente a la vejez a continuación describo las tres tareas principales de esta etapa:

1) *Autodefinición frente a preocupación por el trabajo*: Uno de los cambios que sufre el adulto mayor es la jubilación, por eso cuando ésta llega se debe hacer una valoración y ajuste sobre las actividades independientes a su anterior vida laboral.

2) *Transcendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo físico*. Señala la disminución de las habilidades y capacidades físicas, considerando además el previsible riesgo de enfermar a esta edad, ello genera una segunda adaptación, es decir que: el adulto mayor considere necesario el estado de salud que posee su cuerpo, sin que esto le genere desesperanza para el desarrollo de tareas, ello le conducirá a centrar las metas vitales en su vida.

3) *Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego*. Implica el temor a la propia muerte, este miedo es superado una vez que la persona haya desarrollado un verdadero significado de su vida con sus aportaciones personales a cualquier nivel: hijos, familia, sociedad y del legado o cultural para las futuras generaciones.

A medida que envejece el adulto mayor debe resolver las tres crisis para lograr un envejecimiento de forma saludable y extender así su identidad, más allá del trabajo, bienestar físico y existencia propia.

c) Teoría de Jung

Este autor basó su teoría en el aspecto de la personalidad desde un enfoque psicoanalítico, consideró al adulto como un ser de cambios y procesos que está en continuo crecimiento, mismo que permite guiar a las personas para alcanzar sus metas a futuro. La importancia de su teoría radica en alcanzar el máximo potencial para que se desarrolle la personalidad y se logre un yo equilibrado.

Jung distingue 4 etapas de desarrollo.

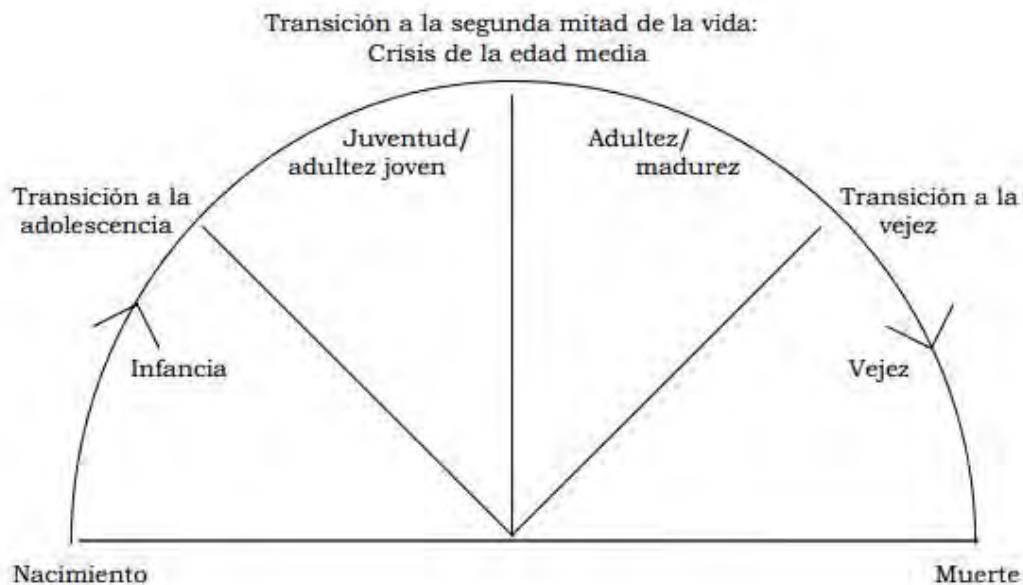


Figura 4. Etapas del desarrollo. Fuente: Sassenfeld, s.f.

Según este autor en el caso de los AM corresponde a la etapa de vejez, en la cual una vez terminadas las responsabilidades con la familia (cuidado de los hijos) y el trabajo (jubilación) se sienten con más libertad de cultivar sus propias emociones, sensaciones, preocupaciones y explorar su mundo interior; este cambio permite que las personas desarrollen la introversión. Jung considera que “la personalidad no se puede desarrollar nunca sin que se elija conscientemente y con consciente decisión moral el camino propio” (Sassenfeld, Jorquera, s.f, p. 27)

d) Teoría de Levinson

Este autor propuso una teoría del desarrollo adulto formulada en etapas, que llamó estaciones, Levinson postuló que el centro de todo desarrollo de la vida se halla en la *estructura de la vida*, dicha estructura se compone principalmente por el entorno social, donde se incluyen aspectos como: el trabajo, el matrimonio, las relaciones familiares, las amistades, la religión y actividades relacionadas al ocio, estos aspectos son parte fundamental para la formación de la personalidad. Considera a la estructura de la vida como un fenómeno evolutivo, compuesta de elecciones y decisiones, por tanto es cambiante; eso significa que sus componentes pueden estar replanteándose continuamente.

Levinson describe una secuencia ordenada que alterna fases estables y de transición, que denominó *eras*, en la cual los seres humanos persiguen con ímpetu sus metas. La fase estable es el momento crucial en la cual el adulto toma decisiones importantes en su vida; la fase de transición es el final de una etapa y el comienzo de una nueva; estas transiciones le sirven de puente para generar cambios, es importante mencionar que estas transiciones pueden generar ansiedad, confusión e inestabilidad en las personas.

Estas etapas o eras se dividen de la siguiente manera.

- Pre adultez (antes de los 20 años)
- La adultez temprana (17-45 años),
- La adultez intermedia (40-60 años) y
- La adultez tardía (de los 60 años hasta 80 años)
- La ancianidad (a partir de los 80 años)

De acuerdo con esta división en el desarrollo, las etapas a las cuales nos enfocaremos serán las dos últimas:

La adultez tardía: Tiene lugar de los 60 – 80 años, en esta etapa se reducen las responsabilidades y se fortalece la relación entre el AM y la sociedad; además se reflexiona sobre los éxitos o fracasos, se realiza una revisión de la vida y se considera el disfrute de los años que quedan por vivir.

La ancianidad: Más de 80 años, en esta etapa se obtiene una perspectiva de satisfacción de la vida y una aceptación de la muerte.

e) Perspectiva del ciclo vital.

Este enfoque surge en la década de los 70, en Europa (Baltes) y en Estados Unidos (Schaie) principalmente, estos autores plantean una nueva manera de estudiar el envejecimiento desde la Psicología evolutiva. Si bien, la Psicología evolutiva ha estudiado el desarrollo del hombre a lo largo de la vida, se centra en las primeras etapas de la vida y considera en mayor medida el desarrollo como crecimiento, por tanto las últimas etapas se conciben como declive y pérdida. (Satorres Pons, 2013, p. 36)

Esta perspectiva propone un concepto de desarrollo más complejo, en el cual considera cambios a lo largo de toda la vida de manera multidireccional y multidimensional, pues reconoce la influencia que tienen sobre los individuos las experiencias que se viven a edades tempranas, la cultura, el género y considera los procesos ambientales, sociales, biológicos, económicos que determinan la salud y el bienestar en el AM. Para Baltes citado en Triadó & Villar (2006) Los principios básicos de este enfoque son:

“-El crecimiento, que supondría la visión tradicional del desarrollo como ganancia y consecución (...) cada vez más eficientes y complejos.

-El mantenimiento, entendido bien como los intentos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual (...) o como el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida.

-La regulación de la pérdida, entendida como la reorganización del funcionamiento a niveles inferiores (...) que hace imposible el mantenimiento de niveles anteriores.” (p. 42)

El enfoque del ciclo vital considera al ser humano con sus cambios a lo largo de toda la vida.

Estas teorías psicológicas conciben al individuo como un ser de cambios y transformaciones, mismas que pueden conducirle hacia un crecimiento psicológico y emocional en la medida que pueda aceptar sus pérdidas y replantearse nuevos objetivos o metas en el transcurso de la vida.

Capítulo 3: Características generales del envejecimiento

Debido al carácter multidimensional del envejecimiento los cambios que se presentan están marcados por cambios biológicos, psicológicos y sociales, todos estos elementos establecerán el bienestar del individuo según su adaptación y aceptación a los cambios. Por esta razón se hace una descripción sobre los cambios que sufre el AM desde estos tres enfoques, aunque se presentan de manera aislada, es preciso aclarar que están relacionados entre sí.

3.1 Aspecto Biológico

La vejez desde un punto de vista biológico, establece cambios que sufre el organismo, desde esta perspectiva se asocia a la edad, por ello envejecer biológicamente tiene que ver con un avance cronológico; es importante estudiar a la vejez desde una perspectiva multidisciplinaria que permita en conjunto unir cada pieza de esta maravillosa etapa de la vida.

Los cambios que sufre el organismo del AM, son extensos y graduales pues éstos están relacionados a nivel físico (su apariencia), sistémico, sensorial y cognitivo, todos los cambios se relacionan con un declive en el funcionamiento del cuerpo.²

Para Carmen Triadó & Villar (2006) el proceso biológico es:

“*Universal, ya que se presenta en todas las especies.

*Progresivo, se da de forma continua y sus efectos son acumulativos.

*Intrínseco al organismo e irreversible.

*Degenerativo, implica pérdidas” (p.66).

Estos aspectos engloban el hecho de que a pesar de las “soluciones” que la sociedad moderna ofrece para preservar la juventud, es ineludible el deceso del organismo y resulta sorprendente los increíbles productos que se proponen actualmente para prolongar la vida unos años más, sin embargo se debe enseñar a aceptar los cambios de la vejez de una manera natural, pues debe aceptarse el gran

² Es importante aclarar que desde el enfoque biológico el proceso de envejecimiento es considerado con pérdidas y de declive, que conlleva a la muerte del organismo y sus funciones.

cambio que esta etapa involucra. Esta aceptación incluye los cambios físicos y las cuestiones psicológicas que enfrenta una persona que está envejeciendo, ya que puede existir rechazo, tristeza, depresión o alguna alteración emocional que afecte sus actividades y su desenvolvimiento.

3.1.1 Cambios Físicos.

La mayoría de los seres humanos asume que se es viejo al cambiar el color de cabello, el aspecto de la piel y su encorvamiento (en algunos casos), por ello se toman estos tres aspectos dentro de los cambios físicos o de apariencia.

Cabello: Desde la biología el cambio en el color de cabello en las personas se debe a la pérdida de pigmento, que se origina por la pérdida de células que se localizan en la base del folículo. Este cambio se da de manera gradual y es progresivo hasta que se posee pelo “canoso”, no solo se modifica el color sino también su textura, pues el cabello se debilita y se va haciendo más delgado, provocando con ello pérdida sustancial de cabello (principalmente en los hombres). Aunque es importante señalar que la canosidad en las personas tiene relación también con factores genéticos, por eso hay personas jóvenes con canas precoces o inclusive personas adultas mayores con pocas canas.

La piel es otro signo que evidencia la edad, pues por ser el órgano de mayor tamaño en el cuerpo, protege otros órganos y mantiene el calor corporal.

Piel: Las arrugas se deben principalmente a los cambios a nivel celular del cuerpo humano, ya que durante la vejez la producción de éstas células disminuye, logrando con ello flacidez en la piel y una apariencia áspera, aunado a la pérdida de colágeno y elastina, además se observa una disminución en las glándulas sudoríparas presentes en la dermis (capa intermedia de la piel) que provocan alteraciones en los vasos sanguíneos en los adultos, haciéndolos vulnerables al frío.

Otro de los cambios observables es la estatura, la edad en que una persona alcanza su máxima estatura es a los 20 años y la conserva alrededor de los 55 años (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012, p. 527), a partir de esa edad los cambios son lentos, las mujeres experimentan una disminución mayor en comparación con los hombres debido a que son más propensas a sufrir osteoporosis.

Estatura: La disminución de la estatura está dada por las modificaciones que sufre nuestra columna vertebral, ya que los huesos que están pegados a nuestra piel se hacen menos densos, la pérdida de estatura no es repentina, sino que es un proceso paulatino.

3.1.2 Cambios Sensoriales.

Los sentidos ayudan al ser humano a conocer el mundo, a interpretarlo y sobre él actuar y desarrollarse “los sentidos son los medios de contacto del cerebro con el ambiente que le rodea (...) cualquier debilitamiento en ellos afecta de manera directa las labores de la mente” (Stuart Hamilton , 2002, p. 26) por ello los cambios que se presentan en la vejez repercuten en sus capacidades o habilidades y por obvias razones su desempeño en la realización de actividades diarias. Los sentidos que más afectación tienen son: la vista y el oído, pero abordaremos los 5 sentidos y los distintas afectaciones que sufren con el paso de los años.

Audición: La pérdida de la audición es frecuente en personas mayores, la alteración más evidente es la **presbiacusia** (disminución en la sensibilidad de los sonidos de alta frecuencia), que se debe a la pérdida de audición sensorio neural a causa de enfermedades, afectaciones directas al oído y la edad. Otra alteración auditiva se relaciona con localizar sonidos de fondo, pues es difícil identificar sonidos en lugares ruidosos, además los llamados acúfenos (zumbidos). Dentro de las causas se hallan la excesiva cera en los oídos, la artritis en los huesecillos del oído medio, los cambios degenerativos de la cóclea o perturbaciones en el oído interno.

Gusto: Este sentido está relacionado con el olfato, por ello resulta difícil hacer una separación exacta sobre las alteraciones que sufre una persona mayor en su gusto, a grandes rasgos las alteraciones están relacionadas con la disminución y la sensibilidad a los sabores amargos en comparación con los salados, aunque esta sensibilidad está marcada por el envejecimiento; otros autores asumen que la percepción del sabor no está afectada de manera directa, ya que las papilas gustativas se reemplazan continuamente durante la vida. (Hansen, 2003, p. 375).

Olfato: Sufre mínimas alteraciones y es más probable que esto ocurra en varones que en mujeres, se muestra que la afectación directa en este sentido provoca que los alimentos parezcan insípidos, pero no tiene mayor impacto en cuestión médica.

Tacto: Los estudios hasta el momento realizados mencionan que existe una mínima alteración enfocada principalmente a la pérdida gradual en la percepción del dolor y la temperatura.

