



---

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

El dispositivo grupal como medio para la  
estimulación mental en el adulto mayor

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A (N)

Pamela Saldaña Romero

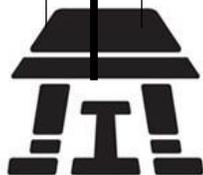
Jazmin Cruz Mondragon

Dictaminadores: Lic. María Estela de los Remedios Flores Ortiz

Dr. Fernando Quintanar Olguín

Mtra. Carlota Josefina Reyes Lira

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ¿Qué cuántos años tengo?

*Frecuentemente me preguntan qué cuántos años tengo...*

*¡Qué importa eso!*

*Tengo la edad que quiero y siento. La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.  
Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso, o lo desconocido.*

*Tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.*

*¡Qué importa cuántos años tengo! No quiero pensar en ello.*

*Unos dicen que ya soy viejo y otros que estoy en el apogeo.*

*Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice, sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.*

*Tengo los años necesarios para gritar lo que pienso, para hacer lo que quiero, para reconocer yerros viejos, rectificar caminos y atesorar éxitos.*

*Ahora no tienen por qué decir: Eres muy joven... no lo lograrás.*

*Tengo la edad en que las cosas se miran con más calma, pero con el interés de seguir creciendo. Tengo los años en que los sueños se empiezan a acariciar con los dedos, y las ilusiones se convierten en esperanza.*

*Tengo los años en que el amor, a veces es una loca llamada, ansiosa de consumirse en el fuego de una pasión deseada.*

*Y otras un remanso de paz, como el atardecer en la playa.*

*¿Qué cuántos años tengo? No necesito con un número marcar, pues mis anhelos alcanzados, mis triunfos obtenidos, las lágrimas que por el camino derramé al ver mis ilusiones rotas...*

*Valen mucho más que eso.*

*¡Qué importa si cumplo veinte, cuarenta, o sesenta!*

*Lo que importa es la edad que siento.*

*Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.*

*Para seguir sin temor por el sendero, pues llevo conmigo la experiencia adquirida y la fuerza de mis anhelos.*

*¿Qué cuantos años tengo? ¡Eso a quién le importa!*

*Tengo los años necesarios para perder el miedo y hacer lo que quiero y siento.*

**JOSÉ SARAMAGO**

## DEDICATORIA

### Pamela

Este trabajo se lo dedico de corazón a:

Mi familia, principalmente a mis padres que siempre me brindaron su apoyo, les doy gracias porque sin ellos no hubiera sido posible todo esto, este triunfo también es suyo. Gracias por darme su amor a su particular manera y enseñarme que la constancia, la responsabilidad y la perseverancia son indispensables para llegar al éxito. A mi madre que a pesar de las circunstancias nunca se ha rendido y ha luchado para que yo salga adelante. A mi padre que siempre me inculco la constancia y la responsabilidad como valores necesarios para construir mi camino. A mi hermana Pilar que siempre estuvo conmigo y me apoyo desde pequeña, por ser mi guía, mi maestra, pero sobre todo una amiga con la que siempre puedo contar. Por ayudarme en todo momento, pero sobre todo por estar para mí siempre que te necesito.

A Jaime por ser una persona maravillosa que en cada momento está conmigo sin pedir nada a cambio. En las buenas para felicitarme y en las malas para ayudarme a mejorar y decirme que puedo lograr cualquier cosa que me proponga. Te agradezco infinitamente porque en ti siempre encuentro quien me escuche, me apoye, me ame, me mejore y lo más importante me das la posibilidad de ser mejor persona sin soltarme, siempre ayudándome a mantener el equilibrio. Por enseñarme a vivir de manera diferente, nunca dejare de agradecerte todo lo que has hecho y sigues haciendo por mí, eres pieza fundamental en mi vida y estoy feliz de poder compartir este logro contigo, te amo y estoy segura que es uno de los primeros que veremos juntos.

A Andrea porque has estado para escucharme y darme aliento para seguir adelante y nunca rendirme, siempre voy a valorar tu amistad y que no importa la situación siempre me sacas una risa. Por mostrarme que para lograr mis objetivos solo hace falta creer en mí y esforzarme, sé que en todo momento puedo contar contigo.

A Estela por todas tus enseñanzas, por tu tiempo y por el espacio que me brindas para poder llevar a cabo este proceso, todos mis agradecimientos por hacerme ver que soy capaz de esto y mucho más. Asimismo agradezco a los pacientes de la Clínica Familiar del ISSSTE Balbuena que participaron en los diversos talleres, ya que hicieron posible todo esto y me mostraron que la tercera edad es una etapa hermosa, no tengo palabras para poder describir todas las atenciones que tuvieron conmigo, me quedo con todas sus enseñanzas, su sabiduría y experiencia.

## DEDICATORIA

### Jazmin

Conseguir este logro profesional me llena de satisfacción y alegría, me han acompañado varias personas a las que agradezco su apoyo, consejos, regaños, comprensión, pero sobre todo darme palabras que me permitieron seguir con mi formación profesional.

Este trabajo se lo dedico principalmente a mi abuelita, fuiste una persona extraordinaria, todos los recuerdos que tengo de ti me llenan de alegría, siempre confiaste en mí, me brindaste tanto amor y cuidados hasta tus últimos momentos. Sé que estarías muy orgullosa porque me convertí en una mujer que lucha por sus metas y alcanza un éxito más.

A mis padres por su infinito amor en cada momento de mi vida. Mamá, gracias por siempre apoyarme, por tus cuidados, enseñanzas, sacrificios, por la motivación constante que me permite ser una persona de bien, me demuestras que nada es imposible si tienes la determinación para hacer lo que te propongas, por todos los esfuerzos que haces para seguir adelante a pesar de las circunstancias. A ti papá por ser mi ejemplo de perseverancia y constancia, por todos los valores que me has inculcado, por no dejarme sola en ningún momento, agradezco tu cariño, confianza y cuidados. Es un logro que sin ustedes no habría cumplido, los quiero demasiado.

A mi pequeña Paty, me motivas a seguir adelante para cumplir todos nuestros sueños y proyectos juntas, ser tu hermana es una aventura llena cada día de alegría y amor, estás conmigo en mis mejores y peores días, eres mi cómplice y mejor amiga.

A Estela por acompañarnos y apoyarnos en esta trayectoria de infinitos aprendizajes, por la motivación para culminar nuestros estudios profesionales y la elaboración de esta tesis. A cada uno de nuestros queridos participantes, quienes cambiaron mi manera de percibir la vida y el significado de la vejez, me brindaron

toda su sabiduría, cariño y enseñanzas a lo largo del proceso del cual formamos parte.

A mis grandes amigos Sandra, Gaby y Bruno su cariño es un tesoro que regala a mi vida algo de ustedes a cada momento, son tantos años de amistad y grandes momentos juntos. A ti, Pame por tu apoyo y comprensión a lo largo de este proceso que logramos terminar con éxito, ser compañeras me dejó muchas enseñanzas sobre la importancia del trabajo en equipo.

# ÍNDICE

I. Resumen.....	8
II. Introducción.....	9
III. Marco teórico	
A. La globalización: marco histórico y económico para la tercera edad.....	14
B. Situación actual del adulto mayor.....	29
C. Adulto Mayor y sus retos: una visión multidisciplinaria.....	48
1. Características biológicas del adulto mayor.....	48
2. Características psicológicas del adulto mayor.....	53
a. Estado emocional.....	58
b. Funciones cognitivas o intelectuales.....	60
3. Características sociales del adulto mayor.....	74
D. Aportaciones del Estado para el adulto mayor.....	81
1. ISSSTE.....	83
2. IMSS.....	85
3. INAPAM.....	86
4. DIF.....	90
5. Otras instituciones.....	91
E. Estrategias de intervención para el adulto mayor.....	99
1. Intervención en deficiencias.....	99
2. Grupos operativos.....	111
IV. Planteamiento de la situación problemática.....	122
V. Justificación.....	123
VI. Objetivo.....	125
VII. Método.....	126
A. Escenario.....	126
B. Población.....	126
C. Instrumentos.....	126
D. Procedimiento.....	128
1. Apertura.....	128
2. Desarrollo.....	128
3. Cierre o conclusión del proceso.....	129
VIII. Resultados.....	131
A. Cuantitativos.....	131
B. Cualitativos (Proceso grupal).....	136
IX. Discusión.....	140
X. Conclusiones.....	149
XI. Referencias.....	152
XII. Anexos.....	162

## I. RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar estrategias en los adultos mayores para la estimulación cognitiva con la finalidad de mejorar su calidad de vida, a través de la creación de un espacio grupal, desde la perspectiva de Pichón Riviere. Los participantes fueron 19 adultos mayores con edades desde 58 hasta 98 años. Los resultados obtenidos indican un mejor desempeño en el Test Visomotor del 27.4%, el Test del Reloj aumentó 22.63% y respecto a los índices de depresión se encontró que el 60% de ellos se encontraron en la categoría de “sin depresión” al concluir. Asimismo al analizar de los Vectores del Cono Invertido se percibió una transformación en la dinámica grupal y en cada uno de los adultos. Esta investigación demuestra que estimular las habilidades cognitivas y trabajar un proyecto de vida desde el enfoque de Pichón Riviere permite trabajar las ansiedades y miedos en la tercera edad.

**Palabras clave:** Adultos mayores, estado emocional, estimulación cognitiva y grupos operativos.

## II. INTRODUCCION

La opinión que tiene la sociedad y las culturas sobre la vejez cambio totalmente con el paso de los años. Anteriormente el anciano era visto como una persona sabia y respetable, en la actualidad es relegado y termina con calificativos de improductivo e inútil; todo lo anterior debido a la globalización, este sistema económico hace que se consuman bienes materiales de manera excesiva y se desechen de la misma forma. Lo mismo ocurre con las personas, pues son vistas como sistemas productivos, los cuales sufren repercusiones al paso de los años pues se tiene la idea de que los ancianos no producen ni consumen como las personas más jóvenes.

La globalización es una tendencia de la cual se habla mucho en la sociedad, sin embargo es poco el conocimiento que se tiene sobre el impacto en la vida diaria de las personas. De acuerdo con Roblas (2012) es una tendencia no equitativa, que se basa en la tecnología, la producción, el consumo, en el intercambio fundamentado en el mercado, donde las relaciones, vinculaciones y acciones parten de la obtención de un beneficio.

Aunque se cree que el único impacto entre la globalización y la ancianidad es la exclusión de la sociedad por no ser productivas, Santiago (2005) señala que hay una estrecha relación en cada aspecto de la vida diaria, en las decisiones familiares, en la realización e implementación de programas de seguridad social, y sistemas nacionales de salud y en aspectos económicos y educativos.

El envejecimiento involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista biológico, dicho proceso es consecuencia de transformaciones bioquímicas que afectan el funcionamiento de órganos y sistemas aspecto que incrementará la vulnerabilidad a las enfermedades. La salud de las personas mayores se verá influida por causas genéticas y heredadas, medio ambiente (entorno físico, psicosocial y económico), factores sociales, estilo

de vida y sistema sanitario. Todos estos aspectos van a ser fundamentales para acelerar o retardar el deterioro cognitivo, emocional y de salud de los adultos mayores (De la Serna, 2000, citado en García, 2006).

La American Psychological Association (APA, 2016) apunta que al llegar a la tercera edad se contempla como una época de descanso, reflexión y oportunidades para realizar actividades que se postergaron por la crianza de los hijos, el trabajo y el desarrollo profesional. Sin embargo, el proceso de envejecimiento no vivido así por todos los ancianos, ya que varios aspectos como los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes se disfrutaban, implican una carga determinante para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Asimismo hay que considerar la disminución de las capacidades funcionales y cognitivas a las que se enfrentan los ancianos. García (2006) apunta que algunos de los problemas cognitivos más frecuentes son referentes al aprendizaje, atención, tiempo de reacción, actividad psicomotora, memoria y lenguaje. Aspectos que se deben trabajar de manera exhaustiva al llegar a la tercera edad para detener disminuir el deterioro cognitivo.

Una persona de edad avanzada puede apreciar una pérdida de control de su vida por fallas con la vista, pérdida de audición y otros cambios físicos, asimismo los problemas financieros son una gran preocupación para ellos, ya que al no tener ingresos por ser en su mayoría jubilados les causa tristeza, ansiedad, soledad, baja autoestima que los llevan al aislamiento social y con ello muchas veces a caer en estados de depresión.

La depresión tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de los ancianos y desencadenar nuevas preocupaciones. Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes, sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, en especial en adultos con discapacidades o que están confinadas a los asilos (APA, 2016).

Darle mayor peso a la parte orgánica y descuidar el estado emocional de los adultos mayores es un problema al que se le debe dar mayor importancia, ya que la depresión afecta al 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años, los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% y aproximadamente un 15% sufre algún trastorno mental. También se calcula que en el mundo hay 47,5 millones de personas aquejadas de demencia y se prevé que aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050 (OMS, 2013).

La salud mental y el bienestar emocional son igual de importantes relevantes en la tercera edad como en cualquier otro periodo de la vida. Contar con pocos programas que intervengan de manera integral dichos aspectos es un error pues los adultos mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros de la familia, cuentan una inmensidad de lecciones por enseñar y mucha sabiduría por transmitir.

En los sitios donde se brinda atención primaria de salud los problemas emocionales no se diagnostican ni se trata como debiera. Asimismo es frecuente que los adultos mayores pasen por alto su estado de ánimo y no se traten porque no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y la señal de tener alguna falla cognitiva propicia que las personas sean aún más renuentes a buscar ayuda o a realizar alguna actividad que disminuya dicha problemática.

Actualmente existen algunos programas sociales brindados por las Instituciones de Salud que están centrados únicamente en: manualidades, activación física, actividades culturales, entre otros, que sí bien son importantes para la población adulta mayor, son insuficientes, ya que no permiten la construcción de espacios donde se elaboren las pérdidas y las ansiedades del adulto mayor, así como las causas que generan sus grandes problemáticas como la soledad, la tristeza, la carencia de propósitos, la pérdida de funciones cognitivas y principalmente la falta de un proyecto de vida.

La metodología de los grupos operativos propuesta por Pichón Riviere tiende a formar al individuo desarrollando en él aptitudes, modificando sus actitudes, siendo una condición necesaria para esto, el trabajo grupal, ya que los participantes producen a través de un objetivo común, el análisis de su propia historia que implica su transformación. Asimismo el dispositivo grupal es una estructura privilegiada en la intervención psicosocial, porque permite la involucración subjetiva. Su condición de cara a cara, el requerimiento de circulación de la comunicación, la indicación hacia una producción social de saber, de recursos y de toma de decisión hace que los integrantes comprometan en ella sus esquemas referenciales, de pensamiento, sentimiento y acción. Por lo cual los cambios que se producen en este nivel tienden a persistir (Adamson, 2000).

De acuerdo con Flores (2011) el dispositivo grupal es una estrategia de intervención terapéutica, que se caracteriza por la demanda, es decir, la necesidad y la inquietud de los adultos mayores por buscar alternativas de solución para aquello que les preocupa, principalmente sus sentimientos de desesperación y soledad. Al emplear los grupos operativos se puede llevar a cabo de manera activa la construcción de un proyecto de vida que favorecería su estado emocional y su calidad de vida de los ancianos.

Por tal motivo la presente investigación tuvo como finalidad construir una estrategia grupal encaminada a estimular las funciones cognitivas y el estado emocional en adultos mayores. Primeramente se presenta el marco teórico con una visión biopsicosocial para tener una mejor comprensión de las esferas que integran al anciano. En el apartado A se hace un recuento histórico y económico de la globalización y las implicaciones que tiene para la tercera edad. En el apartado B se habla sobre la situación actual, las condiciones económicas, familiares, laborales, de salud y jubilación en las que se encuentran dicha población. En el apartado C se explica desde una visión multidisciplinaria las características biológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor. Subsiguientemente en el Apartado D se hace un recuento de las aportaciones del Estado a través de las distintas instituciones de salud para la atención de los

ancianos. Por último, en el apartado E se presentan las estrategias de intervención que se han hecho desde las intervenciones tradicionales centradas en las deficiencias y las propuesta de los grupos operativos y el impacto que tiene en los adultos mayores.

Posteriormente se plantea la situación problemática a la que nos enfrentamos con la globalización y el aumento de la población mayor en todo el mundo, pues teniendo en cuenta que la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre el año 2015 y 2050 la proporción de personas de 60 años se multiplicará por dos, pasando del 12% al 22%, en números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2,000 millones de personas mayores (OMS, 2013), aspecto que revela la importancia de llevar a cabo trabajos con este sector de la población. Finalmente se encontrará la justificación, el método, los resultados obtenidos, la discusión y las conclusiones a las que se llegaron tras realizar la intervención con la metodología de los grupos operativos.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **A. La globalización: marco histórico y económico para la tercera edad**

La globalización es un fenómeno de las últimas décadas del siglo XX, en el contexto de los grandes cambios que siguieron a la crisis mundial capitalista de mediados de los años 70s, la emergencia ecológica del planeta y el enorme desorden global que siguió al término de la segunda guerra mundial (Dabat, 2002). Sin embargo dicho concepto empezó a emplearse de manera permanente en los ámbitos académicos y políticos desde la década de los 80s.

La transformación de las fuerzas productivas y los modos de vida resultantes, alteraron las condiciones de desenvolvimiento de la economía, la sociedad, la cultura y la geopolítica mundial. En el plano económico generó nuevas industrias revolucionarias como la computadora o el software (Celestino, 2009; Lester, 1998, citado en Dabat, 2002) que asociadas al nuevo equipo reprogramable y las redes informáticas, transformaron las condiciones de producción, convirtiendo al conocimiento en la principal fuerza de la época, con ello cambió la estructura del empleo, modificando, individualizando y mundializando los patrones de consumo. Creando así una economía del conocimiento que se fundamenta en el uso de las ideas, más que en las habilidades físicas, es decir en la aplicación de la tecnología (García y Pulgar, 2010).

A finales del siglo XIX se dieron distintas modificaciones en todo el mundo, ejemplo de ello, fue la estratificación por edad comienza a ser institucionalizado, trayendo como resultado transiciones culturales como la asistencia a la escuela, el matrimonio, la vida laboral y el retiro, lo cuales comienzan a basarse en la edad de las personas. Esto surge por las necesidades de una sociedad industrial donde predominan diferentes tipos de orden económico y control social. Asimismo a principios del siglo XX, el número de personas de edad avanzada incrementó, los

adelantos en la ciencia permitieron aumentar la esperanza de vida de los seres humanos, gracias al uso de antibióticos y vacunas (Santiago, 2005).

La globalización es un concepto muy amplio y muchos autores han intentado definir, por ello existen múltiples concepciones de ésta, por ejemplo Celestino (2009) señala que implica una serie de procesos que constituyen una transformación en la organización espacial de las relaciones y las transacciones sociales, evaluada en función de su alcance, intensidad, velocidad y repercusión, que genera flujos y redes transcontinentales e interregionales de actividad, interacción y del ejercicio del poder. Asimismo propone tres aspectos fundamentales que conlleva dicho proceso:

1. Convierte al mundo en unitario, igualitario, el cual tiende a parecerse en todos los sitios.
2. Hace referencia al espacio y tiempo, el cual ha tenido un cambio cualitativo en las interacciones, ya que el uso de la tecnología da pauta a la instantaneidad y simultaneidad.
3. Implica un incremento de la conciencia y la percepción por parte de los seres humanos de pertenecer a ese mundo único creado por el sistema.

Por otro lado en algunas ocasiones se utiliza el término globalización como sinónimo de mercado internacional de acuerdo a las líneas trazadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Comisión Europea y el Banco Mundial (BM). Por ello, cuando se emplea dicha expresión, el contenido específico está ligado a factores económicos, sin embargo más adelante se observará que implica muchos más aspectos (Roblas, 2012).

Dabat (2002) comenta que no importa el autor que se consulte pues todos concuerdan que la globalización es una tendencia actual, un fenómeno futuro, un proyecto hegemónico, un mito, una etapa histórica concreta o varios de estos aspectos juntos. Por otro lado Roblas (2012) señala que es una tendencia no común, ni equitativa, pues se basa en un espacio de intercambio fundamentado en el mercado, donde las relaciones, vinculaciones y acciones parten de la obtención de un beneficio.

Por su parte Bastidas-Tello (2004) hace una gran observación respecto a las definiciones que hay sobre la globalización, dice que es tomada como un instrumento desarrollado con bases económicas, tecnológicas, de bienes y servicios, sin embargo en ningún momento se menciona a las personas y sus derechos como principio fundamental, dejándolos así en el olvido, haciéndose en este proceso prioritaria la tecnología, la producción y el consumo.

Para tener un mejor entendimiento de lo que implica la globalización es necesario señalar que involucra fundamentalmente tres aspectos: el económico, político y social. El primero de ellos se debe precisamente a las políticas neoliberales y su éxito, ya que creció exponencialmente teniendo un único objetivo: la acumulación de bienes. Los sectores empresariales al tener todo el capital en sus manos siguen generando e invirtiendo en nuevos sistemas que produzcan más y más dinero; es importante mencionar que el mercado tiene el poder junto con las grandes industrias, lo que favorece un incremento en la economía a nivel mundial. Padua (1999) menciona que en los modelos tradicionales, el individuo es superior a las estructuras político-económico, sin embargo en la globalización son más importantes las fórmulas o modelos financieros que el bienestar social. De esta manera hay una profunda transformación en la forma de producir y consumir, que repercute directamente en el estilo de vida, restándoles importancia a los seres humanos y poniendo al centro a la tecnología (Pérez, 2009).

En relación con el aspecto político, es relevante señalar la importancia que surge en relación a los fundamentos y utilidad de la economía de mercado, ya que el poder está concentrado donde se pueden tomar decisiones acerca del capital, dejando de lado la importancia a las personas. Por último el aspecto social trae consigo cambios incontables, uno de ellos es la revalorización de las culturas locales, haciendo que se propicie la manera de generalizar, homogeneizar a través del internet, las redes sociales, televisión, entre otras.

Por lo cual el mercado global crea la ilusión que en cada sitio todo tiende a parecerse y armonizarse, a medida que la estructura de preferencias del mundo es presionada hacia un planeta homogeneizado. Las características centrales de

la globalización son: el imponer un único modelo social, gobernado por la lógica y los valores del libre mercado, la cultura de lo efímero y desechable en cada rincón del planeta sin respetar la diversidad individual y cultural, sino eliminándola o instrumentalizándola (Attali, 1991, citado en Ianni, 1999; Castro, Erviti y Leyva, 2007; García y Pulgar, 2010; Moreno, 2005).

Por su parte Tokman (1997; citado en Klein y Tokman, 2000) comenta que los principales procesos que caracterizan el escenario emergente que se está viviendo son: la globalización, la privatización y la desregulación, a continuación se explicará de forma breve cada uno de ellos. La globalización representa las economías nacionales que están hoy más integradas con la economía internacional con los bienes, el capital y las comunicaciones. Esto es resultado de la apertura de las economías y también del rápido cambio tecnológico. Además que uno de los postulados de la globalización fue la apertura a posibilidades para el crecimiento y la creación de empleos. La segunda característica es la privatización, con ella se disminuye el tamaño y las funciones del gobierno y aumenta la importancia del sector privado y los mercados en la administración y asignación de los recursos. La desregulación es el tercer proceso introducido en el nuevo escenario, esto significa reducir la protección y la intervención del gobierno en el comercio, las finanzas y los mercados de trabajo. Dicho proceso ha sido promovido, en parte, por grandes reformas jurídicas, pero también existe un importante aumento de la flexibilidad por efecto de la operación de los mercados.

El triple proceso de globalización, privatización y desregulación está caracterizando la universalización de las dificultades económicas, sociales y por una homogeneidad ideológica creciente. Hoy, los problemas del empleo y la exclusión social a pesar que se cree que es uno de los beneficios del sistema, afectan incluso a las economías más desarrolladas del mundo.

No obstante, como bien se comentó la globalización no influye únicamente en el ámbito económico, sino también en el político, social, simbólico, en las relaciones interpersonales, en las producciones culturales y en las maneras de concebir a las personas, así como en el rol que cada uno en la sociedad. De acuerdo con

Bastidas-Tello (2004) lo único globalizado es pobreza, miseria, desnutrición, explotación, desocupación, marginalización, imperialización y desempleo.

Creando así terceras culturas que no conocen identidad, ni arraigo, donde no se tienen aprecio por los seres humanos, al contrario solo son vistos como una mercancía más, la cual favorece o perjudica la producción. Por lo que van desapareciendo los significados de los valores y expresiones culturales para convertir a las personas en mercancías, éste es uno de los aspectos fundamentales de la dinámica de la globalización (Castro, Erviti y Leyva, 2007; Ianni, 1998).

Asimismo el capital recubre modos de vivir, de ser, de trabajar, de comportarse y de pensar, en este sentido la formación de una sociedad global modifica las condiciones de enajenación y las posibilidades de existencia de las tribus, de etnias y minorías. Los procesos globalizadores incluyen una segregación, separación y marginación social progresiva, dando a lugar una "hibridación" de una cultura superior (Bauman, 2010).

Actualmente se han dado cambios en todas las esferas del ser humano, procurando una imposición de un sólo modo de vida, de comportamiento, conocimiento, pensamiento, aspiración y hasta de ocio, donde el poder de las nuevas tecnologías: publicidad, cine, radio, telefonía, televisión, internet y redes sociales, se están convirtiendo en el principal medio para percibir, categorizar e interpretar el mundo y de vivir la vida (Celestino, 2009; García y Pulgar, 2010; Moreno, 2005).

Sobre este tema Pérez (2009) habla de un tsunami informativo donde "las nuevas tecnologías y las llamadas infovías o autopistas de la información han alterado por completo los sistemas anteriores de conexión y transporte de mensajes entre las personas, las empresas, los grupos sociales y las instituciones de todo orden... favoreciendo un diálogo fluido pero sin dejar de ser incontrolado y fraccionado" (p.55).

De modo que los medios de comunicación tienen un papel primordial, pues facilitan la adquisición de conocimiento global a las zonas locales, ya que actúan como informadores de los ciudadanos ante cualquier intercambio o acción que realicen tanto los gobiernos, como organismos internacionales o las distintas sociedades a nivel mundial. Son portadores y responsables de muchos de los intercambios de información, ya que a través de ellos es posible construir y establecer sistemas de comunicación accesibles para todos. Sin embargo hay que tener en cuenta que el desarrollo de las nuevas tecnologías a pesar de que por un lado reducen distancias, por otro aumentan las diferencias. En este sentido surge el peligro de que zonas con más capacidad adquisitiva acaparen el dominio y monopolio de las fuentes de información, estableciendo sistemas mundiales controlados desde su perspectiva (Roblas, 2012).

La globalización produce cambios de todo tipo a tal velocidad que prácticamente no hay tiempo de verlos y menos aún de comprenderlos. En la transición de los siglos XX al XXI, los países más poderosos establecieron la pauta, sobre todo en lo que concierne al incremento desbordado de los servicios, donde han readaptado a marchas forzadas sus estructuras, logrando con ello sacar partido del nuevo auge económico de las actividades terciarias. Ciertos países, entre ellos México, tipificados hasta el momento como no desarrollados o en vías de desarrollo, han visto la esperanza de un nuevo amanecer económico y social evaporarse, mientras que otros países, finalmente, se han hundido en la más absoluta y literal de las miserias. Como bien definieron:

...México, [es un] país capitalista, pero sin capitales, un país de trabajadores pero sin empleos, un país consumidor, pero sin capacidad adquisitiva, donde el sector formal no proporciona lo suficiente a la mayoría de los pobladores. El sector informal existe precisamente porque resuelve estos problemas (Cross, 2003, citado en Coll y Córdoba, 2006, p. 3).

Las condiciones de vida que se viven en el siglo XXI están sustentadas en la fetichización del mercado, la globalización capitalista promueve al máximo el consumismo desaforado, la cultura del “úselo y tírelo”, con el consecuente deterioro del medio ambiente y el agotamiento de los recursos naturales no renovables (García y Pulgar, 2010).

La globalización es un proceso simultáneamente civilizador, ya que desafía, rompe, subordina, mutila, destruye o recrea otras formas sociales de vida y de trabajo, incluyendo formas de ser, pensar, actuar, sentir e imaginar (Pérez, 2009). Transformando así las condiciones de vida y de trabajo que están siendo revolucionadas por los procesos que provocan, incluyen o comandan la globalización, haciendo que los individuos, grupos, clases, movimientos sociales, partidos políticos sean desafiados a descubrir las dimensiones globales de sus modos vivir.

La nueva división transnacional del trabajo y de la producción implica otras y nuevas formas de organización social y técnica del trabajo. En este sentido Ianni (1999) apunta que el mundo parece haberse transformado, expresando y sintetizando las fuerzas productivas actuales agilizadas por las condiciones y posibilidades abiertas tanto por la globalización de mercados, compañías y por los medios de comunicación. De igual forma Roblas (2012) comenta que las sociedades comienzan a funcionar como si de empresas se tratara, si éstas no resultan rentables o no son competitivas, desaparecen del panorama internacional.