Vista: Los cambios en el sentido de la vista comienzan a ser notorios durante la vejez, Triadó & Villar (2006) manifiestan que existen 4 principales problemas de visión:

- 1) Agudeza visual: Se entiende como agudeza la capacidad para ver objetos claramente a distancia, los AM tienen mayor problema para distinguir detalles. A nivel biológico este cambio está dado por la forma del cristalino que cambia y se deteriora su elasticidad, lo que provoca dificultad para enfocar imágenes en la retina.
- 2) Presbiopía: Conocida como “vista cansada” es la incapacidad para ver de cerca, se soluciona principalmente con el uso de lentes.
- 3) Deslumbramiento: Es producido por la luz directa, y tiene un efecto cegador.
- 4) Reducción del campo visual: Se limita la capacidad para ver por el extremo del ojo, debido a que no pueden elevar el globo ocular. (p.72)

Estos cambios en la visión son producidos por el proceso gradual de envejecimiento, pero no son necesariamente incapacitantes, en algunos casos se llegan a presentar enfermedades, las más frecuentes son: **el glaucoma** (un exceso de fluido que se acumula en el globo, y la presión destruye los nervios y las células receptoras), **las cataratas** (el cristalino se vuelve opaco y bloquea la entrada de luz), **la retinopatía diabética** (daño en los vasos sanguíneos de la retina a consecuencia de la diabetes) **y la degeneración macular** (deterioro lento del centro de la retina, llamado mácula, comúnmente es la visión borrosa).

3.1.3 Cambios Sistémicos.

La vejez desde el enfoque biológico incluye a los aparatos y sistemas del cuerpo humano, los cambios durante la vejez se dan a nivel molecular, genético y celular; unos son notorios, incapacitantes y otros resultan imperceptibles por tratarse de cuestiones orgánicas, estos cambios asociados al envejecimiento son múltiples, en este apartado se describe únicamente aquellos sistemas cuyos cambios asociados al envejecimiento son de alta relevancia, en tanto la elevada prevalencia de sus alteraciones o presencia de enfermedades, además por las consecuencias funcionales que ellas generan, pues en algunos casos son limitantes o incapacitantes e inclusive pueden provocar la muerte.

❖ Sistema Cardiovascular

El sistema cardiovascular está compuesto por el corazón, las arterias, las venas y los capilares, su principal función es llevar la sangre a todas las células del cuerpo, dentro de las alteraciones en la vejez se encuentran:

- El corazón aumenta de tamaño debido a la grasa.
- La frecuencia cardíaca declina.
- Existe un aumento en la rigidez en las paredes arteriales.
- Disminución de la elasticidad de las fibras colágenas.
- Alteraciones del colágeno que provocan endurecimiento de las fibras musculares.
- Pérdida de capacidad de contracción.

❖ Sistema Respiratorio

La función de este sistema es proporcionar al organismo oxígeno, necesario para el buen funcionamiento de las células y expulsar el dióxido de carbono. Entre las principales alteraciones que sufre son:

- Dificultad respiratoria.
- Disminución de los músculos respiratorios.
- Aumenta la rigidez de la tráquea y los bronquios.
- Disminuye el flujo de aire hacia los pulmones en un 20% o 30 %

❖ Sistema Esquelético – Muscular

Este sistema comprende los huesos, músculos y articulaciones que posibilitan el movimiento y protegen órganos internos.

a) Huesos:

- Pérdida de masa ósea.
- Se vuelven más quebradizos y frágiles debido al proceso de desmineralización y es más probable que sufran fracturas.
- La principal afectación por la alteración en ellos es la osteoporosis.

b) Músculos:

- Disminuye la fuerza muscular.
- Pérdida de masa muscular.
- Atrofia de las fibras musculares.

c) Articulaciones:

- Se reduce su flexibilidad.
- Mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, tendones y ligamentos.
- Desgaste de la almohadilla que las protege generando osteoartritis.
- Aparecen bultos óseos a causa de la destrucción del cartílago que afecta el movimiento.

❖ Sistema Nervioso

Desde un punto de vista estructural o anatómico, el Sistema Nervioso se divide en dos; el *Sistema Nervioso Central* (SNC) y el *Sistema Nervioso Periférico* (SNP). El SNC está formado por el cerebro y la médula espinal, mientras que el SNP comprende los nervios, ganglios y receptores especializados.

La función del sistema nervioso consiste en recibir los estímulos que le llegan tanto del medio externo como interno del organismo, organizar esa información y hacer que se produzca la respuesta adecuada. Las alteraciones más importantes ligadas al envejecimiento son:

- El cerebro y médula espinal pierden peso.
- Las células del SNC presentan cambios, tales como: oxidación, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos.
- Las neuronas comienzan a trabajar más lentamente.
- Disminución mitocondrial de radicales libres
- Disminución en neurotransmisores (dopamina, serotonina).
- Disminución del número de sinapsis.
- Aumento de lipofucsina (líquido graso que se forma como resultado de la oxidación de proteínas)
- Reducción en la perfusión cerebral (flujo sanguíneo, oxígeno y glucosa).

❖ Sistema Excretor o Urinario

Su principal función es filtrar los productos residuales de la sangre, fabricar, almacenar y eliminar la orina. Los principales cambios que sufre este sistema son:

- Disminuye la producción de orina.
- Pérdida e hipertrofia de nefronas. (Unidad funcional del riñón)
- Infecciones en el tracto urinario.
- El riñón tiene menos capacidad para eliminar los productos de desecho.
- Disminución en la capacidad de concentrar la orina en los tubos renales lo que ocasiona incontinencia.
- Cambios en la vejiga y riñones.
- Disminución del peso del riñón.

❖ Sistema Digestivo o Gastrointestinal

La función principal de este sistema es extraer de los alimentos los nutrientes que necesitamos para la realización de diversas actividades, los órganos que lo componen son: la boca, faringe, esófago, intestino delgado, intestino grueso; algunos especialistas engloban a las glándulas salivales, los dientes, hígado, vesícula biliar y el páncreas. Las alteraciones que se presentan en este sistema son:

- Pérdida de piezas dentales que ocasionan alteración en el proceso digestivo.
- Disminución de los procesos esofágicos (contracción y relajación).
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas.
- Alteración en la mucosa gastrointestinal que ocasiona menos absorción de nutrientes.
- El intestino tiene menor masa y movimiento muscular, lo que conlleva a padecer estreñimiento.
- El sistema produce menor cantidad de jugos gástricos.
- Disminución en la producción de saliva.
- Es menor la función hepática del hígado y disminuye su tamaño.

Todas estas alteraciones y cambios a nivel fisiológico son muestra del envejecimiento de los órganos del cuerpo y sus funciones, su conocimiento permite ubicar las diferencias fisiopatológicas que existen entre los adultos mayores y el resto de la población, además permite poder diferenciar un envejecimiento normal a uno patológico. Aunque puede resultar difícil diferenciar entre uno y otro (Caballero García s/f) lo define como, “la incidencia de procesos (...) que alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico”

También es importante mencionar que estos cambios en los sistemas pueden tener repercusiones psicosociales, ya que se pueden generar sentimientos de inseguridad para movilizarse, disminución de la autoestima, aislamiento, las enfermedades generarán debilitamiento, afectando las relaciones sociales y familiares. Por esta razón es sumamente importante adoptar medidas de prevención

que ayuden a minimizar las probabilidades de enfermedad y conservar la funcionalidad de nuestros sistemas.

3.1.4 Cambios Cognitivos

Al hablar de cognición me refiero al conjunto de procesos mentales que permiten elaborar la información que recibimos del entorno, procesarla y utilizarla para dar respuesta a las necesidades del hombre. Los cambios que sufre el adulto mayor a nivel cognitivo se caracterizan por ser lentos y paulatinos, aunado que afectan diversas áreas cerebrales y en distintos grados.

Los procesos a los cuales me enfocaré en este apartado serán: *inteligencia, lenguaje, atención, las funciones visoespaciales, visoperceptivas, y visoconstructivas y funciones frontales*; resumiendo en las alteraciones que se sufre en la vejez, en el aspecto de memoria se abordará con detalle en el capítulo 4.

❖ Inteligencia

¿Qué variaciones tiene nuestra inteligencia conforme avanzan los años? Definitivamente la respuesta es compleja pues algunos autores sostienen que la inteligencia va en declive “la inteligencia entra en un proceso de deterioro irreversible en los años adultos porque el cerebro cada vez es menos eficiente (...)” (Schaie & Serry, 2003, p. 378) Otros autores señalan que es variable, depende de las habilidades que se estén midiendo y cómo se estén realizando “algunas habilidades, como la velocidad de los procesos mentales y el razonamiento abstracto declinan en la vejez, pero algunos aspectos del pensamiento práctico e integrador tienden a mejorar” (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012, p. 699)

La mayoría de los que estudian la psicología evolutiva analizan el deterioro de la inteligencia con un enfoque psicométrico, permitiendo con ello un análisis e interpretación de los datos obtenidos, tales pruebas son las que se conocen como pruebas de inteligencia, los investigadores a menudo utilizan la “Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler” WAIS.

Sin embargo es importante señalar que la interpretación de los datos que puede tener un AM en la prueba WAIS está determinada por dos factores: físicos y emocionales, por ejemplo; que al momento de resolver la prueba se tenga ansiedad, su elevada presión sanguínea(afecta el flujo sanguíneo al cerebro e interfiere con el desempeño cognoscitivo), los límites de prueba (tiempo), los problemas de visión, estas situaciones ocasionan que se tengan dificultades para resolver pruebas de inteligencia y los resultados pueden ser diversos.

Stuart Hamilton habla de dos destrezas especializadas que están ligadas a la inteligencia. *La inteligencia cristalizada y la inteligencia fluida*, la primera mide la cantidad de conocimiento que una persona ha obtenido a lo largo de su vida, puede ser memorístico; la segunda se basa en la capacidad para resolver problemas nuevos.

Triadó & Villar las define de la siguiente manera: “La inteligencia cristalizada representaría el fondo de conocimientos adquiridos por una persona, resultado de la influencia de factores educativos y relacionados con la experiencia. La inteligencia fluida es la capacidad de la persona para adaptarse y rendir en tareas nuevas y abstractas que no impliquen contenido semántico cultural (...)” (2006, p. 142)

Ante tal diferenciación la prueba WAIS muestra que durante el envejecimiento la inteligencia cristalizada se mantiene intacta, mientras que se produce un deterioro en la inteligencia fluida. Buendía (1994).

Los resultados en las investigaciones a lo largo de los años muestran que durante la vejez disminuyen la velocidad de los procesos mentales y el razonamiento abstracto, pero mejora el pensamiento además las habilidades usadas para aprender nuevas destrezas tienden a declinar en la vejez, pero el razonamiento, capacidades espaciales y memoria no declinan con tanta rapidez. (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012)

Es importante mencionar que las habilidades en la ejecución de funciones cognitivas están marcadas por factores genéticos, la condición física y neurológica, el ambiente y actividades que normalmente estimulan la capacidad intelectual. Esto conlleva a encontrar personas que no presenten alteraciones en su inteligencia durante la vejez y otras que sufran alteraciones en diversos grados.

❖ Lenguaje.

El lenguaje en la vejez se caracteriza por sufrir dificultad y deterioro en menor grado a no ser que se presente una enfermedad patológica (demencias, afasias) que afectan directamente el lenguaje. En esta etapa se mantiene el conocimiento que se ha adquirido sobre el lenguaje, pero al mismo tiempo aparecen dificultades en el léxico, de procesamiento sintáctico y de organización de discurso que pueden provocar una pérdida en la eficacia del procesamiento.

Para poder comprender las alteraciones en el lenguaje consideraremos el desglose que hace de los aspectos lingüísticos Buendía (1994)

- a) Fonología: Es la capacidad para utilizar y combinar los diferentes sonidos del lenguaje, en esta etapa los aspectos fonológicos se hallan bien preservados.
- b) Léxico: Corresponde al nombre convencional que adquiere un objeto, uno de los problemas léxicos más frecuentes es el fenómeno “punta de lengua” que consiste en la demora o imposibilidad de decir la palabra adecuada, pero se tiene la certeza absoluta de conocer la palabra.
- c) Semántica: Se refiere al significado o contenido de palabras, frases y discurso, la mayor dificultad en la vejez se da al evocar un nombre y existe reducción de la fluidez.
- d) Sintaxis: Capacidad de combinar palabras para que adquieran sentido, la edad tiene muy poco efecto sobre los aspectos sintácticos del lenguaje. (p. 184)

Por su parte Triadó & Villar (2006) mencionan que en cuestiones sintácticas los AM “tienen dificultades con la comprensión, repetición, producción y uso espontáneo de oraciones complejas tanto en el lenguaje oral y escrito” (p.174)

Sin embargo, es importante destacar que en la mayoría de los casos no se sufre mayor alteración en el lenguaje, algunos inclusive logran aumentarlo, pues se amplía el vocabulario con los años así como la expresión verbal y si en algún caso se presentara alguna alteración lingüística tendría que ver con la interacción con otras funciones como la atención, la memoria o velocidad.

❖ Atención.

La atención se puede resumir como la capacidad para atender, lo que observamos, escuchamos, decimos y evitar con ello la distracción, es un proceso mental complejo cuya función es seleccionar del entorno las cosas que resultan relevantes.

Para entender en qué manera afecta el envejecimiento a la atención se distingue entre los procesos de tipo automático y de los procesos que requieren atención, los primeros son inconscientes, intencionales; mientras que los segundos son controlados y requieren esfuerzo, desde este enfoque el envejecimiento afecta más a los procesos que involucran la atención voluntaria.

Por su parte Triadó & Villar (2006) explican que la atención ligada a la memoria hace posible diferentes funciones, *la atención dividida, la alternancia atencional, la atención selectiva y la atención sostenida.*

- a) Atención dividida: Es aquella en la que se controla la ejecución simultánea de dos o más tareas, se observa que en los adultos mayores el rendimiento es menor.
- b) Alternancia atencional: Proceso de ir alternando dos o más fuentes de información, según las investigaciones no hay mayor disminución a no ser que se presente un estímulo auditivo.