Sin embargo, hay una enorme diferencia entre la idea de desaparecer una empresa y la de una sociedad en el ámbito global: la primera puede reagruparse o simplemente dejar de existir sin mayores consecuencias más que pérdidas económicas; por su parte, las sociedades aunque desaparezcan del panorama internacional, no dejan de existir sino que se ven sometidas al aislamiento, la absorción o la supeditación de otras sociedades con mayor poder económico que finalmente serían las que tomaran las decisiones por ellas.

Por su parte Giménez (2000) señala tres puntos concernientes a la globalización: 1) es un proceso desigual y polarizado que en su conjunto tiende a reforzar e incrementar la desigualdad de poder y de las riquezas tanto entre las naciones como a través de estas, 2) se debe distinguir la globalización económica o financiera de la cultural, ya que la primera es una “globalización fuerte”, por su carácter sistémico y estructurado, y la cultural, constituye una “globalización débil”, incapaz de generar a escala global sujetos que interpreten el mundo de manera similar y que, por lo mismo, se configuren como identificaciones globales, y 3) como la identidad y la cultura siempre son indisociables de un contexto social, la emergencia de un paralelismo global supondría, como condición de posibilidad, la conformación de una sociedad civil global que a su vez, no podría concebirse sin la contraparte del aspecto político. Y es precisamente esta dimensión política la que se encuentra subdesarrollada en la arena global, va depender de la sociedad civil la existencia de numerosas organizaciones y movimientos que luchan por una mayor solidaridad mundial que tiende a conformar una única opinión pública en torno a problemas mundiales.

Dando como resultado la globalización desigualitaria que provoca enormes movimientos y cambios en la población, destruyendo identidades culturales de los pueblos. Que trae consigo la concepción de un único tipo de ideal de vida, donde la juventud, el dinero y los bienes materiales es lo que da valor a la gente, por lo que aquellos que no entren en este patrón poco a poco se excluirán, como es el caso de las personas enfermas, indígenas, migrantes y ancianos. Tal pareciera que se debe contar con una excelente salud para seguir produciendo y tener los suficientes ingresos que permitan consumir, pues es lo único que importa de las personas.

Es por ello que aquellos usos sociales, costumbres, expresiones y producciones culturales menos susceptibles de ser mercantilizados son definidos como arcaicos y contrarios al progreso. De igual forma la salud, la educación, la vivienda, la producción de alimentos y bienes básicos, la información, medio ambiente se tienen que ver y considerar como mercancía para así obtener el máximo beneficio.

Bastidas-Tello (2004) y Walt (2006; citado en Castro, Erviti y Leyva, 2007) identifican diversas consecuencias en los ámbitos sociales y de salud que se derivan del proceso de globalización. Por ejemplo, se está dando un impulso a los mercados de salud (hospitales y seguros) con inversiones “seguras” y abandono de los sectores más pobres; la industria farmacéutica se desarrolló bajo prioridades de producción según la demanda del mercado y no según necesidades reales; una nueva forma de relación entre los sectores público y privado en salud, donde la participación de este último se ha visto fortalecida por la mercantilización y/o privatización de bienes, convirtiendo en un festín sin precedentes del que salen ganando económicamente los monopolios de insumos, equipos médicos, hospitales y servicios en salud.

La mayoría de los impactos positivos de la globalización benefician a los sectores más ricos y entre los efectos negativos están la precarización de las condiciones de trabajo (falta de contratos o seguro social, etcétera) y las altas tasas de desempleo que se concentran mayormente en los sectores más pobres. De esta forma, las diferencias han aumentado; los trabajadores pueden tener salarios más altos que en el pasado, pero sus empleos son, en muchos aspectos, más precarios e informales (Klein y Tokman, 2000).

Desde hace tiempo se vislumbraban los efectos que tendría la globalización, por lo que Arocena (1997) comenta que nada escapa a este fenómeno que genera una lógica que tiende a disminuir las autonomías, aumentar las interdependencias, acrecentar la fragmentación de las unidades territoriales, a producir marginación de algunas zonas. Las oportunidades no están al alcance de todos, se requieren ciertas capacidades y ciertos niveles de desarrollo, lo único que se hace es vender la idea de que cualquier persona o empresa puede abrirse paso a esta acumulación de capital o bienes, pero es una idea errónea pues se necesitan condiciones específicas para lograr sobresalir en este mundo globalizado. Por ello dicho autor comenta que es necesario tratar de integrar y uniformar todo lo que nos rodea, se debe dar cabida a las diferencias y no basarse en un modelo de integración social pensado en una concepción unificadora que se da debido a la

globalización. De igual forma Moreno (2005) enfatiza que es necesario la pretensión de un mundo donde sean posibles mil mundos, es decir, una diversidad de pueblos y culturas, abiertos unos a otros desde el reconocimiento mutuo y la interculturalidad, con el único marco obligado del respeto y forma intercultural.

La globalización al igual que la industrialización impacta en el nivel económico, político, social y cultural, que se puede observar con el índice de desempleo a nivel internacional el cual según el FMI y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) más de 200 millones de personas en el mundo están sin trabajo y se estima que en la próxima década, se necesitarán 600 millones de empleos (Loungari, 2015). Asimismo la jubilación, la transformación de las condiciones laborales limitan las oportunidades de desarrollo de las sociedades. Ante esta situación cada país de acuerdo a sus posibilidades diseña estrategias para afrontar las problemáticas ya planteadas. Desafortunadamente estas acciones no son igualitarias, ya que se priorizan los aspectos económicos dejando en segundo término los psicosociales. Muestra de ello es el incremento en los índices de desintegración familiar, delincuencia, alcoholismo, suicidio, depresión, soledad, frustración, baja autoestima, carencia de proyectos, todo esto ocurre a nivel general, pero se acentúa más en poblaciones vulnerables como los jóvenes, enfermos, discapacitados y ancianos.

En éste sentido se considera que el único impacto existente entre la globalización y las personas de la tercera edad es el excluirlas de la sociedad por no ser productivas, sin embargo como bien señala Clark (2004; citado en Santiago, 2005) el envejecimiento de esta población tiene un profundo efecto en la vida diaria, en los acuerdos familiares, en cómo invertir o gastar el tiempo, en la realización e implementación de programas de seguridad social, y sistemas nacionales de salud.

De modo que el proceso de globalización aunado a los lineamientos del FMI y el BM quienes imponen la austeridad fiscal que limita el gasto público con las consecuencias en los diversos servicios que se ofrecen a la sociedad, definen

todas aquellas necesidades, circunstancias, problemas que determinan la calidad de vida en la vejez (Santiago, 2005).

Las implicaciones que tienen las diversas políticas impuestas a nivel internacional son determinantes para la vida de cada uno de los adultos mayores, pues hace que tengan, según Bastidas-Tello (2005) una pésima calidad de vida que acelera a la muerte. El proceso de envejecimiento es un factor que no es tomado en cuenta cuando se habla de globalización, aunque debería ser vital pues tiene repercusiones sobre varias dimensiones que afectan el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar de los ancianos. Factores como el sistema de jubilaciones y pensiones, la situación sanitaria y las condiciones de salud de los ancianos; son otros cambios que afectan mundialmente.

Aunque la meta real es permitir que todos globalmente disfruten de sus derechos, es una cuestión difícil de cumplir si detrás de todos los fundamentos están ocultos intereses económicos. Un claro ejemplo son las industrias dedicadas a la salud, donde las enfermedades son una gran forma de generar ganancias; haciendo que el adulto mayor de manera paradójica se vuelve blanco fácil, comercializando con todo aquello que pueda facilitar su existir, desde grúas para movilización hasta productos alimenticios específicos que hoy en día son comunes en el mercado.

Al respecto Santiago (2005) señala tres aspectos principales sobre la relación entre la vejez y la globalización, estos son:

- I. Aspectos sociales y educativos; que son globalizados cuando la forma en que las experiencias de vida, la clase social, grupo étnico y género que interaccionan con las fuerzas económicas y sociales dentro de la sociedad se unifican, complejizan y se explican de la misma forma para todos los sectores resultando ser algo contradictorio. Dentro de este rubro se encuentran las siguientes implicaciones: a) *aumento de la expectativa de vida*, que posterga la edad de jubilación, aunque se tiene la visión de que los ancianos ya no son productivos, se busca mantener a esta población como consumidora, b) *uso de la tecnología*, desplaza la interacción directa con el adulto mayor y promueve el “analfabetismo de la Internet” en los ancianos, quienes apenas tienen acceso

al radio y televisión, c) *valoración social*, búsqueda de la fuente de la juventud, centros nocturnos para jóvenes y no para personas mayores de 60 años, d) *efectos de los medios de comunicación*, se trasmite una imagen negativa y dañina de ellos, y e) *accesibilidad a lugares especializados*, creación de centros donde se brindan servicios médicos, de recreación, nutrición, etc.

- II. Aspectos económicos; los cambios asociados a la vejez reducen la capacidad financiera de las personas adultas mayores, como consecuencia la fuerza trabajadora vieja es reemplazada por una joven. Que tienen los siguientes alcances: a) *peso económico de la vejez*, pues se considera a esta población como una carga económica, b) *grupo de consumo*, mayor dependencia de ingresos públicos y un mayor consumo de artículos, servicios y productos, c) *mercado de la vejez*, se comercializan una infinidad de productos para el cuidado y prevención de signos del envejecimiento, dado que las enfermedades se convierten en una forma de ganancia. Por ejemplo cremas para las arrugas, fármacos que aumenten la potencia sexual, entre otros productos, d) *polarización económica y desigualdad*, se observa un aumento en los niveles de pobreza, además se estima que más de la mitad de esta población no cuenta con recursos económicos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, y e) *retiro*, se establece una edad para el retiro y el diseño de “ventanas” para así poder jubilar a los adultos mayores.
- III. Aspectos en salud, la educación y promoción de esta quedan estrechamente entrelazadas y promueven el bienestar de los ancianos, dicha promoción depende de la participación de la población bien informada en el proceso de cambio. Se encuentran las siguientes implicaciones en el presente ámbito: a) *adelantos tecnológicos*, prolongación de la expectativa de vida pero no necesariamente de calidad de vida. Asimismo dependiendo del nivel social será el tipo de servicio al cual se pueda acceder para atender su salud, b) *cambio en el sistema de prestación de servicios*, esto implica la implementación de estructuras organizacionales y procesos diseñados para aumentar la eficiencia así como reducir gastos y costos, c) *aumento de planes y cubiertas de salud transnacionales*, el crecimiento de las industrias está

creando tensiones en el sistema económico además está instaurando una carga financiera para el gobierno y los familiares que pagan por dichos servicios, d) *compra de medicamentos*, se presentan más problemas de salud en la vejez lo que implica más gastos para el cuidado que en cualquier otro grupo de edad, y un número limitado de fármacos prescritos no son cubiertos por las pólizas complementarias, e) *modelo biomédico*, que hace énfasis en la etiología, tratamiento clínico y manejo de la enfermedad en la vejez definido por el profesional médico, dejando a un lado los aspectos social y conductuales, f) *gerontología como disciplina de estudio*, el aumento de la población de la tercera edad implica tomar además de medidas para preparar profesionales en el campo de la gerontología y geriatría, y g) *discriminación en protocolos de salud*, se utiliza la edad como parámetro para participar en algunos protocolos y no necesariamente el estado de salud, calidad de vida y la intención de vivir.

Teniendo en cuenta la exclusión de miles de personas alrededor del mundo, principalmente de los ancianos como se mencionó en párrafos anteriores. Hay que considerar que el panorama es confuso para la gente de la tercera edad en muchos aspectos, ya que las oportunidades de crecimiento son desesperanzadoras y las posibilidades de trabajo con las que cuentan son casi nulas, debido a diversos factores como el académico o económico. Así que los adultos mayores sólo pueden aspirar a ocupar un puesto en la economía informal, donde las prestaciones son inexistentes, pues las pensiones que reciben no cubren sus necesidades, se puede verlos envolviendo productos en los supermercados o vendiendo en los mercados sobre ruedas, en el mejor de los casos, es aquí donde es relevante preguntar ¿Qué sucede con toda su experiencia y sabiduría?

La exclusión de las personas de edad avanzada de la fuerza laboral, como asunto globalizado, coincide con la idealización del ser humano perfecto como el joven, blanco, viril, vigoroso y de belleza clásica, dichas ideas estigmatizan a los viejos y los marginan de la sociedad. Además los ancianos se creen estos prejuicios,

haciéndose cargo de esta expectativa social, en vez de adoptar actitudes opuestas y desmitificadoras.

Todo lo anterior es paradójico pues la vejez es la etapa en la que el ser humano necesita mayores ingresos para tener una vida digna. Los gastos médicos representan casi un 40% de su ingreso, dependiendo de las condiciones de pensión, esto si se cuenta con servicios de salud, en caso contrario, este tipo de gastos puede representar hasta un 70% (Santiago, 2005).

La globalización propone hacer énfasis en los bienes materiales, dejando en el olvido a las personas o bien, considerarlas como objetos; en el caso de los ancianos son vistos y tratados como algo inútil e inservible. Como bien señala García (2006) las personas a esas edades son paralizadas pues los "tiempos" establecen que es momento de retirarlos de los espacios reservados para la juventud que "genera" dinero, por lo que son limitados al hogar y asilos.

A todo lo antepuesto, se suma la disminución paulatina de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento, el descenso de la esperanza de vida activa y saludable. Asimismo, otro efecto negativo de la globalización lo constituye el impacto que tiene sobre las personas, causándoles estrés, tensión permanente y poco tiempo para atenderse a ellos mismos y a sus familiares.

Por ello, se requiere de un cambio de actitudes y mentalidad a nivel individual y social desde temprana edad, pues el llegar a la vejez es una condición normal de vida y no una desgracia. Por ello García (2006) hace énfasis que se debe redefinir qué quiere decir viejo o pertenecer al grupo de la tercera edad. Pues los prejuicios sociales condicionan mentalmente a los adultos mayores convirtiéndolos en víctimas de la edad, por eso es importante reconocer las particularidades e individualidades de cada uno de ellos, aceptar la diversidad, evitar las generalizaciones, para reconocerlos como una fuente importante en el proceso de desarrollo y en su contribución a la sociedad.