- c) Atención selectiva: Consiste en ignorar del medio exterior aquella información que no es relevante para realizar una tarea, en los adultos mayores existe una disminución.
 - d) Atención sostenida: Mantener la atención durante periodos largos de tiempo, se observa que no existe una diferencia mayor entre jóvenes y adultos pues ambos tienen dificultad para mantener este tipo de atención. (p. 120)
- ❖ Funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas.

Román & Sánchez, (1998) describen las alteraciones en estas funciones:

- Funciones visoespaciales: Se refieren a la capacidad para relacionar la posición, dirección o movimientos de objetos en el espacio, en la vejez estas funciones se ven alteradas, los resultados muestran que los adultos mayores tienen dificultad para identificar orientación de líneas y rotación de figuras geométricas, orientación espacial izquierda-derecha.
- Funciones visoperceptivas: Implica distinguir estímulos simbólicos o identificar una figura a la que le falta alguna parte, se observa un rendimiento menor que en los jóvenes.
- Funciones visoconstructivas: Integran las funciones visoespaciales y visoperceptivas con movimiento, se tiene un declive en la vejez tanto para ejecutar tareas que impliquen dibujos de figuras así como determinar la posición de figuras en el espacio.

De manera general estas funciones tienen un declive en el envejecimiento ya que están relacionadas al deterioro del hemisferio derecho, aunado a la dificultad en funciones visoespaciales y visoperceptivas asociadas a la disminución de velocidad.
(p.37)

❖ Funciones Frontales

Al hacer mención de estas funciones nos referimos a la capacidad del hombre de planificar, crear nuevos conceptos, razonar lógicamente, desarrollar un pensamiento abstracto, solucionar problemas, que han de ser desarrolladas en tiempo y forma adecuada, estas funciones están relacionadas con el lóbulo frontal y el sistema límbico.

Durante el envejecimiento se ha observado que los AM tienen dificultad en hallar estrategias de resolución de problemas, razonamiento abstracto y toma de decisiones, más si la situación no es familiar Román & Sánchez, (1998 p. 38)

3.2 Aspecto Psicológico

Durante el envejecimiento no solo se dan cambios a nivel físico sino también a nivel psicológico, ya que son resultado de la interacción entre el individuo, el otro y la sociedad, estos cambios están establecidos por cuestiones socio-afectivas que van determinando el sentir y rol del AM en sociedad. Es importante integrar estos cambios para reorientar su comportamiento y establecer con ello relaciones de adaptación que favorezcan su concepción de sí mismo y valía propia.

Dentro de los cambios mencionaremos los que sufre su *personalidad, sexualidad, autoestima* y se considerará *a la depresión* por las cuestiones afectivas que llegase a generar.

3.2.1 Personalidad.

Debido a su complejidad se han establecido para su estudio diversas conceptualizaciones sobre el término personalidad su formación y consolidación, para (Carver & Scheier , 2014) la personalidad es “ la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos” (p. 5) entendida como esas diferencias entre los individuos, y los procesos que llevan a una persona a actuar de una u otra manera ante una situación.

La pregunta central es si durante la vejez ¿Se mantiene o cambia la personalidad?, Triadó & Villar, manifiesta que ambos factores coexisten, sin embargo habría que analizar qué es lo que permanece, para ello cita a Hooker; quien propone un modelo de personalidad.

-Rasgos: se consideran disposiciones de comportamiento.

-Adaptaciones: se refiere a las metas, tareas evolutivas que dirigen nuestro comportamiento ligadas a ciertos momentos.

-Historia vital: cómo imaginamos nuestra vida o como pensamos que cambiará.

3.2.2 Sexualidad

La sexualidad forma parte de una necesidad humana básica, tan importante como alimentarse y tener necesidades de seguridad, se caracteriza por estar ligada a la reproducción y a hacernos sentir placer. En la actualidad se tiene la errónea creencia que en la vejez las personas ya no experimentan deseo sexual, pero la realidad es que “la mayoría de las personas son capaces de tener relaciones sexuales y de sentir placer” (Triadó & Villar, 2006, p.136). Para observar los cambios que se producen en la respuesta sexual véase las siguientes tablas.

CAMBIOS EN LA MUJER	
Cambios en la conducta	Cambios funcionales
Disminución del deseo sexual, fuertemente condicionado por la apariencia física y la autoestima.	Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero y atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina.
La prevalente incontinencia urinaria inhibe el deseo de contacto íntimo, por prejuicios adquiridos.	Tras la menopausia, reducción de los niveles estrogénicos y androgénicos.
Se mantiene la capacidad multiorgásmica, pero de menor intensidad.	Enlentecimiento de la fase de excitación sexual.
	Menor y más lenta secreción de moco cervical, provocando dificultad en la penetración y, posiblemente, dolor. La vagina se hace más vulnerable a posibles lesiones por roce.
	Menor grado de acidez del medio vaginal, aumentando el riesgo de infecciones.
	Vagina más corta y menos elástica.
	Menor intumescencia del clítoris y de plataforma vaginal.
	Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.
	Menor rubor cutáneo y más limitado, tensión muscular en el coito y tensión mamaria.
	Aceleración del descenso postcoital.

Tabla 5. Cambios en la Mujer. Fuente: assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf

CAMBIOS EN EL HOMBRE	
Cambios en la conducta	Cambios funcionales
Menor deseo sexual.	Reducción de los niveles de testosterona.
Cambios en la respuesta sexual.	Menor sensibilidad peneana.
Coitos de mayor duración.	Disminución del número de erecciones nocturnas involuntarias.
Necesidad de caricias directas en los genitales.	Enlentecimiento de la erección. Es necesario más tiempo (hasta 10 minutos) y mayor estimulación para alcanzar el orgasmo, siendo éste de menor duración
Disfrute del coito sin llegar a la eyaculación.	Menor turgencia del pene debido a la pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos y de la potencia de los músculos.
	La eyaculación se retrasa y también la sensación de que la eyaculación es inevitable, lo que se convierte en una ventaja para los eyaculadores precoces.
	Menor necesidad física de eyacular. Menor producción del líquido pre-eyaculatorio. Menos volumen y calidad funcional de esperma eyaculado.
	Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas.
	Aumenta mucho el periodo refractario tras la erección, lo que puede hacer necesario el transcurso de varios días antes de conseguir otra erección completa.
	Eyaculación en un porcentaje inferior al 100% de los coitos.

Tabla 6. Cambios en el Hombre. Fuente: assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf

Los cambios en la sexualidad durante la juventud y la vejez se dan a nivel conductual y fisiológico, esto no limita una negación sobre la sexualidad en esta etapa, por el contrario permite que se eliminen las falsas creencias y se promueva una actitud más positiva de la sexualidad de los AM. Sin embargo los problemas médicos son un factor que pueden impedir que se ejerza una sexualidad plena, entre las enfermedades que repercuten directamente con su sexualidad son:

- La cirugía prostática: una intervención quirúrgica puede generar incidencias sobre disfunciones sexuales.
- La diabetes: genera un índice mayor de impotencia.
- La vaginitis de senilidad: se consideran las modificaciones que sufre la vagina y el útero a causa de los bajos niveles de estrógeno después de la menopausia.
- Las afecciones cardíacas: se manifiesta un miedo a tener relaciones sexuales tras haber sufrido un ataque cardíaco.
- La impotencia: dificultad de obtener una erección, ausencia de eyaculaciones o ser eyaculadores precoces.

3.2.3 Depresión.

Entendemos por depresión el trastorno afectivo que modifica el sentir del AM, se presenta en igual proporción en hombres y mujeres y puede llegar a ser intenso, moderado o leve, afecta el estado de ánimo, sueño, alimentación, y en general el concepto de vida; sus descripciones hacen referencia a carecer de sentido para vivir y sentir una profunda tristeza.

Es importante poder diferenciar entre estar tristes y tener depresión, la manera más rápida para poder diferenciarlas es el tiempo, ya que cuando nos sentimos tristes el sentimiento tiende a desaparecer y no se prolonga por mucho tiempo, sin embargo una persona con depresión pensará que no tiene sentido vivir, tendrá dificultad para continuar realizando sus actividades, tendrá pensamientos negativos en un periodo de más de seis meses.

Arronte Rosales (2013) señala que los principales signos y síntomas de la depresión son:

–Humor triste que puede presentarse en forma enmascarada por molestias físicas como problemas digestivos o cardiovasculares o labilidad emocional (tendencia al llanto).

-Trastornos del sueño con dificultades para conciliarlo o despertar precoz o tener sueño todo el tiempo (hipersomnia).

-Trastornos del apetito con anorexia (disminución o falta de apetito) y pérdida de peso.

-Curso del pensamiento lento con disminución en la capacidad de aprendizaje.

-Trastornos de la atención y la concentración que puede limitar gravemente la actividad cotidiana del paciente.

-Disminución o desaparición del deseo sexual.

-Pérdida de interés o de placer por pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban.

-Pensamientos sobre la muerte o el suicidio, e incluso intentos de suicidio.

Será el especialista quién únicamente podrá diagnosticar depresión y a su vez pueda dar un tratamiento que ayude a elevar los niveles de serotonina, además de informar a la familia para que puedan brindar apoyo emocional.

Es importante señalar que estas situaciones depresivas son distintas para cada ser humano, algunas personas no sufrirán de este trastorno, esto va a depender de la capacidad para afrontar pérdidas, el nivel de adaptación y aceptación ante situaciones adversas a las cuales puedan enfrentarse, por ello es necesario mantener relaciones de afectividad y contacto que permitan que el AM pueda evitar un estado depresivo.

3.2.4 Autoestima

Otro factor que es oportuno considerar es la manera en cómo los individuos se perciben a sí mismos, es decir la autoestima; ya que es considerada como el factor básico de felicidad y bienestar.

¿Cómo será posible mantener una buena autoestima con el paso de los años? Sin lugar a dudas primeramente será oportuno aceptar los cambios físicos que llegan con la vejez, pues la percepción de uno mismo cambiará, asimismo es importante señalar que las actividades sociales ayudarán a mantener un nivel afectivo saludable, aunado a una planificación durante la vejez. En este último punto señalo

la importancia de poder anticiparse a una vejez desde 3 aspectos: a) económico, b) pareja c) educación (estudios de idiomas o algún otro de su interés) considerando oportuno poder establecer metas para lograr una vejez satisfactoria.

La vejez representa una etapa de considerables transformaciones en la cual las redes de apoyo facilitan el desarrollo de la adaptación al individuo. Aquí recalco la importancia que tienen las actividades sociales pues conseguirán que los individuos mantengan o incrementen su autoestima.

3.3 Aspecto Social

En el AM los cambios sociales afectan su rol social (sociedad) y su rol individual (como integrante de una familia), el hecho de envejecer establecerá variaciones en las relaciones y actividades sociales que comúnmente realizaba y en algunos casos se presentará dificultad para poder aceptar y asimilar estos cambios. A continuación se describiré algunos de los cambios que se manifiestan con el avance de los años y que su aceptación o no, repercutirá directamente en tener una vejez satisfactoria.

3.3.1 Jubilación

Es uno de los cambios más significativos en la vida del hombre, pues éste deja de ser activo desde un punto legal en materia laboral, los países van marcando la edad en que una persona debe retirarse de cualquier actividad, en México la edad es de 65 años y en este sentido la percepción que la sociedad tiene del AM es como *inactivo*, a pesar de ello tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas ya que “la jubilación no significa necesariamente suspender el trabajo remunerado, muchos jubilados saludables trabajan en tiempo parcial” (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012, p. 264) estos trabajos pueden incluir tareas comunitarias, tales como la creación de asociaciones, sindicatos, grupos políticos o voluntariado entre muchos otros.

El cambio que llega con la jubilación tiene sus consecuencias; la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad, por tanto existe la manera positiva o negativa de afrontar la jubilación en cada persona, Triadó & Villar, (2006) las describe en fases de la siguiente manera.

-Fase de prejubilación: El individuo se plantea expectativas sobre su jubilación y planea cosas alcanzables.

-Fase de luna de miel: Se reduce cualquier actividad y se intenta descansar.

-Fase de desencanto: Sucede cuando las personas no son capaces de encontrar actividades satisfactorias.

-Fase de reorientación: Comienzan a construirse actividades más realistas.

-Fase de estabilización: Se logra un ajuste entre lo que se percibe y la realidad.

Es importante decir que estas etapas no son iguales en las personas ni del mismo modo, ya que unas adoptan un enfoque negativo y otras positivo, esto se debe principalmente a una cuestión demográfica, (la edad, el nivel de ingresos, el estado civil), de salud (el estado en que se encuentra el individuo por un lado puede adelantar o retrasar el inicio de la jubilación) y por último la actitud (que se adopta ante la salida del mercado laboral). Para Buendía, (1994) la jubilación tomará distintos significados “en algunos casos va a significar mayor disponibilidad de tiempo para hacer lo que uno desea y una cierta liberación de actividades laborales, en otros va a ser percibida como la pérdida de un rol funcional en la sociedad (...) Y la aparición de un tiempo vacío que en muchos casos no se sabe cómo llenar” p.70.

Existen AM que ven la jubilación con rechazo, aceptación, liberación de tareas y responsabilidades o como una oportunidad para emprender proyectos que no se realizaron por estar trabajando, ante esta situación es importante adoptar una actitud positiva y buscar actividades que suplan la atención, la actividad física y fortalezcan la creatividad, por ello es necesario en algunos casos promover actividades que reemplacen el trabajo para que la jubilación adopte un cambio positivo y con ello los AM puedan aceptar los cambios que esto conlleva. Una de las maneras de aceptar la jubilación es saber administrar el tiempo libre, ya que será

fuente de bienestar y satisfacción para el AM, otra manera es dirigir esta etapa hacia nuevos aprendizajes (idioma, uso de la tecnología, etc.) que le permitan tener nuevas relaciones sociales.

Si bien, ahora que se posee tiempo para realizar distintas actividades, es importante diferenciar el tiempo libre del ocio, pues el segundo es “cualquier actividad que realizamos en nuestro tiempo libre por interés propio para divertirnos” (Triadó & Villar, 2006, p. 299), es decir el tiempo libre son actividades que no podemos desatender, y la ocupación del ocio supone realizar actividades considerando la salud, la capacidad para movernos y nuestra motivación. Por tanto se pueden realizar diversas actividades para lograr bienestar, tranquilidad y satisfacción, por ejemplo:

- Actividades físicas: Caminar, Correr.
- Actividades Recreativas: Juegos con amigos y familias (ajedrez, dominó).
- Actividades Culturales y Sociales: cine, museos, paseos, viajes, etc.

3.3.2 Viudez

En nuestra sociedad el matrimonio es un vínculo que propicia la compañía de otra persona, en la cual se unen proyectos y metas con la finalidad de procrear familia, se comparte y disfruta la vida sexual, social y económica; por ello la ausencia o pérdida de una de las partes es un hecho doloroso y traumático que puede generar depresión en los adultos mayores.

Una pérdida de manera general supone un momento difícil de superar que viven los seres humanos, la viudez no es exclusiva de la vejez, sin embargo por tratarse de un aspecto demográfico la edad determina su aparición, esta pérdida afecta más a las mujeres que a los hombres a causa de la esperanza de vida en ambos sexos (Stuart Hamilton , 2002) a esa pérdida comúnmente se llama duelo, que puede resumirse como el proceso que viven las personas ante una pérdida, es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, y que está asociado a síntomas físicos y

emocionales (p.34) es importante mencionar que en la vejez el efecto de pérdida depende de qué tanto se haya anticipado la muerte, por ejemplo una persona que ya llevaba enferma durante un largo tiempo su cónyuge puede recobrase más fácilmente ante esa situación. D' Hyver de las Deses (2014) describe diferentes tipos de duelo.

- a) Anticipado: Muerte ya se espera.
- b) Retardado: Aquellas personas que no tienen tiempo de ocuparse de la pérdida por tener otras actividades.
- c) No resuelto: Está presente con cualquier objeto y dura meses o años.
- d) Crónico: Incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- e) Patológico: Sufre alteraciones nerviosas, depende a veces de fármacos.

Su pronta o larga aceptación varía de acuerdo a la personalidad, a los recuerdos que se tengan y a los factores sociales y psicológicos de la persona entre otras; se puede hablar de una recuperación cuando el viudo puede hablar con naturalidad de la persona fallecida, cuando se establecen nuevas relaciones significativas y se afrontan retos.

Para que el duelo pueda ser afrontado se requerirá de un trabajo psicológico que englobe el fortalecimiento, la resiliencia y adaptación después de la muerte, el nivel de aceptación implica afrontar la soledad y tomar decisiones por uno mismo, el apoyo que brindan las redes sociales y familiares son un apoyo básico que ayudará a sobrellevar este proceso en el AM.

Es necesario que se conciba a la muerte de una manera natural para evitar reacciones desfavorables que conlleven a depresión o suicidio, se debe trabajar con su proceso de adaptación y afrontar los cambios de manera natural, esto favorecerá su vida y la manera en cómo acompañe su soledad.

3.3.3 El rol de abuelo

La característica de convertirse en abuelo produce en la mayoría de los AM felicidad, pues ven crecer a los nietos, son parte de su tiempo libre y cualquier momento que con ellos se disfrute les generará gozo. Papalia, Duskin, & Martorell, (2012) mencionan que a nivel familiar los abuelos “son muy importantes para las familias. Son fuentes de sabiduría, compañeros de juego, vínculos con el pasado y símbolos de la continuidad de la vida familiar (...)” (p. 753).

Además el rol de ser abuelo varía según el sexo pues las mujeres se involucran un poco más en el cuidado y crianza de sus nietos. Esta situación es favorable para el bienestar de los adultos mayores, pues se agregan más motivos para sentirse llenos de vitalidad y gozo.

Las actividades que realicen con sus nietos generarán sentimientos de felicidad, bienestar y contribuyen a que puedan sentirse plenos y saludables, sin embargo debemos señalar que algunos abuelos cumplen el papel de ser padres para sus nietos, en esos casos las responsabilidades aumentan y pueden sentirse presionados o con más responsabilidades que antes.

3.3.4 La Familia

En este apartado pretendo señalar la importancia que tiene la familia para ayudar a lograr el estado de bienestar del AM. Para Morales citado en Carmona, (2011), la familia representa “el conjunto de personas unidas por el sentido de pertenencia a un grupo consanguíneo y que además están ligados por vínculos de solidaridad y afecto” (p. 75). Es precisamente ese sentido de pertenencia que prevalece en el AM por ello las actividades que se realicen en familia son determinantes para el bienestar emocional, afectivo y social.

La familia juega un papel decisivo como red de apoyo en el envejecimiento, ya que los AM reducen sus actividades cotidianas lo que incrementa el valor del espacio familiar, por este motivo toma importancia cualquier actividad en la cual se puedan

compartir tiempos, desde tomar un desayuno como familia hasta compartir actividades como ir al cine, teatro, jugar, caminar, entre muchas otras, dichas actividades son determinantes para satisfacer necesidades emocionales favoreciendo el amor y la diversión que llevan a sentimientos plenos y de bienestar.

Sin embargo si los AM se aíslan o la familia los aísla surge el abandono, maltrato la soledad y la familia pasa a ser un factor de discriminación, debido a esto es importante que se pueda generalizar una visión positiva de la vejez y que a pesar de los cambios o enfermedades que tengan los AM los integrantes del núcleo familiar reconozcan lo vital que es establecer relaciones de apoyo y solidaridad. Además es importante mencionar que las relaciones intergeneracionales favorecen esa vitalidad, gozo y armonía que se pretende alcanzar con el enfoque de envejecimiento saludable.

Capítulo 4: Vejez y memoria.

En el capítulo 3 se describieron los cambios que se presentan durante la vejez, entre estos se hallan los de tipo cognitivo y de todas las funciones que ejecuta nuestro cerebro “la memoria” tiene una importancia fundamental, ya que es imprescindible al momento de realizar muchas actividades cotidianas. ¿Qué seríamos los humanos sin memoria? Difícil cuestionamiento, pues a la fecha sabemos que somos seres de recuerdos, la memoria no es solo un almacén de información sino que es una compleja capacidad cerebral que permite nuestro andar cotidiano,

Nuestra memoria hace posible que recordemos una experiencia, un sentimiento, una actividad, entre muchas otras cosas y como ésta no es perfecta, a veces aparecen olvidos repentinos; desde olvidar un teléfono, una cita, la toma de un medicamento, un rostro, un momento trágico en nuestra vida, etcétera; pero, hay de olvidos repentinos a alteraciones en la memoria que pueden resultar perjudiciales y es durante el envejecimiento que el ser humano sufre alguna alteración en su memoria (a veces patológica), estas alteraciones van desde aquellas que engloban la dificultad para poder recuperar una información, la velocidad de procesamiento o un olvido mayor; pero como hemos mencionado que el envejecimiento es un proceso individual, habrá personas que no presenten alteraciones en su memoria aun durante su vejez e inclusive algunos logren fortalecerla o aumentarla.

Si en algún momento se llegara a sufrir alguna alteración mnésica, ésta alteración modificará (de acuerdo al grado) la operatividad en el AM, logrando con ello que él sea una persona independiente, capaz o que la alteración le impida continuar con su vida de una manera normal.

En este apartado analizaré los tipos de memoria, las bases anatómicas que intervienen en este proceso, las alteraciones que se presentan con el envejecimiento de manera normal y patológica y los beneficios que trae consigo la estimulación cognitiva.

4.1 Concepto de memoria.

Cualquier persona puede entender cuando hablamos de memoria pero ¿qué es? González & Muñoz, (2008) mencionan que es “El proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera la información determinada o un suceso concreto. Es el proceso psicológico que nos permite aprender” (p.13)

Si bien, utilizamos la memoria en cada una de las actividades que empleamos en la vida cotidiana, es importante que se entrene nuestra memoria para evitar en la mayoría de los casos alguna alteración. Se debe comprender que este proceso memorístico es complejo y va acompañado de otras funciones cerebrales como la atención, ya que ella logrará seleccionar toda la información que recibimos del medio para ser procesada a través de los sentidos y pueda ser codificada, almacenada y recuperada. El proceso memorístico se divide en tres aspectos o fases:

- **Codificación:** Es la transformación de la información a la que se atiende para poder hacer representaciones mentales, con el fin de almacenarla más adelante.
- **Almacenamiento o consolidación:** Es la fase donde se retiene la información previamente codificada, de manera temporal o permanente, de acuerdo a su organización es que se podrá almacenar mucha o poca información.
- **Recuperación:** Hace referencia a la manera en cómo se accede a la información acumulada a partir del cual se crea una representación consciente o se ejecuta un comportamiento aprendido.

4.1.1 Clasificación de la memoria.

Los científicos han estudiado a lo largo de los años los procesos que intervienen en el uso que le damos a nuestra memoria, por ello existen varias clasificaciones sobre ésta, para esta investigación utilizaré la clasificación de la teoría multialmacén que sostiene que la información va pasando por diferentes almacenes a medida que se

va procesando, engloba a la memoria sensorial, memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP), definiré brevemente de qué tratan.

-Memoria Sensorial

Es aquella que obtenemos de los sentidos (imágenes, sonidos, olores, sensaciones, y lo que tocamos) pero la duración de la información es de muy escaso tiempo (aproximadamente 1 segundo), de tal manera que la información pasa a la Memoria a Corto Plazo (MCP). Dentro de este almacén se distinguen dos tipos:

-Memoria Icónica: Incluye el sistema visual, registra la información por medio de imágenes y figuras.

-Memoria Ecoica: Incluye al sistema auditivo ya que registra sonidos o palabras.

En este tipo de memoria varia la durabilidad de la información de acuerdo al estímulo, si la información sensorial no puede transferirse a la MCP decae rápidamente.

-Memoria a Corto Plazo (MCP)

Es la encargada de mantener por un tiempo breve una nueva información, por ejemplo; aprenderse un número de teléfono, como el tiempo en que se almacena la información es breve, su capacidad es limitada, ya que mantiene la información en la conciencia, a pesar de almacenar información por un tiempo corto tiene una función importante que es: controlar y asimilar la nueva información, suele dividirse en:

-Memoria Inmediata: Consiste en mantener la información mediante un esfuerzo constante, gracias a la repetición.

-Memoria Reciente: Es posible gracias a la actividad eléctrica de los circuitos neuronales.

-Memoria de Trabajo: Es la información que se manipula empleando una estrategia de asociación para poder ser recordada posteriormente, este tipo de memoria se usa para toma de decisiones y resolución de problemas.

-Memoria a Largo Plazo (MLP)

La memoria a largo plazo es la persistencia de nuestros aprendizajes o recuerdos a través del tiempo, ella puede almacenar gran cantidad de información durante periodos de tiempo largos, pueden ser semanas, meses, años, inclusive durante toda la vida. Se divide en:

-Memoria declarativa: (saber qué) almacena información de hechos que podemos relatar verbalmente, está relacionada a eventos cotidianos por ejemplo, rostros, fechas y nombres.

-Memoria procedimental: (saber cómo) Está relacionada con aprendizajes de habilidades, destrezas y acciones que se realizan de manera automática pues no requiere de esfuerzo de recuperación para ser recordadas (ejemplo caminar, andar en bicicleta, vestirse); una vez aprendido es inconsciente.

-Memoria episódica: consiste en recordar momentos o lugares específicos de la vida personal, por ejemplo recordar lo que se realizó en un día, esta memoria guarda acontecimientos; como un accidente en una avenida, el primer novio etc.

-Memoria semántica: Almacena conocimientos generales del mundo de manera conceptual y la información guardada se puede recuperar sin necesidad de hacer referencia al tiempo o lugar en que se aprendió, es poco probable que se olvide; por ejemplo las habilidades matemáticas, el significado de las palabras, datos históricos.

4.2 Bases anatómicas de la memoria

Es importante conocer qué estructuras cerebrales participan en el proceso de memorización, éste por tratarse de un fenómeno complejo engloba diversas estructuras cerebrales que no funcionan de manera independiente sino que trabajan de manera conjunta para poder involucrar los diversos tipos de memoria.

Intentaré describir a groso modo las áreas cerebrales que intervienen en este proceso cognitivo sin caer en conceptualizaciones neurológicas muy complejas.

Comenzaré por mencionar que *el cerebro* es sólo un componente del Sistema Nervioso, cuya función principal es procesar la información que recibe del entorno, sus principales células son *las neuronas* encargadas de recoger la información de los diversos sentidos y del cuerpo.

El cerebro humano se encuentra cubierto en la parte superior y de los lados por *la corteza cerebral* que se divide en dos lados o *hemisferios*, por tanto se habla de corteza en el *hemisferio izquierdo* y *hemisferio derecho*. Cada uno de los *hemisferios* se divide a su vez en *lóbulos* (*frontal, parietal, temporal, occipital*).

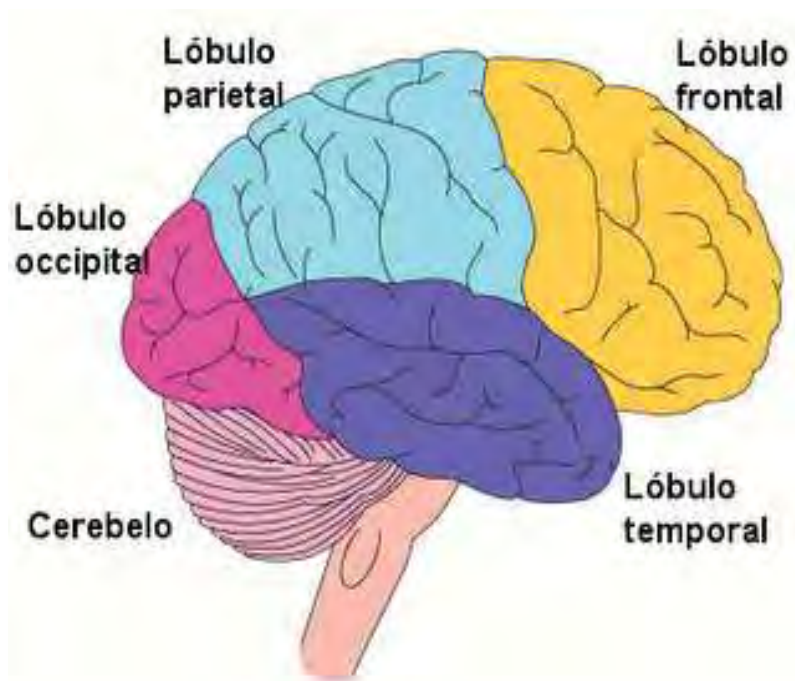


Figura 5. Lóbulos Cerebrales. Fuente Google.