La comprensión general del proceso de globalización, así como su impacto en la vida de los seres humanos, permite tener un mejor entendimiento de lo que se vive actualmente, de las consecuencias y desventajas que ha dejado dicho proceso. Como se desarrolló en el presente apartado, los cambios de la globalización son una infinidad en el ámbito económico, social y cultural, sin embargo pareciera que la población no percibe como está afectando en la forma de ser, actuar y pensar, respecto de sí mismo y de los demás.

Todo lo expuesto anteriormente permite decir que el adulto mayor es considerado en la globalización como un objeto inservible, apolítico, asexual, amnésico; cero a la izquierda, que debería retirarse, ser precavido, vestir en forma adecuada y buscar actividades tranquilas donde aprenda nuevos roles, es decir, no produce, ni tiene precio objetivo; creando una barrera o separación entre sociedad y ancianidad, que puede tener un efecto devastador con los ancianos convirtiéndolos en desechos humanos, en basura social de la globalización.

En definitiva, es poca por no decir nula la importancia que da a la población de la tercera edad, pues se pretende dejarlos a un lado para darle paso a la juventud, pues es más productiva y tiene los ingresos para poder consumir. A pesar de que la palabra “globalización” es muy común en la sociedad es poca la información que se da a conocer sobre este proceso, que no es nuevo y del cual no se tiene reflexión e introyección de cómo ha impactado en la forma de vida.

## B. Situación actual del adulto mayor

La noción de vejez a través del tiempo en las diversas culturas es totalmente diferente, actualmente existe un cambio en el concepto que se tiene de las personas de la tercera edad de manera radical, por lo cual a continuación se tratarán algunas concepciones del adulto mayor en la antigüedad.

El filósofo Platón, resalta que la vejez se vive como resultado de la manera en la que se transitaron las etapas anteriores, subrayando que se debe dar mucha importancia a la preparación en la juventud para llegar a este período, de manera que ésta debía de ansiarse hasta el momento de su llegada.

Asimismo, Cicerón fue el primero en hacer una exposición muy detallada del proceso del envejecimiento, el cual incluía los cambios físicos, psíquicos y sociales, fue uno de los pioneros en afirmar que el rol que juega el anciano depende de manera radical de la sociedad en la que habite, cosa que hoy en día es determinante para estudiar a las personas de la tercera edad. En la antigüedad, los ancianos eran considerados por toda la experiencia que poseían; autoridades en la magia y la religión, asimismo ellos preservaban las costumbres y las tradiciones del grupo, dotándolos de esta forma de prestigio social (Martínez, Vargas y Mendoza, 2004).

En el caso específico de México, en la época prehispánica la mayoría de las culturas concebían a la tercera edad como sinónimo de respeto y consideraciones, por ejemplo en la Cultura Mexica se fomentó una obediencia hacia el *Huehuetoque* (anciano), así como la aceptación, gratitud y humildad por parte de los jóvenes. La presencia de las personas viejas era importante y determinante para que se llevaran a cabo ciertas ceremonias religiosas, familiares o de índole político. A su vez, en la Cultura Maya, consideraban un deber y derecho asignar al más anciano el papel de educador por excelencia, pues la vejez era una cualidad muy valiosa, ya que les otorgaba experiencia, habilidad, capacidad, serenidad y mérito, por lo tanto estos tenían una personalidad moral superior.

En la Cultura Azteca ocurría algo muy similar, pues eran los viejos, quienes formaban parte del consejo de ancianos, de esta forma desempeñaban un papel de vital importancia en la vida familiar y política, disfrutando de una vida digna y honorable. En general se puede decir que el anciano en Mesoamérica era considerado como una figura de sabiduría y de mucha importancia, debido a los años que había acumulado, de manera que se respetaba y se dignificaba lo más que se podía; sin embargo, con la llegada de los españoles a México, su situación comenzó a modificarse, pues se dio una reestructuración familiar, política, social y económica diferente. Durante la época virreinal los misioneros brindan atención a los ancianos, enfatizando de cierta manera la enfermedad, la pobreza y la caridad que se les tenía (Martínez et al., 2004).

En el siglo XX los hogares mexicanos estaban constituidos de forma diferente, había tendencia que las familias estuvieran integradas por padres, hijos, abuelos, mejor conocidas como familias extensas, donde el papel del abuelo era valorado y reconocido como una figura de apoyo. No obstante en el siglo XXI el impacto de la globalización en la economía familiar fue tan significativo que hubo la necesidad que ambos padres se insertaran en el mercado laboral, modificando los roles que anteriormente se tenían. Impactado directamente en la forma de vida actual, la cual es cultural y tecnológicamente más avanzada, con todo lo anterior se desfavorece a la vejez. Algunos factores que perjudican mayormente a dicha población son:

- La evolución constante y rápida de los sistemas sociales y tecnológicos, hacen que la experiencia no sea aplicable a los problemas y situaciones de las nuevas generaciones.
- Los medios actuales del conocimiento ya sean impresos, audiovisuales, digitales, internet, etc., hacen que los ancianos queden rezagados, pues son muy pocos los que manejan y hacen uso de las nuevas tecnologías.
- El hecho de que la herencia de los bienes materiales ocurra después de la muerte, contribuye a que se anhele la muerte para poseer los patrimonios.

Estos y otros factores ocasionan el rezago de los ancianos de pasar de un lugar de admiración y respeto, a uno de desprecio y desplazamiento en el cual no tienen lugar en los espacios familiares, ni en los sociales. De esta forma, poco a poco los adultos mayores a pesar de tener una esperanza mayor de existencia, carecen de buena calidad de vida, haciendo que su estado de ánimo la mayoría de las veces sea triste, desalentador y sin ganas de realizar actividades nuevas donde puedan desarrollarse y convivir con diversas personas.

Por otro lado es relevante lo que menciona Ericsson (1966; citado en Flores, 2011) pues los ancianos deberían tener un lugar prioritario en la sociedad, donde su función correspondería a guiar y apoyar a los jóvenes y en general a la sociedad. De esta última manera el adulto mayor tendría una razón para existir y un lugar importante dentro del Estado.

### **Esperanza de vida en el adulto mayor**

El envejecimiento según posturas biologicistas se refiere al deterioro funcional y progresivo de las funciones de adaptación, generando transformaciones en el organismo que con el tiempo disminuyen la probabilidad de reparación del sistema humano. Fernández-Ballesteros (2011) señala que la senectud es un proceso que ocurre a lo largo del ciclo de la vida y no sólo en la última etapa de la edad adulta.

Las características que conlleva la vejez provienen del hecho de ser un organismo vivo, que una vez alcanzado su máximo desarrollo biológico, poco a poco va produciéndose un declive progresivo de las características físicas como menor elasticidad cutánea, fuerza muscular, agudeza visual y auditiva, tiempos de reacción más prolongados, entre otros. Todos estos cambios como bien señala Fries (1989, citado en Fernández-Ballesteros, 2011) son características no modificables propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad.

Si bien lo biológico es importante no hay que olvidar que también las áreas psicológicas y sociales son determinantes en este periodo, ya que la ancianidad implica más que sólo aspectos biológicos, pues el ser humano es biopsicosocial.

Por cual es sustancial tener una vida social activa y la realización de acciones que sean fructíferas para poseer una vejez satisfactoria, también que los adultos mayores se encuentren en bienestar consigo mismo, por ello es necesario vencer ansiedades y miedos que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa.

Ahora bien, los cambios demográficos como tal no dan explicación del envejecimiento, sin embargo, dan pauta para entender cuanta población de la tercera edad vive hoy en día. Durante la segunda mitad del siglo pasado la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de fecundidad y aumentaron la sobrevivencia de su población; tendencias que inciden en un proceso de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de la mayoría de los países, dándose con mayor intensidad en aquellos que se encuentran desarrollados.

Por ello la Asamblea Mundial de Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en el 1982 en Viena, trasladó a la atención pública el hecho fundamental que en todos los países, la población estaba envejeciendo por ello se hizo hincapié en que dicha problemática constituía preocupaciones internacionales primordiales que se debían atender en breve. En respuesta a este interés, el período de 1975 al 2025 fue designado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) como “la era del envejecimiento” (Santiago, 2005).

Revisar las estadísticas sobre la situación en la que se encuentran los adultos mayores es importante para conocer la inmensidad de la problemática que se vive, a la cual no se le da la debida relevancia por parte de la población, las instituciones que se encargan de ellos y los gobiernos.

En el año 2000 el porcentaje de personas de la tercera edad a nivel mundial representaba el 10%, y se estima que en el año 2020 será del 22% (Help Age International, 2002, citado en Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Por otro lado de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) en el año 2014, el 12% de la población mundial tenía una edad arriba de los 60 años, mientras que en las regiones más desarrolladas llegaba a ser el 23.3%. Estimaciones de la misma fuente señalan que en 2050, uno de cada cinco

habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores del 32%. Asimismo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) prevé que en el año 2100 el porcentaje mundial de personas de 60 años de edad o mayores aumentará más de tres veces.

En México el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo XX. En el año 2014 la base de la pirámide poblacional era más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo del 6.2% al 9.7% y se espera que en 2050 se incremente al 21.5%, también un estudio realizado por el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2013) afirma que el grupo de adultos mayores (65 años o más), aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 114.4 millones en 2050.

La esperanza de vida es un indicador que resume las condiciones de mortalidad en una sociedad y su tendencia permite evaluar las mejoras del estado de salud. En el año 2015 el promedio de la población mexicana en general fue de 74.9 años, en hombres 71.1 y las mujeres 77.4, la sobrevivencia de estas últimas amplió su brecha en casi seis años, respecto a los hombres. Dicha diferencia radica en el estilo de vida, el cual está más asociado al consumo de tabaco, sustancias alcohólicas y drogas.

Sánchez (1999; citado en Santiago, 2005) explica que el aumento de vida de la población de 60 años o más, es resultado de varias tendencias demográficas registradas como: disminución de la fecundidad, fenómenos migratorios, descenso de mortalidad y la introducción de avances médicos, así como el mejoramiento del sistema de prestación de servicios de salud en términos de mecanismos para alargar y prolongar la vida.

Dicho incremento es una de las más importantes transformaciones demográficas que refleja un alargamiento en el ciclo de vida de los hogares. Es decir, las

familias mexicanas experimentan etapas más avanzadas y nuevos arreglos donde la presencia generacional se incrementa y el reto de vivir la vejez con calidad, genera una nueva distribución de tareas, entre las que sobresale la provisión de cuidados ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedades crónicas (García, 2006).

Dentro de éste grupo de edad se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognoscitivas conforme avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor porcentaje de mujeres, consecuencia de una sobremortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más.

Asimismo más del 32% de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de discapacidad y aumenta hasta el 63% en las personas de 85 años en adelante, indicando que a pesar de los avances que ha tenido la medicina para aumentar la esperanza de vida, la calidad con la que viven los adultos mayores va en decremento. La mayoría de ellos cuentan con un diagnóstico de enfermedad, ya que en la encuesta de salud de Borges y Gómez (1998) encontraron que las enfermedades crónicas más comunes en los adultos mayores de 60 años y más, fueron las siguientes: hipertensión arterial (9.9%); diabetes mellitus (9%); cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Asimismo se observa una mayor prevalencia en cuanto a enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de las zonas urbanas y mayor prevalencia de discapacidades y asma en las zonas rurales.

Datos más actuales del INEGI (2015) reporta que de acuerdo con los datos del año 2013, se registraron 349,729 defunciones de personas de 65 años y más. Las enfermedades que participaron en los cinco primeros lugares como causa de

dichas muertes fueron: enfermedades del corazón (87,760); diabetes mellitus (55,646); tumores malignos (41,073); enfermedades cerebrovasculares 24,936 y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (18,562).

Por otro lado, aquellos hombres de 65 años que viven casados representan un 80.9%, en las mujeres sólo ocurre en un 46.8% debido a que ellas al quedar viudas, es muy difícil que vuelvan a contraer matrimonio, caso que no ocurre con los hombres, ya que generalmente ellos ante dicha situación buscan alguna pareja para vivir o se casan nuevamente. Asimismo es más propenso a que las mujeres estén en soledad por lo mencionado líneas arriba, además son ellas quienes suelen tener un nivel mayor de pobreza y quienes habitualmente desempeñan el papel de cuidadoras de su pareja si padece alguna enfermedad, cosa que no ocurre con los hombres.

#### **Condiciones socioeconómicas y familiares del adulto mayor.**

Con los avances científicos se amplió el promedio de vida de las personas, de acuerdo con Wong, Espinoza y Palloni (2007) se debe a los beneficios de las nuevas tecnológicas de salud que se pudo sobrevivir a enfermedades propias de la época. A partir de los años 1900 se redujeron las tasas de mortalidad, con la puesta en marcha de antibióticos, de vacunas e intervenciones para tratar las enfermedades infecciosas y parasitarias. Haciendo que dicha tasa de mortandad ahora sea mucho mayor que la de natalidad, lo cual representa que hay más ancianos en el mundo que personas jóvenes.

A pesar de que la esperanza de vida que hoy tienen los adultos mayores tuvo un incremento el panorama socioeconómico, la calidad de vida no es buena, puesto que gran parte de esta población carece de cobertura social y se ubica en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos. Ante esta situación, se ha indicado que las redes informales de apoyo, como la familia son el sustento principal para aliviar las necesidades económicas, de salud y afectivas de dicha población.

#### *Relaciones sociales y apoyo social en la vejez*

De acuerdo con Triadó y Villar (2006) existen dos teorías que estudian los cambios en las relaciones sociales en la tercera edad: la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación, ambas implican una reducción en cuanto a actividades sociales debido a las pérdidas, la jubilación, la viudez, la independencia de los hijos y a la pérdida de autonomía. La primera de ellas dice que a pesar de llegar a la tercera edad, el adulto sigue realizando diversas actividades y teniendo vínculos sociales, lo cual favorece a la persona a continuar con su vida y a disminuir el aislamiento. Por otro lado la teoría de desvinculación habla de un proceso en el cual, las personas ancianas poco a poco van reduciendo sus actividades sociales como un proceso natural y adaptativo que pasamos todos los seres humanos y es preparativo para la muerte.

Es importante mencionar que los adultos mayores generalmente se identifican más con la teoría de desvinculación y paulatinamente van reduciendo su círculo social, propiciando el hecho de quedar en soledad en un periodo corto de tiempo, siendo la familia la única relación con la que cuentan algunas veces.

Ahora bien los vínculos familiares conocidos como relaciones primarias, son aquellos con quienes se construyó el primer vínculo y con los que la mayoría de la población tiene sus últimos lazos. Datos de una investigación realizada por Triadó y Villar (2006) comentan que la mayoría de los cuidadores de adultos mayores son familiares puesto que el 63.8% son hijos o el conyugue, otros allegados a la familia representan un 8.1%, las empleadas del hogar con un 5.4% y los servicios institucionales el 3.8%. Es decir el 71.9% son cuidados por familiares, por lo cual es esencial hablar de estas relaciones para poder tener un mejor entendimiento del tema.

### *Relaciones familiares*

Durante la vejez se puede decir que la familia se encuentra en la etapa mejor conocida como “nido vacío”, la cual ocurre cuando los hijos se independizan y comienzan a formar sus propias familias, en este momento los ancianos se quedan solos y se da pauta para una reestructuración del matrimonio. Sin embargo actualmente surge un fenómeno llamado “nido relleno” donde una vez

que los padres se encuentran viviendo solos, uno de los hijos ya sea que se divorcie o se encuentre separado, vuelve habitar la casa con ellos. Asimismo cuando uno de los ancianos se encuentra solo, ocurre algo similar ya que generalmente se va a vivir a casa de sus hijos.

Específicamente, al analizar el efecto del nivel socioeconómico de la población de la tercera edad sobre el tipo de arreglo familiar en el que reside, se sabe que conforme se tiene una mejor posición económica se incrementan las probabilidades de residir en hogares nucleares. Quienes pertenecen a estratos bajos, tienen altas probabilidades de residir en hogares extensos, lo cual pareciera corresponder a una estrategia de apoyo de los hijos hacia los padres o viceversa (Garay y Montes de Oca, 2006).

Asimismo los adultos mayores que viven en las zonas rurales son especialmente vulnerables, ya que suelen carecer de los ingresos laborales y la cobertura del sistema de seguridad social de la que goza la población que vive en la ciudad. Por último el género también desempeña un papel importante: los hombres afrontan un mayor riesgo de pobreza que las mujeres, posiblemente por la mayor probabilidad de que éstas reciban apoyo familiar en la vejez (Aguila, Díaz, Manqing, Kapteyn y Pierson, 2011).

#### *Vida en pareja*

La población de adultos mayores que vive en pareja se describe un fenómeno como una curva en forma de “V” llamado la curva de la satisfacción marital, encontrando en los primeros momentos del matrimonio la satisfacción, después durante la crianza de los hijos se localiza en la meseta y posteriormente se vuelve a los niveles de satisfacción altos, si es que la relación de pareja continua. Existe un momento importante en dicha etapa ya que se toma la decisión de continuar con el matrimonio o bien se dan cuenta que lo único que los mantenía juntos era la crianza de los hijos.

Ahora bien Papalia et al. (2009) comentan que el matrimonio es más benéfico para los hombres que para las mujeres mayores, debido a que culturalmente la mayoría

de las actividades del hogar recaen en ellas; por lo que para el hombre representa aumento en la esperanza de vida y una mejor salud vivir en pareja. De manera general favorece compartir la vida con una persona puesto que disminuyen la probabilidad de padecer un trastorno psicológico como la depresión, afrontamiento de crisis, ansiedad, etc.

Por otro lado, la investigación de Calero y Navarro (2006) se concluyó que existen dos tipos de soledad: la objetiva y la subjetiva. La primera se refiere primordialmente aquella en la que las personas se quedan solas por falta de compañía de manera temporal o permanente. El 59% de estos, dice que es porque se han visto obligados, el 35% así lo desea y el 5% les gustaría vivir con sus hijos. En general la mayoría de mujeres mayores son las que viven en soledad, como se mencionó anteriormente, principalmente por factores culturales y de género. En lo que respecta a la soledad subjetiva, hace referencia a todos los adultos mayores que se sienten solos: un 38% viven solos y el 8% reside con alguien más, sin embargo así se sienten debido a la ausencia de apoyo social.

#### *La relación con los hijos*

En su mayoría las personas de la tercera edad tienen hijos y estos juegan un papel relevante dentro de sus vidas, pues son fuente de apoyo emocional, afectivo, financiero y son los que generalmente proveen los cuidados necesarios durante la vejez. No obstante de manera más frecuente son las hijas (25.8%) quienes proveen más cuidados a sus padres ancianos mientras que los hijos lo realizan con menos frecuencia (14.9%).

En la relación padre-hijo existe un proceso llamado norma de reciprocidad, al inicio los padres proveen de cuidados a sus hijos pequeños en cuanto vestido, alimento, vivienda, posteriormente de acuerdo a dicha norma como años atrás lo hacían los padres al llegar a viejos, son los hijos quienes se encargan de dichos cuidados. Sin embargo no en todos los casos ocurre de la misma manera, ya que en este momento histórico los hijos están enfocados en adquirir bienes materiales y no en la relación con sus padres, secuela del sistema económico que vivimos, los adultos mayores pasan a ser rezagados, olvidados y únicamente son visitados por

sus hijos cuando existe una emergencia o necesidad extrema, puede ser una enfermedad crónica, muerte de alguno de ellos, o bien por la dependencia extrema en la que se encuentran estos.

Por otro lado en la vejez suele ocurrir una inversión de roles, pues ahora se cambiaron los papeles de los hijos, ya que estos terminan siendo los padres de sus papás, pues les proveen cuidados, asumen las obligaciones y dan apoyo económico. El género de los hijos es influencia para las diversas tareas desempeñadas, puestos que las hijas son quienes generalmente se encargan de los cuidados de los padres enfermos y los hijos son aquellos quienes toman decisiones y apoyo financiero a la familia.

No obstante los padres no reciben única y exclusivamente ayuda de sus hijos, muchas veces hay una relación recíproca, pues los ancianos cuando cobran su pensión o apoyos económicos por parte del gobierno contribuyen con dinero para los gastos, asimismo ayudan con el cuidado de los nietos mientras sus hijos van a trabajar, realizan alguna actividad o se van de vacaciones.

La relación que los adultos mayores tienen con sus nietos es un aspecto de reciente estudio en las ciencias sociales, ya que es sustancial la relación abuelo-nieto para el desarrollo de cada uno de estos. Lo que cada uno puede aportar a la vida del otro es fundamental, por un lado el abuelo provee sabiduría, conocimiento y experiencia, y los nietos en reciprocidad ofrecen apoyo emocional y afectivo, aunque esto no siempre es así pues existen variables como la zona geográfica en la que vive cada uno, el ritmo de vida, el papel generacional, que impiden que se de este lazo entre abuelo-nieto.

### *Otras relaciones*

Dentro de las relaciones sociales es esencial tocar el tema de las amistades en la vejez, si bien es cierto que la vida social en esta etapa disminuye, las que aún existen son de relevancia para los adultos mayores. Los amigos son personas que algunas veces comparten la misma edad, los gustos, son fuente de apoyo emocional (consejos, afecto) y de apoyo instrumental (ayuda práctica en

situaciones de emergencia o necesidad). Sin embargo aunque la mayoría de los ancianos dicen tener amistades, es muy difícil que tengan una relación cercana con estas y salgan de manera recurrente.

Por último los vecinos son figuras vitales para el adulto mayor, ya que han vivido en el vecindario por un tiempo largo (25 años o más) por lo que conocen sus historias de vida, son personajes de importancia que suelen ayudar en momentos de emergencia y en algunas ocasiones favorecen a disminuir los sentimientos de soledad.

### **Condiciones laborales y jubilación**

La jubilación es el proceso que ocurre cuando llega el fin del periodo laboral o productivo de una persona, es un término de uso cotidiano, sin embargo todo esto conlleva al desarrollo de una identidad social que aunque generalmente es asociado a la edad de 65 años en adelante, puede ocurrir en personas de mediana edad, por problemas de salud, circunstancias diversas o por decisión propia, aunque en su mayoría es gente de la tercera edad. La vida laboral concluye al igual que cualquier otro ciclo, una vez que pasan 30 o 40 años trabajando y realizando una actividad que le es motivo de día a día levantarse temprano e invertirle tiempo, esfuerzo y energía; un día termina y con ello también los motivos de sentirse productivos, necesarios y proveedores, para ahora preguntarse cada que se despiertan ¿qué voy a hacer de mi vida?

Hasta este punto podemos ver que la jubilación es un proceso que el ser humano tiene que vivir, sin embargo ¿qué ocurre con las personas que toda su vida se dedicó a laborar y en ello entregaron toda su vida, siendo esta actividad que en su mayoría ocupaba todo el tiempo o la única?, ¿qué ocurre con sus vidas en el momento que ya no trabajarán más? Respuestas muy comunes como “me dedicaré a descansar” o “ahora realizaré todo lo que no pude” “viajaré y haré deporte”. Ante dichas frases pensamos ¿cuánto tiempo puede invertir viajando?, o ¿el descansar será la única actividad que realizarán en los 20 o 30 años que les restan de vida?

En general todo esto representa un proceso importante para los adultos mayores que hace que aprendan a vivir de manera diferente a pesar de lo difícil o amenazante que parezca; aunado a todo esto de manera inconsciente dicha población genera resistencias y mecanismos de defensa que les hace difícil adaptarse a su nuevo estilo de vida cuando se jubilan.

Actualmente la edad oficial en México para jubilarse es de 65 años para hombres y mujeres, establecida por las instituciones de seguridad social. Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México destaca por tener la edad efectiva de jubilación más avanzada: 72.2 años en promedio en el caso de los hombres; y 69.5 en el caso de las mujeres. Por su parte, la OCDE reportó para 2010 una edad oficial de jubilación en promedio fue de 63.1 años para las mujeres y 64.4 para los hombres. Los patrones de jubilación en México revelan que alrededor de 46% de los hombres y 15% de las mujeres de 65 años de edad en adelante permanecieron en la fuerza laboral en 2006 (Aguila, et al., 2011).

De acuerdo a todo lo anterior tenemos personas de la tercera edad que no encuentran en que invertir su tiempo, hallándose en total desconcierto ante dicha situación. Al respecto Triadó y Villar (2006) mencionan que el anciano ante dichos factores se está en una fase de desencanto porque sus expectativas no se han cumplido. De esta forma es como algunas personas por su condición de jubilados no resisten el ritmo de vida, en el que ahora ellos pueden decidir en que dedicar todo su tiempo, lo cual trae como consecuencia no saber manejar dicha situación y muy comúnmente podría llegar la muerte poco tiempo después de la jubilación.

Todo lo anterior debido a la globalización, pues realmente no existe un proyecto de vida que el viejo haya realizado, sino que únicamente se dedicó a trabajar para gozar de buena vida al finalizar sus labores, sin embargo al concluir las se encuentran en un nivel físico, social y psicológico demasiado afectado y su estado actual, ahora ya no le permite realizar ciertas actividades por el desgaste que acarreo los años anteriores a dicha etapa.

Por otro lado, existe un limitado grupo de personas que nunca se jubilan por características propias de su labor, generalmente estos viven en zonas rurales y sus actividades tienen que ver con la agricultura o las artesanías, los cuales refieren: “el trabajo es mi vida”; por lo que se dedican a él hasta el día de su muerte, esto favorece poder tener actividades que les apasionen y que a la vez les permitan realizar su trabajo. A su vez, todo lo anterior propicia no tener que llevar a cabo el proceso de jubilación, que para muchas personas es muy difícil de sobrellevar.

Sin embargo, la condición de inseguridad económica y social que la población de la tercera edad tiene, continúa siendo proclive a la explotación en el mercado de trabajo: su pobreza se extiende a los últimos años de su vida. Se observa que en la vejez disminuyen las posibilidades de generar ingresos de forma autónoma, por lo que el ser pobre en la senectud se traduce en una mayor vulnerabilidad y condiciones de inseguridad económica (Huenchuan y Guzmán, 2006, citado en Garay y Montes de Oca, 2006)

Los principales factores que limitan su permanencia al mercado laboral son: problemas de salud, enfermedades crónicas, discapacidades, capacitación, baja oferta laboral, diferencias de género e incluso discriminación por su edad. No obstante y contraponiéndose a lo anterior, debido a la falta de seguridad social y los bajos montos de las jubilaciones y pensiones obligan a los adultos mayores a mantenerse económicamente activos.

En el caso de México, en el año 2000 había una tendencia inversa entre las tasas de participación económica y la adscripción de algún sistema de seguridad social por parte de la población con 60 años y más, pero los niveles son muy diferentes entre entidades federativas (Montes de Oca y Hebrero, 2005, citado en Garay y Montes de Oca, 2006). Se observa que el 67% de los hombres con más de 60 años, y 43% quienes tienen 65 años o más, seguían incorporados al mercado laboral. Por su parte, las mujeres muestran una menor participación en actividades económicas a medida que aumenta su edad y sólo 10.3% de las que tienen 65 años o más continuaban activas laboralmente. Las tendencias generales muestran

que las mujeres mayores se encuentran en una situación más desventajosa que los hombres debido a que un porcentaje más alto de ellas no percibe ingresos, una alta proporción no cuenta con jubilación, ni pensión, y los ingresos que llegan a recibir por dichos conceptos son más bajos en relación con los hombres (Guzmán, 2002; Huenchuan y Guzmán, 2006, citado en Garay y Montes de Oca, 2006).

La importancia de enfatizar la inserción laboral de los adultos mayores no se trata de una cuestión voluntaria, sino más bien de una actividad necesaria para obtener los ingresos que les permitan subsistir. Además una gran proporción de la población mayor de las distintas entidades del país no recibe ningún tipo de pensión o jubilación, esto puede deprimir aún más sus ingresos, obligándolos a la búsqueda de empleo en condiciones de precariedad. Garay y Montes de Oca (2006) señalan que otro rasgo que caracteriza dicha inserción al campo laboral, son aquellas actividades no asalariadas como trabajadores por cuenta propia donde carecen de cobertura médica y social.

Los principales dos institutos que brindan la cobertura del sistema de seguridad social, que ofrece pensiones y atención médica en nuestro país son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los recursos de éstos y de otras instituciones estatales de seguridad social provienen de fondos aportados por el gobierno, los trabajadores y los patrones. También están instituciones del sistema de seguridad social como: Petróleos Mexicanos (PEMEX) empresa pública de extracción y procesamiento de petróleo que ofrece sus propias prestaciones de pensión y atención médica a los trabajadores.

Dichas instituciones ofrecen principalmente prestaciones de pensión y atención médica. Los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hacen aportaciones para contar con dichos servicios, se conoce como sector formal, por lo que al jubilarse los trabajadores comienzan a cobrar una pensión y siguen recibiendo atención médica ya sin realizar aportaciones. El sector informal se compone de trabajadores por cuenta propia o asalariados que no hacen

contribuciones al sistema de seguridad social, estas personas pueden acceder a una pensión no contributiva otorgada por el gobierno, que no incluye la cobertura de atención médica. Integrantes de ambos sectores pueden acceder a las pensiones privadas que pueden ser financiadas por el patrón o cotizadas directamente por ellos.