La corteza cerebral es responsable de diversos procesos relacionados con la percepción y la cognición, además de encargarse de diversas áreas que controlan las funciones de movimiento y sensoriales, “la corteza cerebral humana controla habilidades como el lenguaje, la imaginación, el razonamiento, la planificación, la conciencia y la memoria” (UNESCO, s/f) cada lóbulo tiene funciones específicas indispensables para el manejo de actividades en la vida diaria. Utilizaré la siguiente tabla para resumir las áreas que están involucradas con el córtex cerebral.

Córtex temporal	Se relaciona con la memoria a largo plazo, y el material verbal.
Córtex Parietal	Memoria espacial, de objetos y personas.
Córtex Occipital	Percepción y memoria sensorial
Córtex Frontal	Función motora, razonamiento, lenguaje, memoria episódica, memoria de trabajo

Tabla 7. Córtex Cerebrales. Fuente: González y Muñoz 2008, elaborado por Belem Campech.

Debajo de la corteza cerebral se encuentra *el cerebelo* contribuye al movimiento coordinado y es importante para el aprendizaje que implica acción física. Existen otras estructuras del cerebro que son internas (por debajo de la corteza cerebral) llamadas *estructuras subcorticales* entre ellas destacan: *el sistema límbico, el diencéfalo y los ganglios basales*, estas estructuras se encuentran relacionadas íntimamente con la memoria.

Para una mejor comprensión, elaboré una tabla que contiene las áreas que se encargan de los procesos memorísticos en nuestro cerebro.

Estructuras Subcorticales		
Estructuras	Principales áreas	Funciones principales
Sistema Límbico	Hipocampo Amígdala	Hipocampo: es importante para aprender información nueva ya que codifica y consolida la información y ayuda a recordar sucesos autobiográficos (qué hiciste en vacaciones) Amígdala: agregar emociones o sentimientos a nuestros recuerdos.
Ganglios basales	Cuerpo estriado	Cuerpo estriado: es clave para el aprendizaje motor y formación de hábitos
Diencéfalo	Tálamo Hipotálamo	Tálamo: recibe información sensorial (imágenes, sonidos, percepciones táctiles entre otras). Hipotálamo: adquisición y consolidación de nuevos datos (memoria declarativa)

Tabla 8. Estructuras Subcorticales. Elaborada por Belem Campech.

Anatómicamente no existe un lugar determinado del cerebro que se encargue de nuestros recuerdos, por eso es importante considerar la conexión que existe primeramente entre las partes cerebrales que ayudan a nuestro proceso mnésico y la relación que existe además con otras capacidades cognitivas como la atención, la percepción, la concentración, la motricidad, el lenguaje etcétera.

Su conocimiento me permitirá tener una mejor comprensión (a nivel neurológico) de las áreas cerebrales implicadas en la memoria y con ello poder proponer actividades que favorezcan tanto el área memorística como alguna otra área que pueda verse beneficiada.

4.3 Alteraciones en la memoria.

Como ya se revisó el proceso de envejecimiento (visto desde un punto de vista biológico) considera un declive en el organismo y deterioro en algunos sistemas e inclusive pérdidas de algunas funciones, con la memoria sucede lo mismo, pues a lo largo de la vida se tienen olvidos o fallos repentinos asociados a la edad.

Existen diferencias significativas que conllevan a considerar una alteración de la memoria ligada a un envejecimiento “normal” a aquellos deterioros que pueden ser un riesgo “cognitivo” o alguna alteración mnésica e inclusive pueden llegar a ser patológicas. Cuando hablo de aspectos patológicos me refiero a las características que provocan invalidez, dependencia y enfermedad en el AM a diferencia de los olvidos que sufrirá una persona con envejecimiento normal, que no tendrá mayor complicación con sus olvidos.

4.3.1 Envejecimiento normal

Se habla de envejecimiento normal a la pérdida (o no) de habilidades cognitivas, no debe ser considerado una enfermedad, pues no es incapacitante, (a diferencia de un envejecimiento patológico) se asocia a una pérdida cognitiva que pueden o no sufrir todas las personas; Mayán, Fernández, Soares, & Lens,(2008) mencionan que “El envejecimiento está asociado a alteraciones de las capacidades cognitivas, como disminución de la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones de las capacidades atencionales y de memoria” (p.16). Por su parte Ardila & Roselli, (2007) consideran que en el envejecimiento normal el deterioro en la memoria es lento, sin embargo es rápido en los casos de demencia (p.229).

Podríamos decir que cualquier persona puede tener problemas con la retención o recuperación de información en la memoria, no sólo los AM sufren problemas mnésicos, también puede sucederle un fallo repentino a un adolescente o un adulto, la diferencia está en la repetición de fallos, esta situación no debe ser alarmante debido a que se puede continuar con el desarrollo de actividades cotidianas, es decir no va a generar una incapacidad y no requiere mayor atención médica.

De acuerdo con González & Muñoz, (2008) las principales quejas en los AM se relacionan con la memoria operativa y de recuerdo, la memoria inmediata, memoria prospectiva, memoria episódica, memoria explícita, además con la velocidad de procesamiento, el razonamiento lógico, la resolución de problemas, la velocidad para poder recuperar un recuerdo, evocar palabras, el olvido de nombres; sin embargo parecen estar intactas la memoria implícita y la memoria semántica. (p.69). Por su parte Ardila & Roselli, (2007) declaran que “La edad parece no afectar la memoria antigua, pero sí la reciente” (p. 230)

Lo ideal con aquellas personas que atraviesan un envejecimiento normal sería que pudieran ser conscientes de los cambios que sufrirá su cerebro, con base en ello puedan independientemente buscar actividades que les fortalezcan mentalmente.

4.3.2 Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Primeramente es necesario aclarar que es complicado diferenciar los criterios específicos de alteración en la memoria, el término DCL se refiere a esa transición entre un envejecimiento “normal” y un posible desarrollo de demencia. Principalmente afecta a la memoria y a alguna otra área de funcionamiento intelectual, pero que no tiene la intensidad suficiente como para merecer el diagnóstico de demencia. González & Muñoz, (2008) mencionan que “El deterioro cognitivo leve puede describirse como una reducción reciente y no progresiva de la memoria” (p.69). Por su parte Tobeña (2011) menciona este estado como una transición a un posible desarrollo de demencia (p.95). Díaz Miranda, (2010) señala que “se caracteriza por la presencia de una disminución del rendimiento cognitivo que puede incluir deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración” (p.11)

Es importante indicar que si se sospecha de una pérdida progresiva y acelerada de la memoria o alguna alteración neurológica se debe acudir con el médico quién diagnosticara y evaluará el avance de pérdida de memoria de una manera oportuna.

4.3.3 Amnesias

Son aquellas alteraciones de la memoria que están relacionadas principalmente con la MLP. Las amnesias se definen como esa pérdida total o parcial de la memoria producida por un factor neurológico o psicológico. La zona cerebral que se relaciona con estas alteraciones es el hipocampo (González & Muñoz, 2008). Dentro de las amnesias se distinguen:

- a) Amnesia anterógrada: Se define como la incapacidad para adquirir y almacenar nueva información y recordar los sucesos, dentro de las causas se considera el abuso de alcohol, medicamentos o una causa orgánica; sin embargo no se ve afectada la memoria procedimental.
- b) Amnesia retrógrada: Es la imposibilidad de recordar el pasado, el afectado no recuerda lo que vivió pero sí puede aprender nuevas habilidades. Este tipo de amnesia está asociada a lesiones en el hipocampo.
- c) Amnesia psicógena: Imposibilidad de recordar un evento traumático.
- d) Amnesias funcionales: Se presentan olvidos cuando el sujeto se somete a un nivel de estrés elevado, por ejemplo un examen, una exposición o estar frente al público.

4.3.4 Demencias

Dentro de las alteraciones que van ligadas con la pérdida de la memoria existen aquellos trastornos que incluyen deterioro cognitivo, en este sentido me enfocaré a mencionar las demencias, pues son un factor degenerativo de habilidades cognitivas que afectan significativamente las actividades cotidianas del AM, impidiendo con ello que éste pueda tener calidad de vida y un envejecimiento saludable.

Comenzaré por definir la demencia desde su origen etimológico, proviene del latín *demens*, *demantatus*, “*sin mente*” y aunque las conceptualizaciones son variadas se resume que la demencia es “un síndrome de origen orgánico, adquirido, persistente, con afectación de múltiples funciones intelectuales, sin alteración de la

conciencia y que supone un descenso significativo en las capacidades sociales del individuo” (Cubero, 2002, p.9)

Como la demencia supone alteraciones en diversas habilidades cognitivas se han sugerido criterios diagnósticos para determinar la presencia de demencia, el primero es el que propone la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y los que elabora la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Fundación MAPFRE Medicina ,1997, p.12)

CIE-10	DSM-IV
<p>Deterioro de la memoria</p> <p>*Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información. *Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.</p>	<p>*Evidencia de un declive significativo respecto al nivel de funcionamiento del paciente.</p>
<p>Deterioro del pensamiento</p> <p>*Reducción del flujo de ideas. *Deterioro en el proceso de almacenamiento de información (dificultad para enfocar atención)</p>	<p>Deterioro de uno o más de los siguientes dominios cognitivos:</p> <p>*Atención. *Función ejecutiva. *Aprendizaje y memoria. *Lenguaje. *Habilidad perceptual y motora. *Cognición social.</p>
<p>Interferencia en la actividad cotidiana</p>	<p>Los déficits cognitivos interfieren en la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria.</p>
<p>Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones transitorias.</p>	<p>Las alteraciones no ocurren exclusivamente en el contexto del delirium.</p>
<p>Síntomas presentes durante al menos 6 meses.</p>	<p>Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.</p>

Tabla 9. Diagnóstico de Demencia. Fuente: (MAPFRE. 1997).

Es importante considerar estos aspectos ya que de manera clínica permitirán reconocer la presencia de este trastorno neurológico en las personas. Los síntomas primarios asociados a la demencia suelen ser problemas con la memoria, de desorientación temporal y espacial, sin embargo es necesario hacer una evaluación

neuropsicológica en la cual se consideren aspectos más específicos y con ello poder determinar un diagnóstico oportuno.

Debido a la diversidad de afectaciones a nivel cerebral las demencias han sido clasificadas desde diversos aspectos, son cuatro las principales clasificaciones que han hecho los especialistas en el área neurológica, Slachevsky & Oyarzo (2008) las agrupan de la siguiente manera:

1.- *Por su etiología:* Podemos diferenciar tres etiologías principales: a) demencias secundarias; generalmente a una enfermedad médica sistémica, como una infección o un trastorno metabólico (...) b) demencias vasculares, por lesiones cerebrovasculares (...) c) demencias neurodegenerativas, por muerte acelerada de poblaciones neuronales.

2.- *De acuerdo a la lesión:* Se refiere al área cerebral afectada, se distinguen en este grupo las demencias corticales y subcorticales.

3.- *De acuerdo a su sintomatología:* Se consideran las características de los trastornos cognitivos y/o el comportamiento.

4.- *De acuerdo a su perfil evolutivo:* Otra manera de clasificar las demencias se basa en la temporalidad de los síntomas, es decir, la forma de inicio y la velocidad de progresión de los síntomas. Para fines de este trabajo consideré la clasificación que las agrupa de acuerdo a su etiología y para ello tomo la clasificación más precisa que hacen Ardila & Roselli, (2007), p. 239.

- Degenerativas: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Pick, Parkinson, Enfermedad de Huntington, Demencia de los cuerpos de Lewy.
- Vasculares: Demencia Vascular o Demencia por Infartos Múltiples.
- Traumáticas: Hematoma subdural crónico, pugilística.
- Infecciosas: Neurosífilis, Jacob- Creutzfeldt, VIH
- Obstructivas: Hidrocefalia
- Metabólicas: Enfermedad de Wilson, Deficiencia de vitaminas B12
- Tóxicas: Intoxicación por plomo.
- Neoplásicas: Tumores frontales
- Psiquiátricas: Esquizofrenia

Para poder delimitar la sintomatología y afectación cognitiva de las demencias utilizaré la siguiente tabla.