Sin embargo Aguila, et al. (2011) exponen que la gran parte de la fuerza laboral informal es un obstáculo importante a la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social en la vejez (pensión y atención médica) para la creciente población que envejece en el país. En el año 2005 esta sección representó aproximadamente el 58% de la fuerza laboral, dado que generalmente estos trabajadores no cuentan con la seguridad de la jubilación, con frecuencia continúan laborando para su propia manutención y la de sus familias, lo que hace que aumente la edad efectiva de jubilación en el país.

### *Tiempo libre en la vejez*

Se puede decir que posterior a la jubilación se tiene mucho tiempo libre, sin embargo cuando es ocupado de manera significativa trae consigo cambios importantes a nivel psicológico, pero cuando no se sabe qué hacer con éste, se llega a un nivel de incertidumbre ante el futuro. Habría que preguntarse ¿qué es lo que hacen las personas adultas mayores con su tiempo libre?, ¿qué implica para ellos tener dicho tiempo?, ¿cuáles son las actividades que ayudarían a su estado emocional?, son muchas las interrogantes que se podrían plantear, pero cuando ellos viven su tiempo libre los invade el miedo y la preocupación.

Estudios realizados por Lennartsson y Silverstein (2001; citado en Triadó y Villar, 2006) mencionan que las actividades en las que ocupan su tiempo los adultos mayores generalmente son en solitario, de manera sedentaria y se caracterizan por no ser actividades novedosas pues, tienen conocimiento de ellas ya que las han realizado a lo largo de la vida.

Según Papalia et al. (2009) los adultos de 65 años en adelante utilizan el tiempo libre para realizar las siguientes actividades: ver televisión (88.7%), ir al parque y

caminar (76%), escuchar la radio (70%), hacer las compras (65%), de manera menos frecuente se encuentra el hacer deporte (5%) y muy pocos de ellos asisten a espectáculos (3%). Lo cual da un indicio de que los planes que en un principio se tenían como viajar y hacer todo lo que habían querido de manera generalizada no se cumplen, ya que la mayoría de los adultos mayores se dedican exclusivamente a ver televisión, siendo esta última poco favorecedora para la estimulación de sus funciones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales.

### *Suicidio en la vejez*

Aunque no es tan común que hablar acerca del suicidio en los ancianos es un fenómeno que recientemente está ocurriendo, por lo que es relevante señalar dicha problemática en este apartado pues es una situación a la que se enfrentan miles de adultos mayores. Considerando la visión actual e incompreensión que tiene la sociedad respecto de ellos, hace que les sea más difícil su adaptación al sistema y que tengan cabida en la familia, sociedad, trabajo y otros contextos. Todo esto tiene como consecuencia que muchos no logren adaptarse y terminen con su vida. Mesa (1994) clasifica los principales factores que influyen para que se dé el suicidio en la vejez:

- Médicos: enfermedades crónicas, terminales, dolorosas y/o invalidantes, pérdida de facultades físicas e intelectuales, mayor frecuencia de ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas y tratamientos que favorecen la depresión.
- Psicopatológicos: demencias, alcoholismo y otras adicciones, depresión e insomnio de cualquier etiología.
- Psicológicos: sentimientos de soledad, inutilidad, fracaso existencial y aburrimiento, ausencia de proyectos y expectativas de futuro, tendencia melancólica a refugiarse en el pasado.
- Sociofamiliares: pérdida del cónyuge u otros seres queridos, frustraciones afectivas y vivenciales de abandono, situaciones de desarraigo, incorporación involuntaria a asilos y disminución de la comunicación e integración familiar.

- Socioeconómicos: jubilación, disminución de poder adquisitivo, pérdida de estatus social y percepción de rechazo y hostilidad social frente a la vejez.

Los investigadores coinciden en señalar que mientras el 7.5% de personas de entre 15 y 24 años se suicidan, a partir de los 65 años se alcanza la media del 51%. De las Heras (1988; citado en Mesa, 1994) observó una tasa de 24 suicidios por 100,000 habitantes entre los mayores de 65 años. Asimismo Martínez, Moreno y Sánchez (2014) comentan que según la OMS existe un aumento de la prevalencia de intento suicida con la edad, la tasa aumenta en mayores de 75 años, haciendo que en este grupo poblacional los suicidios representen una alarma en cuanto a los problemas psicológicos, físicos y sociales. Si bien para los años 90 la situación anterior era un foco de alerta, cabría preguntarse ¿cuál será la situación que actualmente se vive? lamentablemente no hay respuesta porque no existen estudios recientes.

Las peculiaridades de la conducta suicida son la utilización de técnicas más duras y mortales, existe menor frecuencia de avisos de que se cometerá este acto, y más suicidios pasivos (dejarse morir). Pues como acertadamente escribió Alfonso-Fernández “todos los días son para el anciano una tarde de domingo eterno” (Citado en Mesa, 1994, p. 305).

El suicidio tiene una infinidad de razones, sobresalen aquellos sentimientos de desesperanza, soledad, aislamiento, tristeza y rechazo que está viviendo dicha población como las principales causas. Mesa (1994) enfatiza que un factor importante es la vergüenza social, la autopercepción de ser inútil y no tener proyectos. Aspectos que sin lugar a dudas son resultado de la globalización, las condiciones actuales por las que atraviesan los adultos mayores son preocupantes, tomando en cuenta todos los cambios que atraviesan en el ámbito socioeconómico, laboral, personal, social, psicológico, salud, entre otros. En definitiva hay muchas cosas por hacer con esta población ya que están a tiempo de realizar múltiples actividades y proyectos que favorecen una vejez activa saludable y satisfactoria.

## **C. Adulto mayor y sus retos: una visión multidisciplinaria**

El envejecimiento tiene incontables estereotipos, para la sociedad es una etapa no anhelada, en él se presentan grandes transformaciones que se consideran negativas, haciendo de la tercera edad sinónimo de deterioro, enfermedades e incapacidad. Esta visión parcial, deja de lado otros aspectos como la sabiduría, la experiencia, los sueños, las vivencias, el potencial para hacer proyectos, para amar y la capacidad para tener nuevos aprendizajes y retos. Por ello, en este apartado se abordarán las características del adulto mayor integralmente, se iniciará con el aspecto biológico, posteriormente el psicológico y por último el social.

### **1. Características biológicas del adulto mayor**

Al hablar de los cambios biológicos, en su mayoría por no decir en su totalidad, se recurre al modelo médico deficitario, que quiere decir que la medicina influye a la percepción negativa que la sociedad tiene sobre el anciano como representante de declinaciones y pérdidas, dejando de lado los aspectos positivos de ésta etapa. Por lo cual a lo largo de estas líneas se pretende ir por otro rumbo.

Si bien existen cambios en el adulto mayor como en las demás etapas del ser humano, en este caso no se hará énfasis en el deterioro, simplemente se mencionan algunas de las modificaciones que existen a nivel físico, según Ávila, Núñez, Domínguez y Munguía (2013) existe una disminución en las funciones de los sistemas, órganos, células (disminución en la producción de éstas) y tisular (tejidos tardan en regenerarse), que se pueden apreciar en la disminución del peso, la talla, el volumen y la presencia de arrugas, entre otras.

- *Sistema nervioso central y autónomo*

Probablemente en esta etapa de la vida es cuando ocurren mayores alteraciones neurológicas. El cerebro disminuye su peso y tamaño; asimismo el hipocampo, la corteza prefrontal y el cerebelo sufren atrofias. Las neuronas cambian la mayoría de sus estructuras al entrar en esta edad, existe una pérdida de éstas y

generalmente ya no se regeneran (Cobo, s.f.). Además es importante mencionar que se presentan dos enfermedades muy comunes en los adultos mayores que son: el Parkinson y el Alzheimer, las dos impactan influyen de forma radicalmente en la vida de los ancianos y sus familias, pues se les dificulta realizar algunas actividades de autocuidado, como vestirse o alimentarse. También estos deterioros crean lagunas mentales, desorientación, confusión y multitud de manías.

- *Sistema muscoesquelético*

Los cartílagos sufren cambios al ser ahora más rígidos, por lo cual se dificulta la movilidad, asimismo hay una disminución en la estatura; los músculos pierden fuerza y existe un aumento en la grasa corporal (García, 2006). En los huesos se da un desgaste de masa ósea, y son frecuentes las caídas, lo cual trae como consecuencia una marcha inestable. Por último, la presencia de osteoporosis es muy frecuente, más en las mujeres por motivos del periodo posmenopáusico.

- *Sistema Digestivo*

El paso de los años dejará huellas en el sistema digestivo porque los órganos van a presentar alteraciones dando como resultado una digestión poco adecuada generando dificultades estomacales y en algunos casos los nutrientes no son absorbidos de manera apropiada provocando casos de anemia.

- *Sistema cardiovascular*

Respecto a este sistema, en algunos casos el corazón sufre un proceso de atrofia y existe una disminución en la frecuencia cardiaca, además existe un aumento en la presión arterial y descenso del suministro cardíaco, como consecuencia de la baja en el volumen de contracción del corazón, todo ello ocasiona un déficit en la irrigación cerebral (De la Serna, 2000, citado en García, 2006).

- *Sistema Respiratorio*

Es muy frecuente que los adultos mayores presenten constantemente enfermedades respiratorias, por ejemplo el enfisema es un problema común a esta

edad. Sobre este tema García (2006) comenta que la principal dificultad a la que se enfrenta el sistema respiratorio se expresa por la disminución de la capacidad vital, que es aquella que corresponde al máximo de gas obtenido después de una inspiración profunda. Asimismo los músculos que producen la respiración de reposo no modifican su función con la edad, aunque la diferencia existente entre las personas mayores y los jóvenes está determinada por la resistencia elástica del tórax que se duplica y por ello el trabajo del diafragma aumenta al intentar vaciar los pulmones (Pablos, s.f.).

- *Sistema inmunológico*

De manera general se puede decir que los anticuerpos en esta etapa de la vida disminuyen por lo que es fácil adquirir infecciones y enfermedades.

- *Sistema Endocrino y Metabólico*

En particular dentro del sistema endocrino, se producen mayoritariamente atrofiaciones glandulares y pérdida de unidades funcionales. La glándula de la tiroides disminuye, pierde volumen y sus estructuras se vuelven más fibrosas. Por otra parte, De la Serna (2000; citado en García, 2006) comenta que los estrógenos disminuyen con la menopausia y la reducción de testosterona puede repercutir en el libido. El metabolismo basal decrece con la edad debido a factores circulatorios y la sudoración, haciendo que los adultos reaccionen de manera menos rápida y adecuada a los cambios de temperatura.

- *Sistema genitourinario*

El aparato genitourinario conocido también como urogenital, indica la unidad anatómica que está formada por el sistema urinario y el genital. El aparato urinario es el conjunto de órganos que producen y excretan orina, dicho aparato mantiene el equilibrio dinámico de los individuos y el genital mantiene el equilibrio de especie. Los órganos que lo constituyen son: riñones, uréteres, vejiga urinaria y uretra. Ahora bien, los cambios que se presentarán al llegar a la vejez son: la función renal decrece alrededor de un 50% entre los 30 y los 80 años, afectando a tres cuartas partes de las personas adultas. Asimismo, hay una reducción del

volumen del riñón, respecto a su estado normal de juventud. El tejido elástico de sostén pierde volumen en la vejiga urinaria. Se produce una excesiva excreción de proteínas y electrolitos por orina, con retención de líquidos consiguiente (Cobo, s.f.).

Respecto a la parte genital a nivel fisiológico, dentro de este intervalo de edad ya se han asentado una serie de cambios, por ejemplo en la mujer, la etapa biológica se presenta con la menopausia que indica el fin de los estados procreativos. En la Tabla 1 se aprecian los principales aspectos fisiológicos de la sexualidad que ocurren en la tercera edad.

Tabla 1.  
*Aspectos fisiológicos de la sexualidad en la vejez.*

Mujer	Hombre
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminución de los estrógenos.</li> <li>▪ Disminución del tamaño de la vagina, se secreta y pierde elasticidad.</li> <li>▪ Menor lubricación de la vagina.</li> <li>▪ Menor vasocongestión del clítoris, labios y plataforma vaginal en general, durante la respuesta sexual.</li> <li>▪ Fase de excitación sexual más lenta.</li> <li>▪ Los senos disminuyen de tamaño y turgencia.</li> <li>▪ El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminución de testosterona</li> <li>▪ Disminución de la producción de esperma</li> <li>▪ Erección más lenta, necesita mayor estimulación, y el pene disminuye en turgencia.</li> <li>▪ Los testículos se elevan menos y más lentamente en la respuesta sexual.</li> <li>▪ El periodo refractario se alarga (puede durar incluso una semana o más).</li> <li>▪ El orgasmo puede ser más corto y menos intenso.</li> </ul>

**Fuente: Ramos y González (1994)**

•*Sentidos: vista, audición, tacto, gusto y olfato*

#### *Audición*

En cuanto a la audición, más de un tercio de la población con más de 75 años experimentan este tipo de pérdidas y existe un desgaste del nervio auditivo. Lo cual significa que las personas adultas comienzan a tener dificultades para escuchar, esto se debe a que el oído padece cambios anatómicos cuyos resultados perjudicarán en sus relaciones, provocando un gran número de

conductas de aislamiento. El anciano comienza a desconfiar de los demás, a veces se muestra irritable, piensa que hablan y cuchichean.

Asimismo Cobo (s.f.) comenta que ante las limitaciones de su sordera, algunos adultos responden fijando su atención en los gestos y movimientos, de esta manera recomienda: vocalizar correctamente, hablarles de frente, mirándoles a la cara, no gesticular exageradamente, comprobar la comprensión del mensaje, mirar a los ojos, no invadir su espacio cuando nos comunican algo, hablar con la lentitud necesaria para que puedan seguir lo que queremos decir, usar frases cortas y claras, no gritar, entre otras.

### *Gusto*

En cuanto al gusto, se tienen diferencias notables debido a que existe una disminución en el número de papilas gustativas, por lo que es difícil reconocer sabores. Además, si le sumamos la pérdida de dientes, los problemas de digestión y las dietas terapéuticas, se da un alto riesgo de falta de apetito y desnutrición.

Asimismo, la sutileza del paladar se verá dañada provocando una dificultad para captar los diferentes sabores. Los ancianos cambiarán su sensación sobre los alimentos dulces y los salados, por lo que querrán comer las cosas bastante sazonadas o azucaradas. En muchas ocasiones, preferirán las comidas por su aspecto, es decir, las más atractivas y llamativas, que por su auténtico sabor.