Trastorno	Principales características	Causas	Áreas cerebrales que afecta	Capacidades cognoscitivas que se ven dañadas
Enfermedad de Alzheimer. 50 + (EA)	Fallas en la memoria, problemas para almacenar información, desorientación, olvido de palabras, dificultad en el cálculo. Se reduce el lenguaje.	Se asocia a los genes.	Corteza cerebral, hipocampo, lóbulo temporal.	Lenguaje, memoria, habilidades espaciales, cambios en su comportamiento.
Enfermedad de Pick	Enfermedad degenerativa, se inicia con cambios en el comportamiento como irritabilidad y desinhibición o apatía e indiferencia. Dificultad para abstraer y conceptualizar.	Se desconoce la causa, pero se ha identificado una relación con el cromosoma 17.	Corteza cerebral. (Frontotemporal)	Primaria: comportamiento. A medida que avanza se altera el lenguaje. Afasia, apraxia, agnosia,
Enfermedad de Huntington.	Déficit motor y cognoscitivo. Se pueden desarrollar cambios cognoscitivos: atención, memoria.	Una secuencia trinucleotida sobre el cromosoma 4 (hereditario)	Sistema Nervioso Central.	Atención, memoria, se observan comportamientos depresivos y en ocasiones paranoides.
Parkinson	Se caracteriza por un temblor en el aparato motor, movimientos lentos.	Factores hereditarios.	Pérdida de neuronas.	Aparato motriz, lenguaje, defectos leves en la atención y funciones ejecutivas.
Demencia de los cuerpos de Lewy 60- 70	Disminución cognitiva sin alteraciones notables y tempranas en la memoria. Alucinaciones visuales y signos de parkinsonismo.	-----	Corteza cerebral y tallo encefálico.	Atención. Funciones visoespaciales.
Demencia Vascular o DIM	Por infartos corticales o subcorticales provocando deterioro cognoscitivo.	Lesiones vasculares.	Memoria. Funciones ejecutivas.	Cortical: Afasia, amnésica, agnósticas y apraxias. Subcorticales: Lentificación, olvido y depresión.
Hematoma subdural crónico (demencia pugilística)	Después de un traumatismo cráneo encefálico.	Traumatismos	Lenguaje	Trastornos cognitivos afasia y defectos del campo visual.
Neurosifilis	Cambios conductuales, alteraciones motoras, temblor facial y disartrias	Infección por Treponema pallidum.	SNC	Motricidad

Enfermedad de Creutzfeld-Jacob 50- 60	Deterioro intelectual y motor. Daño cognitivo leve, se presenta ansiedad, euforia, depresión, inestabilidad emocional, alucinaciones y cambios en la conducta y personalidad.	Transmisible por el agente patógeno (prion)	Corteza cerebral, ganglios basales, cerebelo, tallo encefálico y médula espinal.	Memoria Lenguaje
VIH	Lentificación del pensamiento Apatía, Aislamiento social , olvidos frecuentes		Lóbulos frontales, tálamo	Atención, memoria, aparato motor y función ejecutiva
Hidrocefalia	Apraxia, trastornos en la marcha, lentitud mental y apatía, parece estar pegado al piso	Obstrucción de líquido cefalorraquídeo entre los ventrículos.	SN	Memoria Atención Orientación
Wilson 20-30	Rigidez, temblor, disartria y alteraciones comportamentales.	Defecto metabolismo de cobre	Hígado Y SN	Motricidad Lenguaje
Deficiencia de vitaminas	Problemas de lenguaje, pérdida de habilidades sociales.	Falta de vitaminas. (B 12 y ácido fólico)		Orientación Memoria Marcha Lenguaje
Intoxicación Plomo		Sustancias tóxicas.	SN	
Tumores frontales.	Inhibición, apatía		Ganglios basales	Atención Lenguaje Funciones ejecutivas Memoria Orientación espacial

Tabla 10. Características de las Demencias. Fuente: (Ardila y Roselli, 2007)

Con el aumento de la esperanza de vida también ha aumentado la presencia de enfermedades crónico- degenerativas dentro de las que se encuentran los casos con demencia, los datos estadísticos alertan que existen más de 860 000 casos en México (Gutiérrez & Arrieta, 2014, pág. 36) además es importante mencionar que dentro de las causas de morbilidad en AM los datos que proporciona la (SSA/ SINAVE, 2010) refieren que son principalmente “(...) la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales ocuparon la quinta y sexta posición. En las siguientes posiciones existe predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares” Resulta importante conocer esta información ya que los estudios realizados hasta el momento indican que uno de los factores de riesgo para desarrollar o presentar

un cuadro demencial se encuentran los cardiovasculares “como hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad, entre otros” (Gutiérrez & Arrieta, 2014, p. 23)

Por este motivo es importante un adecuado control de factores de riesgo cardiovasculares desde la etapa de adulto joven, aunado a difundir la relevancia que adquiere la actividad física, la alimentación y el continuo aprendizaje, para reducir o retardar la posibilidad de desarrollar demencia.

Actualmente se reconoce que la pérdida de memoria es un proceso en el que intervienen numerosos factores y que sobre alguno de ellos se puede intervenir mediante la estimulación y el mantenimiento cognitivo para favorecer la calidad de vida de los AM.

4.4 Estimulación Cognitiva

El deterioro cognitivo a través de los años es inevitable, sin embargo en la actualidad se sabe que si de alguna manera se puede intervenir es a través de la estimulación cognitiva. Tal como lo señala Davicino & Muñoz (2009) mediante ella se puede lentificar el progreso del deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas en desuso, considerando las funciones que se encuentran conservadas, además se puede mejorar el estado funcional de la persona. Castro (2012) afirma que “permite retardar su instalación o frenar su evolución al inducir una mejor estimulación al cerebro, lo que facilita la recuperación funcional de algunas de sus neuronas mediante el incremento en la producción de catecolaminas, así como de las enzimas que facilitan la acción de los neurotransmisores” p16

Debido a lo anterior la implementación de programas de estimulación cognitiva resultan necesarios en el modelo de envejecimiento saludable, pues con su ejecución mejorarán las habilidades que se entrenan y además cumplirán la función de ser preventivos o rehabilitadores según su planificación.

Se sabe que la estimulación cognitiva se basa en la plasticidad cerebral, Puig. G. (2012) menciona que “el cerebro se puede ir transformando y adaptando a las situaciones que se le presentan, modificando su organización estructural y funcional en virtud de las necesidades” esto se refiere a la capacidad adaptativa del cerebro, esto implica que pese a los cambios cerebrales que se presentan durante la vejez, el cerebro puede reorganizarse y generar nuevas conexiones neuronales que se hacen posibles con la estimulación cognitiva.

Ventajas de la estimulación cognitiva

- Se preservan las habilidades e incluso pueden aumentarse.
- Es un factor preventivo ante el declive cognitivo o envejecimiento patológico.
- Disminuye el riesgo de presentar demencias.

Cabe destacar que dentro de las acciones que se proponen para favorecer la calidad de vida de los AM es importante que se incluyan los programas preventivos a nivel cognitivo, pues aunque no tengan una repercusión directa e inmediata con la salud, es innegable que sus efectos son positivos y aún más los que se adquieren; también es importante señalar que deben planificarse en función de las necesidades de los AM, es decir, hacia aquellos que ya presentan alteraciones cognitivas o aquellos que atraviesan la vejez desde un envejecimiento normal.

Capítulo 5: Actividades para estimular y mantener la memoria activa en el adulto mayor

Introducción.

En México los programas geriátricos que promueven un enfoque de envejecimiento activo y saludable no llegan a todas las personas y no son tan accesibles, además otra dificultad a la que se enfrenta la población de AM en el país es el enfoque que se ha venido dando a estos programas, pues la mayoría de ellos están enfocados en preservar la salud física y psicológica, pero son pocos los que engloban la importancia de la salud mental.

Considerando a nuestro organismo como un todo, es recomendable que nos preocupemos por la preservación de nuestra salud, pero no únicamente a nivel físico sino también a nivel cognitivo. Y es aquí dónde toma importancia el preocuparse por la intervención en memoria, ya que es únicamente una de las capacidades cognitivas que nos ayudan a poder realizar nuestras actividades cotidianas, sin ella olvidaríamos quiénes somos y como bien menciona (Ruiz, 1995) citado en Portellano & García, p. 231 “Sin memoria no podríamos aprender, cada día, cada momento representaría el principio y el final de dicho momento”

Nuestro cerebro es una parte extraordinaria de todo nuestro cuerpo y de igual manera necesita estímulos, retos, nuevas experiencias y cuidados, es importante ofrecerle ejercicios y actividades que lo mantengan activo. Dada la complejidad de sus funciones, se sabe que no se encarga de una sola tarea, por el contrario está implicado en diversas funciones como: el lenguaje, el cálculo, la coordinación, el razonamiento, la atención y la memoria, entre muchas otras, por esta razón no hay ningún ejercicio que estimule únicamente un área cerebral específica.

Una de las maneras en que podemos ayudar a nuestro cerebro es mediante la estimulación cognitiva, porque favorece el fortalecimiento y activación de las capacidades mentales, es por ello que su aplicación tiene como objetivo primordial evitar alteraciones a nivel neurológico, disminuir el declive biológico de nuestro cerebro, retardar la aparición de alteraciones y aumentar las capacidades en las personas para evitar la afectación de la calidad de vida de los seres humanos.

El interés de trabajar actividades para fortalecer la memoria del adulto mayor surge de la necesidad de abordar el tema de envejecimiento desde un enfoque pedagógico, en el cual se pueda contribuir a la mejora de sus funciones cognitivas, se favorezca el aprendizaje y se prevengan futuras fallas en memoria, esto con el fin de favorecer su calidad de vida y por ende mejorar sus actividades diarias, esto traerá como beneficio adultos mayores más sanos, más independientes y en el mejor de los casos libres de trastornos neurológicos o enfermedades demenciales.

Las investigaciones dejan claro que es posible estimular la actividad neuronal, potenciando actividades en las cuales empleamos nuestra memoria y favorecer con ello la retención, consolidación, mejora de los aprendizajes y continuar con el desenvolvimiento en las actividades que son satisfactorias para el hombre.

Justificación

Es urgente continuar con el diseño e implementación de programas que garanticen la calidad de vida y que le permitan al AM poseer salud física, mental y social. Es importante que se pueda preservar su capacidad funcional, cognitiva, su autonomía, que se promueva el cuidado a la salud y la participación social, para evitar el riesgo de aislamiento, enfermedad u hospitalización.

El desarrollo de programas preventivos facilitará el conocimiento y promoción de acciones encaminadas a mejorar el bienestar del AM y de sus familias, con la finalidad de prevenir o retardar factores de riesgo que ocasionan enfermedades en ellos.

Presentación

Muchas veces hemos escuchado que es importante cuidar nuestro cuerpo, olvidando un poco lo importante que resulta cuidar aún más nuestro cerebro. Una forma adecuada de comenzar realizar periódicamente actividades que ayuden a fortalecer nuestras capacidades cognitivas, en cualquier momento de nuestra vida podemos estimular y entrenar a nuestro cerebro y la vejez no debe ser una excepción.

Se sabe que son innegables los beneficios de la estimulación cognitiva, por esta razón las actividades para fortalecer la memoria del adulto mayor que a continuación se sugieren, tienen como finalidad que él continúe con el uso de sus capacidades mentales y éstas se vean incrementadas.

Debo mencionar que en México existen muchas personas de más de 60 años que no asisten a un centro geriátrico, que no tienen la información necesaria sobre las acciones que pueden llevar a cabo para poder tener calidad de vida considerando los aspectos, físicos, psicológicos, sociales y mentales que esta conlleva. Por tal motivo pensé en actividades que resultaran “accesibles” a cualquier persona y en las cuales no se presenten dificultades para que sean llevadas a cabo.

Las actividades propuestas buscan estimular la memoria, pero a su vez se estarán ejercitando una o más funciones cerebrales, por ejemplo, la atención, percepción, lenguaje, además de la creatividad, la coordinación, ya que de manera general estimularán en buena medida las redes neuronales de los adultos mayores.

Las actividades se dividen en 4 apartados que se relacionan de manera general.

- Actividades cognitivas
- Actividades recreativas
- Actividades de aprendizaje

Objetivo: Mejorar la calidad de vida del adulto mayor mediante el fortalecimiento de su memoria a través de la estimulación cognitiva que le permita potenciar y mejorar sus habilidades y propiciar con ello un envejecimiento activo y saludable.

Objetivos específicos:

- Promover un envejecimiento activo y saludable.
- Favorecer la actividad neuronal mediante ejercicios que involucren la atención, memoria y percepción.
- Mantener y activar sus funciones cognitivas para evitar o disminuir un cuadro demencial.
- Motivar al adulto mayor para que aplique estas estrategias en actividades de su andar cotidiano.
- Estimular las áreas cerebrales para retardar o aminorar el envejecimiento cognitivo.
- Favorecer continuos aprendizajes.

Dirigido a: Las actividades que a continuación se describen están pensadas para todas aquellas personas que atraviesan la vejez desde un envejecimiento normal, es decir, que no presentan deterioro cognitivo o demencial e incluso puede aplicarse como un mecanismo preventivo antes de los 60 años.

Es importante aclarar que las actividades propuestas no están dirigidas a un grupo reducido, más bien se busca que cualquier adulto mayor (ya sea desde su casa o que esté en posibilidad de asistir a un centro geriátrico) pueda realizarlas, por tal motivo se consideró que fueran accesibles para cualquier grupo social.

Recomendaciones generales

1. Primeramente será necesario que se lleve un adecuado estilo de vida, para que conjuntamente con estos ejercicios se logre un beneficio de una manera integral.
2. En aquellas actividades que sea necesaria la concentración y atención, se debe buscar un lugar tranquilo, lejos de cualquier distracción.
3. Es importante optimizar las pérdidas, por ejemplo: la vista y considerar si se requiere de un instrumento adicional (lentes), para poder ver adecuadamente las actividades sugeridas.
4. Hay que considerar el tiempo de aplicación, ya que no se recomienda que dichas actividades se realicen por tiempos prolongados, (no más de 40 min) además es importante cuidar que las actividades no repercutan negativamente en la socialización del adulto mayor.

Primera Parte: Actividades Cognitivas

En este apartado se incluyen como propuestas de estimulación: juegos de mesa, pasatiempos y fichas o imágenes, cuyo objetivo principal será incrementar, mejorar y mantener las habilidades mentales.

Los beneficios y ventajas que proporcionan los pasatiempos y juegos de mesa son incuestionables para mantener y potenciar la actividad mental. Portellano,(2014) afirma que tienen una función lúdica, previenen el deterioro cognitivo y son ejercicios activos. En este apartado describiré brevemente tres juegos de mesa, explicaré algunos pasatiempos e incluiré fichas donde se trabaje las capacidades cognitivas.

JUEGOS DE MESA

SCRABBLE

El objetivo del juego es formar sobre el tablero palabras que se crucen entre sí, utilizando fichas marcadas con una letra y un número (su valor). Es necesario intentar conseguir la mayor cantidad de puntos. Ganará quién haga una mayor puntuación.



Figura 6. Scrabble. Fuente: Google

DOMINÓ

Es un juego que consta de 28 fichas, cada una de ellas divididas en dos con una serie de puntos negros que indican su valor. La dinámica consiste en formar una cadena relacionándolas con su valor. Gana quién se quede sin fichas.



Figura 7. El Juego Dominó. Fuente: Google

MEMORAMAS

En este juego se colocan boca abajo tarjetas o cartas de manera que estén revueltas, el objetivo es encontrar el mayor número de pares de cartas.



Figura 8. Memorama. Fuente: Google

Juego	Funciones que ejercita
Ajedrez	Memoria, percepción visoespacial, atención y concentración.
Scrabble	Motricidad fina, lenguaje, memoria semántica, concentración, razonamiento.
Dominó	Orientación, cálculo, atención, concentración, percepción visual,
Memoramas	Memoria, Percepción visual, atención,
Damas	Atención, concentración, percepción visual, motricidad fina,

Tabla 11. Juegos de Mesa. Elaboración propia.

Pasatiempos	Funciones que ejercita
Puzzles	Memoria visual, orientación espacial, atención, concentración.
Sopas de Letras	Lenguaje, atención, concentración, memoria. grafomotricidad.
Crucigramas	Lenguaje, concentración, memoria,
Sudoku	Percepción, memoria, atención,
Laberintos	Coordinación viso motora, atención, funciones visomotoras.
Lectura	Lenguaje, atención, memoria, creatividad.

Tabla 12. Pasatiempos. Elaboración propia.

Se incluyeron estos juegos y pasatiempos por considerarlos accesibles para los AM, cabe señalar que pueden elegirse de acuerdo a los gustos e intereses.

El tiempo sugerido es no mayor a una hora y realizarlos de 2 a 3 veces por semana.

Conjuntamente con los juegos de mesa y pasatiempos, se incluyen en este apartado ejemplos de fichas que pueden ser de utilidad para fortalecer y activar las capacidades cognitivas. Se proponen 3 fichas que estimulan la atención, memoria y percepción (a manera de ejemplo).

ATENCIÓN

De acuerdo con el análisis que se llevó a cabo, se vio que los AM tienen problemas con la atención sostenida, es decir con aquella que requiere un esfuerzo, por esa razón estas fichas que se proponen pretenden que se pueda estimular y favorecer este tipo de atención.

1.- Encuentra a la palabra intrusa: En la siguiente tabla hay pares de palabras, encuentra aquellas que no tienen pareja.

poro	porro	persona	porro
puerto	parto	pueblo	puerco
perro	persona	pera	pizza
pueblo	puerta	parto	portazo
pera	puerco	poro	pico
perico	pico	perro	puerto
pizza	porro	puerta	porro

Tabla 13. Modelo de ficha de atención. Elaboración propia.

En la siguiente ficha, rodea todos los números 7 que encuentres.

6	1	7	5	0	4	9	8	0	7	6	8	9	8	0
4	9	0	3	2	1	7	5	2	8	4	3	5	7	3
7	5	2	8	6	8	5	1	4	5	1	0	2	3	9
9	2	8	1	7	3	4	6	9	2	9	7	4	6	4
3	0	3	9	8	9	2	3	7	6	3	6	0	2	1
8	7	6	2	3	7	6	9	8	3	5	2	1	5	8
1	6	1	0	4	0	1	2	1	9	7	9	8	1	5
0	3	4	7	9	5	8	0	5	4	0	4	7	9	2
5	8	5	6	1	2	3	7	3	1	2	1	6	4	6
2	4	9	4	5	6	0	4	6	0	8	5	3	0	7

www.tallerescognitiva.com 04 Cuaderno de introducción y ejemplos

Figura 9. Ficha de Atención. Fuente: Google

Trazar un círculo alrededor de la figura que sea igual a la que se le presenta ↓

↓	↓	→	←	↓	←	→	↓	↘	↓
↓	→	↓	↙	↖	↓	↓	→	←	↓
←	→	↓	↘	↓	↙	↗	→	↓	←
↓	→	↑	↙	↖	↓	↓	→	←	↓

Trazar un círculo alrededor de la figura que sea igual a la que se le presenta ✂

Figura 10. Ficha de Atención 2. Fuente Google.

Segunda Parte: Actividades Recreativas

En el marco de envejecimiento exitoso se incluye el estado de bienestar que debe mantener el adulto mayor, para ello será necesario incluir actividades recreativas en dónde la participación activa de los AM contribuya a lograr mejoras en su estado de ánimo, aumente y mantenga el bienestar psicológico y además ese contacto social ayude a estimular y mantener su cognición.

Se entiende por recreación aquellas actividades que se realizan de manera y espontánea, considerando los intereses de las personas, gustos y habilidades. La recreación debe ser entendida más allá de considerar únicamente ocupar el tiempo libre, más bien engloba acciones que favorecen un estilo de vida más saludable y contribuye a un sentimiento de plenitud y bienestar.

Estas actividades tienen como objetivos:

- Favorecer y estimular la creatividad y capacidad artística.
- Mantener las habilidades y destrezas.
- Mejorar el sentimiento de bienestar y plenitud.
- Mejorar las relaciones interpersonales y la convivencia generacional.
- Favorecer su autoestima.
- Mantener las habilidades motoras y de coordinación
- Promover la comunicación con amigos y familiares.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.

Las actividades propuestas se dividirán en: culturales, deportivas y artísticas.

Deportivas	Culturales	Artísticas
Ejercicio: Yoga, caminata, ejercicios cardiovasculares, TaiChi.	Visita a museos, realizar viajes, asistir al teatro.	Pintura, bordado, manualidades, joyería, cerámica, pertenecer a un coro.

Tabla 14. Actividades para el Adulto Mayor. Elaboración propia.

Tercera Parte: Actividades de Aprendizaje

Uno de los factores de riesgo para los trastornos neurológicos es el bajo nivel educativo, por esta razón se considera oportuno un continuo aprendizaje a lo largo del ciclo vital. La vejez no tiene que ver únicamente con el deterioro físico ya que es posible establecer conexiones neuronales para fortalecer nuestras capacidades.

Los nuevos aprendizajes que deseen adquirir los AM dependerán de sus intereses, sus gustos y sus posibilidades; sin embargo considero oportuno abarcar el aprendizaje hacia la tecnología que en la mayoría de los casos es un desafío ya que no se cuenta con habilidades tecnológicas debido a que no se conocen o no se han adquirido. Además poseer un aprendizaje musical y lingüístico ya que esto beneficiará su cognición y la manera en cómo se relacione con sus semejantes.

Aprendizaje	Beneficios para el AM
Musical	Mejora la memoria, la atención y el aprendizaje. Provoca placer y bienestar. Favorece la disciplina. Amplia las relaciones sociales.
Tecnológico	Favorece conexiones con lejanos amigos. Facilita acceso a la información. Adquiere nuevos conocimientos. Lo involucra al entorno tecnológico provocando que se acerque a la era tecnológica.
Lingüístico	Favorece el desarrollo intelectual. Fortalece la memoria y atención. Mejora plasticidad neuronal. Fortalece las relaciones personales. ³

Tabla 15. Aprendizajes. Elaboración propia.

³ Tomado de : <https://mas60.es/blog/?p=749> consulta 6-08-16

CONCLUSIONES

Es necesario reconocer que el envejecimiento demográfico en el país no debe tomarse a la ligera, tanto para quienes crean programas de salud/preventivos como para aquellos que están en el camino del envejecimiento (somos todos), ya que cada día serán más las personas con más de 60 años en México y es importante reflexionar en la manera en cómo se está envejeciendo y cómo queremos envejecer.

Esta situación me llevó a reflexionar sobre las incipientes medidas preventivas en el país que benefician a los adultos mayores, por un lado en el sentido de la formación de geriatras con los que se cuenta para poder atender a todas las personas que tendrán más de 60 años, por el otro, con la creación de programas de salud, económicos, sociales, educativos, en derechos humanos, etc., que se crean a favor de garantizar la calidad de vida y superar las barreras generacionales que se han ido creando a lo largo de los años.

Si bien esta situación no proporciona un panorama alentador, es necesario que podamos ser conscientes de las acciones que están a nuestro alcance para poder disminuir las situaciones que ponen en desventaja o aminoran la posibilidad de tener y gozar de una buena calidad de vida a lo largo del ciclo vital.

Primeramente a nivel individual será ineludible asumir la idea de que es posible envejecer saludablemente, para ello será necesario que las personas que atravesarán por esta etapa puedan ser conscientes y acepten los cambios que en ella se presentarán y con ello poder hacer frente a los factores que aceleran la vejez desde las perspectivas biopsicosociales que se analizaron en este trabajo, además de optar por un enfoque preventivo en el cual se actúe para poder disminuir las enfermedades crónico-degenerativas y se mejoren los aspectos: físico, económico y social de los adultos mayores.

A nivel familiar será prioritario que los mismos familiares puedan erradicar la visión negativa de la vejez, que como se revisó pone en vulnerabilidad a este grupo etéreo y puedan contribuir con una visión positiva e integradora. Además se requiere que los mismos familiares comprendan los cambios que se suscitan en esta etapa, a fin de lograr una mejor adaptación en el entorno social.

En el aspecto social se considera la creación de programas preventivos a nivel nacional que realmente ayuden a prevenir enfermedades que se agravan y/o presentan en la vejez, campañas de información para promover el autocuidado, crear programas sociales encaminados al respeto a los derechos humanos, la formación en materia de salud y educativa que se requiere, la creación de espacios destinados al bienestar individual y colectivo para los casi 10 000 000 de adultos mayores que actualmente existen en México y no menos importante, la creación de programas de estimulación cognitiva, entre muchas otras acciones.

Todo lo anterior deja claro que el trabajo multidisciplinar es urgente y necesario, pero sin lugar a dudas la pedagogía tiene mucho que aportar a la vejez, en primer lugar con la educación que debe tener un enfoque de inclusión, en el cual el adulto mayor pueda ser considerado como una persona valiosa dentro de la familia y la sociedad, en segundo lugar con la creación e implementación de programas educativos que promuevan una vejez más amigable, que contribuyan al desarrollo óptimo del adulto mayor y que permitan que pueda continuar con el estímulo de sus capacidades, en tercer lugar con la difusión de información sobre cómo podemos tener una vejez más saludable.

Las acciones encaminadas a favorecer la salud de los adultos mayores son bastas, no hay que soslayar aquellas que pueden favorecer los aspectos cognitivos, que como bien se revisó, los aspectos neurológicos pueden verse afectados con el paso del tiempo, esto deja claro que los casos de demencia pueden ir en aumento.

Por tanto la importancia que tiene el mantenerse activo social y mentalmente, como se analizó, favorecerá las funciones mentales y posibilitará mejores condiciones de independencia, autonomía, responsabilidad y se fortalecerán las relaciones sociales.

Los programas de estimulación cognitiva son pilar clave en la preservación de nuestras capacidades pues favorecen la neuroplasticidad y resultan necesarios en el marco del envejecimiento activo y saludable. Desde luego las actividades sugeridas son únicamente el inicio de un bagaje de posibilidades que podemos obtener y sobre todo que están al alcance de la mayoría de las personas que no se encuentran en centros geriátricos, asilos o que pese a su nivel funcional pueden optimizar y compensar las pérdidas y continuar trabajando en el desarrollo de sus habilidades mentales.

No hay que olvidar que las actividades para estimular el cerebro van de la mano de aquellas otras que implican tener una vida saludable, activa, con ejercicio físico o motriz, además de una buena alimentación, que se prevengan las enfermedades cardiovasculares, y sobretodo que se tengan motivaciones, interacciones sociales y que pueda concebirse una sociedad más amigable.

Con la realización de este trabajo amplió la afirmación que son muchas las maneras en que se puede intervenir para trabajar con el adulto mayor desde la pedagogía y que junto con otras disciplinas científicas se puede contribuir conjuntamente a poder cubrir las necesidades educativas, sociales e individuales de las personas mayores y que se hable de una vejez realmente satisfactoria.


















Por tanto es urgente que se puedan implementar proyectos a nivel nacional que favorezcan la salud mental, para poder disminuir los deterioros en memoria; es imprescindible crear campañas de información que muestren los beneficios y alcances que se logran con la activación neuronal y el continuo aprendizaje a lo largo de la vida.

La vejez es una etapa maravillosa en el ser humano y la pedagogía no hace más que aportar las herramientas para hacer de las personas mayores un continuo cúmulo de aprendizajes y saberes. El ideal pedagógico es que podamos actuar de manera autónoma con base a nuestros intereses y motivaciones y podamos crear oportunidades de bienestar a nivel físico, social, psicológico.