### *Olfato*

Asimismo se reduce la capacidad de identificación olfatoria; como se sabe, en el interior de este órgano disminuye o desaparece la mucosa, y trae como consecuencia una puerta abierta para las infecciones y la penetración de aire seco, facilitando la sequedad de la zona, debilidad consecuente y aumento del riesgo de hemorragias. Otro cambio en el ámbito funcional opera en las células sensitivas olfativas, disminuyendo su capacidad para olfatear, impidiendo diferenciar el aroma de las cosas y de los alimentos.

### *Tacto*

En relación con el tacto, se reduce la agudeza en este sentido, reduciendo así la capacidad de discriminar las sensaciones, teniendo desgaste en la identificación y sensación dolorosa. También en muchos casos se observa dificultad para diferenciar y valorar la temperatura de los estímulos asociados a la misma. La influencia es notable en la sensibilidad dolorosa y a la presión por disminución de la misma, padeciendo con más frecuencia traumatismos mecánicos no detectados y úlceras por presión.

### *Vista*

Finalmente, hablando de la vista podemos decir que se disminuye la movilidad de los ojos, existe caída de parpados, la agudeza visual disminuye, entre otras cosas; dichos aspectos los encontramos a partir de los 40 años, es cuando se comienza a tener dificultades para leer letras pequeñas o se necesita el uso de lentes para poder ver a lo lejos. Belsky (1996) y Fernández (2012) comentan que las principales enfermedades relacionadas con la edad son: el glaucoma, la degeneración macular senil, la retinopatía diabética y el desprendimiento de retina. Por ello es importante que los adultos mayores acudan con frecuencia al oftalmólogo y al optometrista, para realizarse una revisión y así se eviten mayores complicaciones o la pérdida de la visión.

Todos los cambios físicos percibidos durante la vejez, dependen en gran medida de la calidad de vida con que se haya vivido a lo largo de sus años posteriores. Además somos seres particulares y cada quien puede vivenciar estos cambios físicos de manera diferente, o bien algunos de ellos no se presentan en ciertos adultos, asimismo es de vital importancia la estimulación que se tenga en esta edad para evitar deterioros en todos los sistemas mencionados, así como en los sentidos.

## **2. Características psicológicas del adulto mayor**

Durante la tercera edad ocurren modificaciones a nivel general, pero cuando se habla del aspecto psicológico surge una total reestructuración en la vida del

anciano, dado que se forman ansiedades, miedos y obstáculos los cuales impiden la adaptación del adulto mayor. Existen una gran cantidad de estudios sobre la vejez que únicamente se enfocan en el deterioro de las funciones cognitivas como memoria, fluidez verbal, orientación espacial, entre otras. Sin embargo son escasas las investigaciones que se especialicen en la prevención y tratamiento de estas funciones y las que existen son desde el positivismo.

Soria y Rodríguez (2002) llevaron a cabo un estudio con 148 ancianos en el cual refirieron que de acuerdo a sus manifestaciones psicológicas está en primer lugar su salud, seguida por un nerviosismo frecuente, sienten una tendencia al disgusto, algunos cuentan con una alegría habitual, tristeza, pesimismo y por último, una tendencia a la soledad. Por lo cual, habría que preguntarse ¿Cuáles son los elementos que dan pauta a desencadenar pensamientos negativos en los ancianos? A continuación se presentan algunos ellos.

#### *Sentido de la vida en la vejez*

Una de las preguntas más frecuentes de los filósofos era acerca del sentido de la vida, ya que esto guiaba su actuar, su sentir y su pensar. Ocurre algo similar en la edad adulta próxima a la vejez, puesto que en este momento ellos hacen un replanteamiento de lo que han hecho a lo largo de su vida y cuál es la razón de su existencia actual. Lo anterior puede favorecer o perjudicar a los ancianos, en relación a sus ganas de vivir y las expectativas de vida que han tenido.

Las personas de la tercera edad a medida que se van acercando al final de la vida, se plantean ¿Qué he hecho?, y depende de la manera en la que hayan desarrollado su vida, tendrán respuesta a dicha pregunta. Otro aspecto importante en la vejez, es que para gozar una mejor calidad de vida, se necesita alguna motivación, algo que aún le dé sentido a la existencia del adulto mayor. El cuidarse demasiado o la falta de estos, puede ser fatal en esta edad, pues el procurar la alimentación de manera excesiva, el no exceder en grasas, harinas, etcétera, puede favorecer la salud, pero a su vez también bajar el entusiasmo por vivir, ya que tienden a perderse ciertos placeres que años atrás disfrutaban. Esto

no ocurre solamente en la alimentación, pues podemos referirnos a su sexualidad, a otras diversiones y demás aspectos.

### *Pérdidas*

En la vejez una palabra de vital importancia es la de “pérdidas”, los ancianos pierden empleo, capacidades, familia, entre muchos aspectos más. Envejecer es una etapa de la vida en la que se comienzan las pérdidas en cuanto a capacidades vitales, trabajo, habilidades, pertenencias, roles sociales, economía, entre otros. Es aquí donde cobra sentido hacer investigaciones de la tercera edad desde la psicología, considerando que ocurren muchos cambios en cuanto a la ancianidad a nivel psicológico como, la pérdida de las facultades cognitivas las cuales son básicas para poder sobrevivir.

Teniendo en cuenta todo lo que tienen que sobrellevar los adultos mayores, además pasan por un proceso de aceptación de que la muerte esta próxima, Covarrubias y Cerejido (1999) y Chávez (2011) expresan que el niño frecuentemente cuando se le habla de muerte hace referencia a la de otro, por el contrario en la tercera edad la muerte de otro, siempre refiere a la propia, lo cual implica una vista hacia su persona, la muerte es un hecho próximo a ocurrir, para ellos.

### *Duelo*

Otro aspecto psicológico trascendente en la vejez, es el duelo; proceso que se ve reflejado mediante una labor psíquica posterior a una pérdida, en el cual se vive un desprendimiento de los hechos acontecidos con la persona, objeto y/o situación. Dicho proceso puede obedecer a dos caminos, puede ser un duelo normal o bien uno patológico. El primero de ellos es donde la persona logra elaborar la pérdida y finalizando este proceso puede continuar y reinventar su vida. Respecto al duelo patológico, se habla de una persona estancada que la muerte es un acontecimiento que evita su crecimiento como ser humano y ahora vive desesperanza y dolor.

Este último duelo es muy común que lo padezcan los adultos mayores, puesto que no se acostumbran a las pérdidas constantes y no logran reorientar sus vidas construyendo un proyecto, por lo que se quedan estancados en esta etapa, no pudiendo superar el dolor y la tristeza, complicando el curso de lo que les queda de vida.

### *El cuerpo y la sexualidad en la vejez*

En esta etapa de la vida se cree que no existe o incluso está mal visto cuando se habla de sexualidad en la vejez. Esto se debe a que únicamente se reduce a lo genital, y al verse de esta manera, evidentemente se pierde toda aquella visión respecto al placer, a la búsqueda de intimidad y mutualidad.

Sin embargo como bien se indicó la sexualidad en los viejos no es aceptada por la sociedad, como si estos debieran enfocarse solamente en descansar y renunciar a todo aquello bueno de la vida. Pérez, Molero, Osorio y cols. (2014) comentan que en un principio los padres reprimieron la expresión de la sexualidad en sus hijos pequeños, ahora estos al crecer, hacen exactamente lo mismo en la tercera edad de sus padres.

De esta forma, la sexualidad es la manera en la que toda persona busca placer, no obstante en esta etapa es difícil de aceptar, no sólo ante los ojos de la sociedad, sino también ante sí mismos, puesto que repercute la imagen que tienen de su propio cuerpo, lo cual influye en el supuesto que, quien no se quiere ver, tampoco quiere ser visto.

Tradicionalmente la sociedad alimenta una serie de tabúes y estereotipos negativos acerca de la sexualidad en la vejez, muestra de ello son las pocas investigaciones que hay sobre dicho aspecto. Ramos y González (1994) y Fernández (2012) exponen que los cambios fisiológicos en el anciano, únicamente sirvieron como una excusa y barrera para negarles actividad sexual. Algunas de las falsas creencias que tiene la sociedad y los adultos mayores sobre su sexualidad son las siguientes:

- Los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales.
- A los viejos no les interesa el sexo.
- Los ancianos que se interesan por el sexo son perversos.
- La actividad sexual es perjudicial para la salud, especialmente en la vejez.
- Es indecente y de mal gusto que los ancianos manifiesten intereses sexuales.
- Las desviaciones sexuales son más frecuentes en la vejez.

Dichas ideas carecen de una base sólida, solamente han provocado que los adultos mayores se muestren escépticos y no quiera hablar sobre dicho tema. No es verdad que no se interesen por el sexo, que no mantengan actividad sexual o que sea mala para su salud. Como bien comentan Fernández (2012) la sexualidad en la vejez existe, cada vez se subrayan más los beneficios que tienen al estado de salud, bienestar y satisfacción en general por parte de los adultos mayores.

Podemos ver que los estándares de belleza aquí repercuten de manera radical, ya que se piensa que únicamente la juventud es la etapa digna de estética y de placer sexual. Cuantas veces no hemos escuchado a viejos con frases como *“eso ya no es para mí” “yo ya no soy bella” “en mi juventud era bella ahorita no”*. De manera que en esta etapa se va perdiendo todo aquello por lo que se vive (sexualidad, economía, trabajo, imagen y familia).

Ahora bien el cuerpo como unidad de análisis, ha sido objeto de distintas disciplinas como la medicina, el psicoanálisis, la antropología, la estética y la sociología. Sin embargo el cuerpo al cual se hace referencia no es el cuerpo biológico sino del cuerpo subjetivo y los significados sociales que están ligados a la representación de la imagen corporal en la vejez.

Una emoción que surge ante las limitaciones del cuerpo enfermo es la del enojo, cuando en los ancianos surge dicha expresión se debe principalmente a que no pueden cumplir con expectativas de funcionamiento que antes podían realizar. Concepción y Salas (2013) comentan que el impacto de la enfermedad sobre el

cuerpo en la vejez, no sólo se inscribe en el deterioro físico, sino en la representación subjetiva que se tiene de él; por lo que tener un cuerpo “maleado” es sinónimo tener un cuerpo que no es útil, productivo, autónomo e independiente.

De modo que las marcas del envejecimiento se reflejan mediante el deterioro en las funciones, la deformación de alguna de las partes del cuerpo y también con el uso de instrumentos que suplen algunas funciones básicas de los ancianos, como la silla de ruedas, el bastón, los aparatos auditivos, los lentes o los respiradores artificiales, son dispositivos que pasan a formar parte del esquema corporal y por lo tanto del cuerpo propio. Haciendo que esto desencadene una vergüenza del cuerpo, un estigma de la imagen corporal, en quienes ya no se apegan al modelo corporal idealizado, a una visión predominante de un cuerpo joven, sano y competente (Baz, 2000; Goffman, 2006, citados en Concepción y Salas, 2013).

Teniendo en cuenta todas las pérdidas y cambios que viven los ancianos, su identidad se reconstruye en función de la enfermedad, del deterioro y de la expectativa de muerte. Ahora bien, un elemento que cobra importancia cuando surge alguna enfermedad crónica o alguna dificultad cognitiva en la vejez es el aislamiento y la estigmatización que conduce la discapacidad, produce lo que Gergen (2006) denomina el “discurso del déficit”, el cual se construye a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad, discurso que es reforzado por las profesiones de la salud.

En definitiva la visión que tanto hombres como mujeres mayores tienen de su cuerpo corresponde a ciertas representaciones sociales dominantes, pero no necesariamente verdaderas, que se basan en imágenes estereotipadas de la vejez asociada únicamente con conceptos negativos como declive, pérdida, disfuncionalidad, entre otros.

## **2.1 Estado emocional**

Con el paso del tiempo la población de la tercera edad suele reducir el número de actividades recreativas, las novedades resultan menos atractivas y en muchos casos la rutina es fuente de tranquilidad, por ello es común ver que los ancianos

no salen de sus casas ni de sus rutinas diarias, lo que contribuye a que su estado emocional sea de tristeza, soledad e incluso suelen presentar depresión.

### *Depresión*

La tendencia a la depresión constituye la alteración afectiva más frecuente en la senectud. De acuerdo con Covarrubias y Cereijido (1999) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2011) la depresión que se experimenta en la vejez es una sucesión de reconocimientos de que las capacidades se hundan por debajo de lo que requiere, es decir, de lo que antes podía lograr el adulto mayor, sin embargo dicho autor propone no mirarla únicamente desde el campo de la clínica, sino a partir del psicoanálisis donde se habla de una posición depresiva la cual permite al sujeto valorar lo mejor de sí y de los demás y de esta forma mantener el equilibrio.

Por su parte Fernández-Ballesteros (2004) y Sotelo, Rojas, Sánchez & Irigoyen (2012) mencionan que dentro de la vejez las personas tendrán dos caminos, el aceptar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que está viviendo como cualquier otra condición asociada a la edad, haciendo alguna actividad que contribuya su estado cognitivo y emocional. Y por otro lado se convierte en una fuente de ansiedad, con un temor permanente de estar sufriendo un deterioro patológico, viviendo en soledad y sin ganas de hacer algo para cambiar ese temor. Lo cual lleva a cuestionarse en ¿cuál de los dos caminos es donde están estacionados los viejos en esta época?

### *Autoconcepto*

En lo que se refiere al autoconcepto se puede decir que es el aprecio o valor que cada uno de los individuos se da así mismo y a su vida. No obstante podemos observar que al pasar los años, generalmente suele ir en decremento gracias a los estereotipos que con lleva dicha etapa. Encontrándose en la vejez frases como "ya no sirvo para nada", "soy un estorbo", "a mi edad ya para que", todo lo anterior da un indicio del valor que el anciano tiene en dicha fase de su vida, la cual no es de aprecio ni de valor.

El autoconcepto cubre diversos aspectos dentro de la vida de un individuo, de acuerdo con Triadó y Villar (2006) diferencian tres tipos: a) psicológico, que se refiere a atributos o rasgos de personalidad, b) físico, que tiene que ver con aspectos del cuerpo y c) social, hace alusión a ciertas relaciones que se tiene con los otros. Los adultos mayores, generalmente sufren deficiencias en las tres esferas mencionadas con anterioridad, por lo cual el autoconcepto se ve alterado, dificultando la adaptación a su actual condición.