ANEXOS

EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN

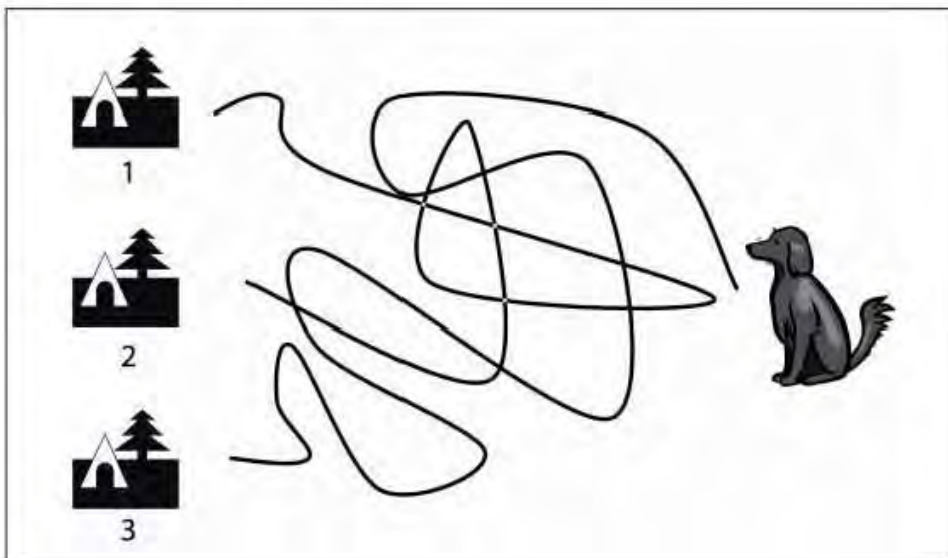
Señala cuál de las cuatro imágenes de la derecha es igual de grande que la imagen de la izquierda.

www.tallerescognitiva.com Cuaderno de Introducción y ejercicios

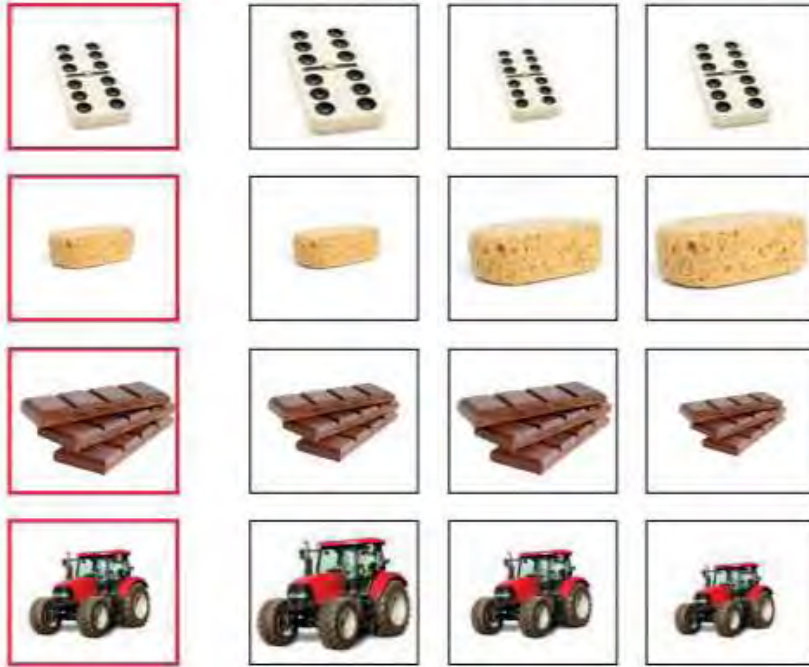
Observe los siguientes cuadros. Responda a las preguntas.

¿Cuál de las tres casas es la del perro?



1
2
3

Señala cuál de las tres imágenes de la derecha es igual de grande que la imagen de la izquierda.



www.tallerescognitiva.com

47

Estimulación Cognitiva para Adultos

Señala cuál de las cinco imágenes de la derecha es igual de grande que la imagen de la izquierda.



www.tallerescognitiva.com

50

Cuaderno de introducción y ejemplos

Señala cuál de las dos sombras de abajo pertenece al objeto de arriba.

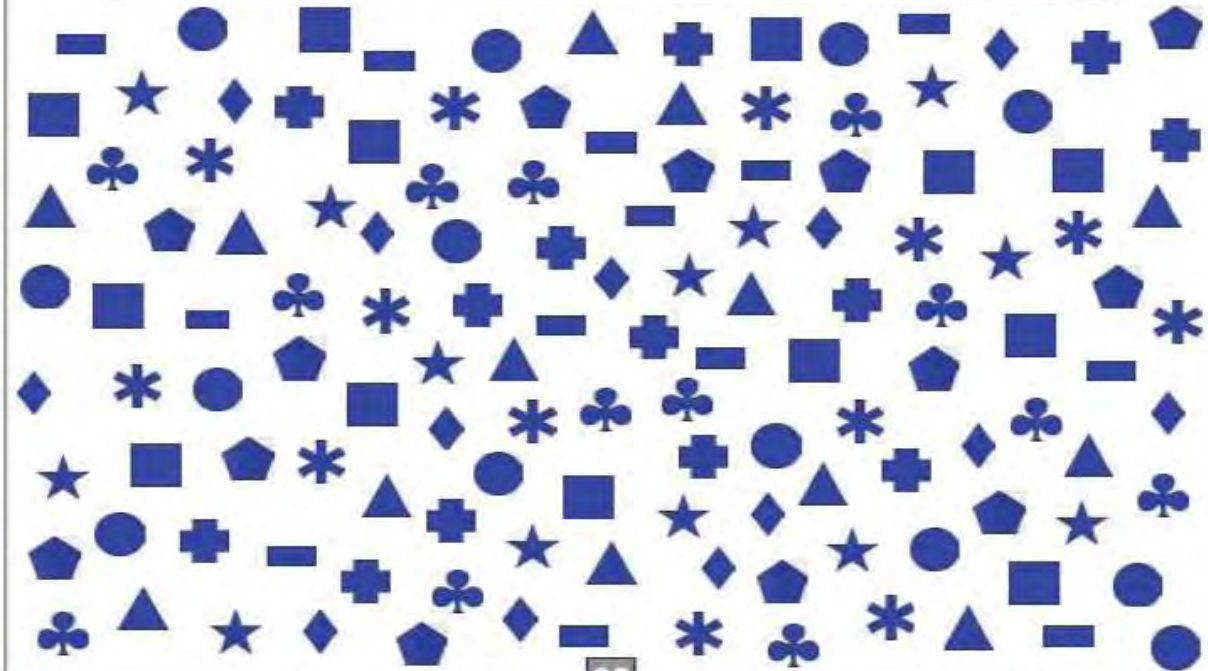
www.talerescognitiva.com 51 Estimulación Cognitiva para Adultos

EJERCICIOS DE ATENCIÓN

Rodea con círculos todas las teteras que encuentres como esta: 



Rodea con círculos todos los símbolos que encuentres como estos:



Rodea con un círculo las letras que se repiten en cada fila:

f g u n m h u v

r t x s r j k ñ

q g b d p t ñ p

x z s r h u x n

s a e a u d o i

z s d c o p h c

EJERCICIOS DE MEMORIA

MIRE ATENTAMENTE LA SIGUIENTE LISTA DE PALABRAS E INTENTE RELACIONAR LAS DE UNA COLUMNA CON OTRA, POR ALGO QUE PUEDAN TENER EN COMÚN.

Doblar el papel por la mitad

1.- Mire durante 2 minutos esta lista de pares de palabras:

Perro	Caja
Teléfono	Radio
Bolígrafo	Roscón
Sello	Océano
Sartén	Puerta
Lámpara	Revista
Disco	Suspense
Tabaco	Ordenador
Maceta	Cristales
Ladrillo	Sueño

Doblar el papel por la mitad

INSTRUCCIÓN: Mire atentamente la siguiente lista de palabras. ¿Cuántas es capaz de recordar?

Arquitecto, Perro, Pepino, Sofá, Coche,
Bombero, Gato, Aceitunas, Escritorio,
Avión, Funcionario, Burro, Atún,
Taburete, Helicóptero, Tendero, Ratón,
Lechuga, Lámpara, Barco.

INSTRUCCIÓN: Complete los siguientes refranes poniendo las vocales que faltan (si no conoce alguno, invénteselo, intentando que tenga sentido y rima).
Todos comienzan con la letra "A".

1. **A** quien madruga, Dios le ayuda.
2. _l p_n, p_n, y _l v_n, v_n.
3. _ll_ d_nd_ f_r_s, h_z l_ q_ v_r_s.
4. _j_, c_b_ll_, y l_m_n, y d_j_t_ d_ l_ _ny_cc_ _n.
5. _ñ_s d_ n_n_s, m_ch_s m_nt_n_s.
6. _rr_str_nd_, _rr_str_nd_, _l c_r_c_l s_ v_ _nc_r_m_nd_.
7. _b_ _rt_ _l c_j_n, c_nv_d_d_ _st_ _l l_dr_n.
8. _ l_s d_z, _n l_ c_m_ _st_s; m_j_r _nt_s q_ _ d_sp_ _s.

Fuentes Consultadas

*Referencias

- Ardila , A., & Roselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Arronte R, A (2013) Capítulo 20 *Demencias en: Envejecimiento activo y saludable: fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. (p249- 263) México, UNAM.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud* . Madrid: Siglo XXI.
- Carmona, V, S. E. (2011). *Envejecimiento Activo: la clave para vivir más y mejor*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Carver, C., & Scheier , M. (2014). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson.
- Castillo, S, D. (2009). Envejecimiento Exitoso. *MED. CLIN.CONDES*, 167-174.
- Castro Mariscal, J. (2012). Influencia de un programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. México.
- CNDH. (1999). *Los Derechos Humanos en la 3° edad*. México: CNDH.
- Cubero González , P. (2002). *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*. Barcelona: Masson.
- D' Hyver de las Deses , C. (2014). *Geriatría* . México, D.F.: Manual Moderno .
- Davicino, N., & Muñoz, M. (2009). El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer . *Revista Chilena de Neuropsicología* , 6-11.
- Fundación MAPFRE Medicina . (1997). *Daño cerebral y calidad de vida: demencias*. Madrid: MAPFRE S.A.
- García Ramírez , J. (2003). *La vejez: El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdes .
- González Miers, M. D. (2000). *Cuando la 3° edad nos alcanza: crisis o retos*. México: Trillas.
- González, B., & Muñoz M, E. (2008). *Estimulación de la memoria en personas mayores*. España: Síntesis.
- Hansen Lemme, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México, D.F: Manual Moderno.

- Hernando Ibeas, M. V. (s/f). *El fenómeno del envejecimiento*.
- Izquierdo, Martínez, Á. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos*. Revista Complutense de Educación, 601-619.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Mayán S, J. M., Fernández P, M., Soares S, A., & Lens Villaverde , M. (2008). *Mente activa, ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica*. Madrid : Pirámide .
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento* . Madrid: Morata.
- Moraleda, M. (1995). *Psicología del Desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. Barcelona: Boixareu.
- Pamplona, R. (2009). Restricción calórica y envejecimiento en humanos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Papalia, D. E., Duskin F, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Pérez Cano , V. (2006). *Vejez, autonomía pero con calidad de vida*. España: Dykinson.
- Puig. G., X. (2012). *Calidad de vida en la vejez Estimulación Cognitiva*. Santiago de Chile: Caja Los Andes.
- Román Lapuente, F., & Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 27-43.
- Sassenfeld, Jorquera, A. (s,f). *El Desarrollo humano en la psicología jungiana*. Chile .
- Satorres Pons, E. (2013). *Bienestar Psicológico en la Vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Valencia, España.
- Schaie, K. W., & Serry, L. W. (2003). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez* . Madrid: Pearson Educación .
- Slachevsky, & Oyarzo. (2008). *Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica*. Buenos Aires, Argentina.
- SSA/ SINAVE. (2010). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010* . México.
- Stuart Hamilton , I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Tobeña, A. (2011). *Mentes lúcidas y longevas*. Barcelona: El espejo y la lámpara.
- Triadó , C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

*Referencias electrónicas

- Camacho Solís , R. E., Gámez Mier , C. H., Flores Grimaldo, A. V., & Guerrero Nava, G. (2016). *Programa de Envejecimiento Activo*. Obtenido de INGER: <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/37.pdf> Fecha de consulta Agosto 2016.
- Caballero, G. C. (s.f.). Obtenido de <https://www.zahartzarrea.org/.../35-aspectos-generales-del-envejecimiento>
- CNDH.(2012). *Derechos de los adultos mayores*. Obtenido de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/cartillas/9%20cartilla%20Derechos%20adultos%20mayores.pdf> Fecha de consulta Marzo 2015.
- CONAPO. (2004). *El envejecimiento de la población en México, transición demográfica*. Obtenido de www.marista.edu.mx/documents/.../transicion-demografica-de-mexico Fecha de Consulta febrero 2015.
- EcuRed, Conocimiento para todos*. (s.f.). Obtenido de http://www.ecured.cu/Calidad_de_vida
- Gutiérrez Robledo, L. M., & Arrieta Cruz Isabel . (2014). *Plan de Acción Alzheimer y otras demencias 2014*. Obtenido de INGER: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan_alzheimer.pdf Fecha de Consulta abril 2015.
- INEGI. (2005). *INEGI*. Obtenido de www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/.../abrepdf.asp?upc... Fecha de consulta noviembre 2013
- INEGI. (2010). Obtenido de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
- INEGI. (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 octubre) Datos Nacionales*. Aguascalientes: INEGI.
- Portellano, J. A. (12 de 08 de 2014). *Pasatiempos: puzzles para el cerebro*. Obtenido de Efe futuro.com: <http://www.efesalud.com/noticias/pasatiempos-puzzles-para-el-cerebro/> Fecha de consulta: septiembre 2016.

*Bibliografía

Alba, V. (1992) *Historia social de la vejez*, Barcelona, Laertes.

Coronas, R & Cucala E. (1996) *Psicología Evolutiva y de la Educación. Teoría y Práctica*, Barcelona, EUB.

Díaz Miranda , E. (2010). *La Demencia. Abordaje en la práctica Clínica diaria*.

Fernández, B, R. (2000) *Gerontología Social*, Madrid, Pirámide.

Gluck , A. M., Mercado, E., & Myers, C. (2009). *Aprendizaje y memoria : del cerebro al comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Maroto, S. M. A. (s/f). *La memoria Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Madrid. Instituto de Salud Pública

Katz, L. (200) *Mente despierta*, Barcelona, RBA.

Mias, C. D. (2009). *Quejas de la memoria y deterioro cognitivo leve: concepto de evaluación y prevención*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor .

Moreno Martínez, F. J, & Moratilla Pérez, I. (2014). *Demencia : qué es y cómo puede tratarse*. Madrid : Síntesis.

Rivera A. (s/f) *Aplicación de la Teoría de Daniel Levinson a la Consejería Universitaria*. (Documento en línea, sin vínculo disponible.)

Rodríguez, Suárez L. F. (2006) *Cuidados auxiliares geriátricos: conceptos generales*, Sevilla, Madrid, Eduforma.

Rohkmam, R. (2011). *Neurología: texto y atlas*. Madrid : Médica Panamericana.

Sardinero. P. A (s/f) *Cuaderno de introducción y de ejemplos. Estimulación cognitiva para adultos*. Gesfomedia [documento en línea].

Vidal, D. M (2011) *Taller de memoria: cómo organizar un taller para mantener la mente en forma*. Barcelona, Alba Editorial.