Por último es importante mencionar que los planes, sueños y metas que los ancianos tengan para su futuro son factores que podrían favorecer a tener un autoconcepto favorecedor. De esta manera podemos ver, como generalmente los adultos mayores tienen un bajo autoconcepto de sí mismos no únicamente por como son percibidos actualmente, sino por situaciones pasadas que no han resuelto y por la incertidumbre y ansiedad que provoca el futuro para estos.

## **2.2 Funciones cognitivas o intelectuales**

Existen factores en el adulto mayor que repercuten su desempeño cognitivo no sólo a nivel psicológico sino neuropsicológico. Como ya se ha mencionado en la vejez suelen darse cambios a nivel cerebral, que traen consigo una serie de modificaciones cognoscitivas que involucran la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Un estudio reciente (Martínez, 2012) comprueba que dichos cambios se deben a ciertas alteraciones, que se encuentran en los lóbulos frontales: el hipocampo y en el cuerpo calloso del cerebro. Considerando que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento que ésta tiene como soporte el sistema nervioso central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. Fernández-Ballesteros (2004) explica que las personas mayores requieren un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, y que a pesar de la edad, cuentan con una amplia capacidad de aprendizaje.

A continuación se explicaran de manera general los aspectos cognitivos necesarios para tener un entendimiento del funcionamiento psicológico del adulto mayor, en los cuales surgen cambios a lo largo del desarrollo del ser humano.

### *Motricidad*

La motricidad es un aspecto fundamental para el desenvolvimiento del adulto mayor, pues permite que se realicen diversas actividades. Algunas veces suele verse afectada debido al declive de la fuerza muscular, así como por la falta de estimulación o de uso de ciertas áreas del cuerpo. Conforme pasan los años los movimientos motores globales se tornan más lentos, los músculos se fatigan rápidamente y se recuperan de una tensión con mayor lentitud. Mientras que los movimientos de motricidad fina se vuelven más lentos y menos precisos, aunque se puede retrasar, invertir y hasta cierto punto evitar con la ayuda de ciertos ejercicios apropiados (García, 2006).

Las actividades y pruebas que premian la velocidad, con frecuencia muestran que la persona mayor se encuentra en desventaja, por ello se deben diseñar actividades en donde la velocidad de ejecución no sea un factor significativo.

### *Tiempo de reacción*

El aumento en la lentitud en la respuesta con la edad refleja un cambio básico en la velocidad con la que se procesa información el sistema nervioso central. La causa para este enlentecimiento se atribuye a la ruptura de las conexiones dentro de la red neuronal. García (2006) señala que la disminución de la velocidad de procesamiento de la información podría explicar muchas de las diferencias con la edad observada en el aprendizaje, memoria, inteligencia y percepción.

Ahora bien para disminuir el daño que se pueda dar en la red neuronal Gonzalo (2002; citado en García, 2006) señala que las personas que practican con constancia ejercicio físico y realizan actividades de tipo intelectual, tienen mayores posibilidades de mantener un mejor estado neuronal y experimentan menores cambios degenerativos. Por ello es vital que los adultos mayores dentro de su vida cotidiana lleven a cabo acciones donde ejerciten su cuerpo y su cerebro.

### *Lenguaje*

El comunicarnos con los demás es esencial para socializar, relacionarnos, para el bienestar de uno mismo, entre muchos otros aspectos. Por lo que la importancia del lenguaje es vital para las personas, ya que el no tener una buena comunicación amenaza las relaciones interpersonales que se tienen.

Acerca de este tema Jódar (1994) y Villa (2013) comentan que el desarrollo correcto de la habilidad lingüística en las personas requiere de una buena correspondencia de los cuatro aspectos que constituyen el lenguaje:

- **Fonología:** se refiere a la capacidad para utilizar y combinar los diferentes sonidos del lenguaje. Durante el envejecimiento, todos los aspectos fonológicos se encuentran bien preservados.
- **Léxico:** la expresión léxica de un objeto corresponde al nombre convencional que adquiere dentro de una lengua. Tampoco durante el envejecimiento se aprecian dificultades con tales representaciones.
- **Sintaxis:** se refiere a la capacidad para combinar las palabras de manera que adquieran un significado, distintos estudios concuerdan que la edad tiene muy poco efecto sobre los aspectos sintácticos del lenguaje.
- **Semántica:** en general cuando los ancianos presentan dificultades en evocar un nombre correctamente se presenta un problema de semántica. Al parecer los individuos de edad avanzada tendrían dificultades en los aspectos semánticos de la evocación de las palabras, aunque tal déficit no es realmente significativo hasta los 70 años de edad.

En general los cambios que se dan en el lenguaje durante el envejecimiento se reducen a una dificultad en la denominación o evocación de las palabras y una reducción en la fluencia verbal. Sin embargo para algunos autores existen aspectos que mejoran con los años, es el caso del vocabulario que tiende a enriquecerse y aumentan con la edad, o bien la expresión verbal la cual suele ser más rica y elaborada que la de los jóvenes.

### *Inteligencia*

Después de la segunda guerra mundial se realizaron diversas investigaciones que tenían como finalidad estudiar todo lo referente a la inteligencia, donde se desarrollaron los conocidos “test de inteligencia” y distintas pruebas psicológicas que tienen como objetivo conocer el nivel de inteligencia que tiene una persona y las funciones intelectuales con las que cuentan. Dichas funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica: la inteligencia, que puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes.

Un término fundamental al momento de hablar de inteligencia es el Coeficiente Intelectual (CI), los primeros datos sobre los cambios del CI que aparecen relacionados con la edad, son los proporcionados por la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos con sus siglas en inglés WAIS (Wechsler Adults Intelligence Scale). La mayoría de las investigaciones ocupan los subtest del WAIS para medir y hacer comparaciones entre adultos mayores y jóvenes, asimismo se utilizan los subtest por los especialistas para evaluar si los ancianos presentan algún problema o demencia (Jódar, 1994; Villa, 2013).

Podemos decir que el punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso declina. La agilidad intelectual que se tenga va influir de manera notable en varios aspectos de la vida, teniendo en cuenta que cuanto más activa sea intelectualmente la persona, menor es el riesgo de deterioro. Por su parte el CI permanece estable hasta los 80 años y la habilidad verbal se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora en la realización de tareas (De la Serna, 2000, citado en García, 2006).

Fernández-Ballesteros (2004) comenta que se puede hablar de dos tipos de inteligencia: la biológica y la cultural. La primera también llamada fluida, reúne aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años. La segunda

también llamada inteligencia cristalizada, abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta edad se mantiene constante incluso puede ser incrementada hasta edades avanzadas.

Son diversos los trabajos que se han hecho con el objetivo de establecer el momento o edad de la vida a partir del cual comienza el declive intelectual, pero la interpretación de sus resultados está determinada por el tipo de metodología empleada. Al respecto Villa (2013) explica que los estudios transversales revelan resultados diferentes a los estudios longitudinales, además señalan que factores como la familiaridad, el grado de dificultad, el esfuerzo y la velocidad que se requiere para cada test influirán rotundamente en los resultados.

Un aspecto a considerar es que muchos de los problemas descritos en la literatura como consecuencia de la edad, podrían ser atribuidos a los efectos de otras variables que en muchos casos no han sido controlados. Por ejemplo, es el caso de enfermedades como la hipertensión o la diabetes, las cuales se ha confirmado producen un efecto negativo sobre las funciones superiores como la memoria y la velocidad (Junqué, 1990, citado en Jódar, 1994; Villa, 2013). De igual forma Papalia, et al. (2009) afirma que algunos de los factores revelados en estudios posteriores se ha encontrado que la enfermedad es un rasgo que influye para que exista un decremento de la capacidad intelectual en la vejez.

La falta de estimulación, es decir, no mantener activas funciones como la escritura y la lectura, repercute de manera negativa para que haya un declive en etapas posteriores respecto de las funciones cognitivas. Finalmente es importante tener un conocimiento del estado cognitivo de los adultos mayores pues resulta esencial para avanzar en las investigaciones sobre las consecuencias del propio envejecimiento, para descubrir y facilitar el diagnóstico de otros déficit que indican la existencia de alguna patología cerebral.

A pesar de que todos los aspectos anteriores son de suma importancia para el adulto mayor, consideramos que los que tienen mayor relevancia para poder llegar a un cambio en la visión de la tercera edad son aspectos como la parte neuropsicológica, la memoria, la atención y aprendizaje, por lo que a continuación

haremos una explicación más detallada de dichos aspectos para lograr tener un mejor entendimiento sobre el tema.

### ***Neuropsicología del envejecimiento***

En el sistema cognitivo ocurren ciertos procesos cuando se atraviesa por la vejez, por un lado hay un decremento en la memoria y se da paso a un incremento en la lentitud de acuerdo a la realización de actividades cotidianas. Todo lo anterior se ha comprobado un sinnúmero de veces en estudios de índole científico, para acentuar los cambios cuantitativos en la edad adulta mayor. Sin embargo y en contra de muchas posturas que únicamente se inclinan a mirar los declives en la vejez, se encuentra que entre más edad, es mayor la sabiduría con la que cuenta la persona para poder resolver dilemas que se encuentran en la vida cotidiana. Es poca la investigación hacia la sabiduría y el impacto que causaría en la manera de conceptualizar en esta última etapa de la vida. De esta manera, mientras que el procesamiento va en decremento, el conocimiento y la sabiduría en los adultos mayores van creciendo.

Si bien es cierto que a medida que se envejece reducen los recursos mentales para llevar a cabo operaciones intelectuales, las explicaciones sobre dicho decremento en procesos de memoria y atención, se deben a que la cantidad de información guardada es demasiada, asimismo se da prioridad a ciertos acontecimientos que fueron relevantes para la persona, demostrando que ante situaciones desconocidas los adultos mayores tienen un bajo rendimiento, y en lo que se refiere a acontecimientos familiares tienen un mayor desempeño. No obstante dicho deterioro no está presente en todos los tipos de memoria, sólo en aquellas que implican un número mayor de recursos cognitivos.

Las causas que se han considerado para determinar el declive en cuanto a las deficiencias cognitivas en los adultos mayores son las siguientes:

- La agudeza visual y auditiva (funciones sensoriales)
- El nivel educativo de la persona
- La falta de sueño y una mala alimentación a lo largo de la vida

- La falta de hábitos que favorezcan los procesos del pensamiento
- Nuestros órganos envejecen, el cerebro es uno de ellos y es aquel que media nuestras funciones cognitivas, por lo cual se nota un descenso en los procesos del pensamiento.

Es esta última hipótesis, se basaran las siguientes líneas, puesto que diversos estudios (Park y Schwartz, 2002; Triadó y Villar, 2006) neuropsicológicos se apoyan en dicha afirmación y tienen teorías complejas para explicar el declive en funciones como la memoria, la atención y el aprendizaje en personas de la tercera edad.

La neuropsicología se dedica a estudiar las diferencias en el funcionamiento cognitivo, de acuerdo a los cambios que se producen en la tercera edad en el cerebro, pues existe un declive en las estructuras neuronales específicas. Para un mejor entendimiento es necesario explicar brevemente las partes del cerebro, que está compuesto de dos hemisferios (derecho e izquierdo), cada uno de los cuales contiene 4 lóbulos que se encargan de ejecutar diversas funciones en el cuerpo y el pensamiento.

- ✓ Occipital: situado en la parte posterior del cerebro, hace funcionar la visión en el ser humano.
- ✓ Temporales: que se encuentran a los lados de la cabeza y están encargados de realizar el procesamiento auditivo.
- ✓ Parietal: se ubica en la parte inferior y lleva a cabo la función somatosensorial.
- ✓ Frontal: como su nombre lo dice, se localizan en la parte delantera y es el encargado de dar órdenes motrices al cuerpo y procesamiento de información del pensamiento.

Se sabe que fisiológicamente con el paso de los años en el cerebro sufre pérdidas en las células, un encogimiento del tejido cerebral, así como una reducción del flujo sanguíneo cerebral, lo cual perjudica que se lleven a cabo las funciones cognitivas igual que en un pasado, distintas investigaciones ponen en relieve que

las zonas más dañadas y sobre las cuales recaen funciones del pensamiento, son el hipocampo, la corteza prefrontal y los lóbulos frontales.

Por otro lado la neuropsicología es la ciencia que se encarga del estudio de cómo los procesos neuronales repercuten en los procesos psicológicos de las personas, algunos teóricos han demostrado que en la tercera edad, las estructuras que generalmente están más afectadas son el hipocampo y los lóbulos frontales. La primera de estas, es una estructura en forma de caballo de mar, ubicada en el centro del cerebro, y es aquella encargada de mediar el aprendizaje, controlar procesos como la habilidad para recordar información declarativa, así como en la codificación de la memoria operativa. El hipocampo, tiene encomendada la tarea de monitorear el estado de alerta en el cuerpo, así como de la concentración y organización. Sin embargo la función de éste, se ve afectada en un 20% por la pérdida de las células en el transcurso de la vejez, por lo cual se ven modificadas todas las funciones en la presente etapa.

Además del hipocampo existe otra estructura encargada de procesos relevantes a nivel neuropsicológico, los lóbulos frontales los cuales son encargados de funciones como en la codificación y la retención de la información del exterior, así como también lleva a cabo el control del pensamiento a nivel superior. Dichos lóbulos juegan un papel importante en los procesos de memoria, de esta manera se encarga de dar dirección al hipocampo para poder ejecutar las funciones ya mencionadas. El aprendizaje es otra de las funciones en las que tiene participación dicha estructura.

Estudios realizados por Park y Schwarz (2002) acerca de neuroimagen, técnica en la cual sustancias radioactivas son inyectadas a las personas para poder ver las zonas del cerebro que están trabajando mientras realizan tareas de memoria, atención, entre otros; se ha encontrado que en el envejecimiento se da un deterioro en la memoria, ya que no participan de la misma manera los lóbulos temporales y los frontales en las tareas, dichos autores lo explican debido a la pérdida celular. Asimismo se han visto implicados los lóbulos frontales y el

hipocampo, en dichos cambios en cuanto a la pérdida y a los cambios de la memoria.

Asimismo trabajos (Martínez, 2012) demuestran que el cuerpo calloso es una de las zonas más afectadas del cerebro, pues es donde existe una mayor pérdida celular, que provoca deficiencia en las señales visuales y en las funciones sensoriomotrices. Por otro lado, la plasticidad neuronal está conservada en cierta medida en las personas mayores, el entrenamiento cognitivo y la educación no formal pueden estimular las neuronas atroficas, haciendo que el aprendizaje y la memoria se fortalezcan. Por ello los programas de entrenamiento y estimulación cognitivos provenientes de la neuropsicología y del trabajo con personas con demencias son quienes han demostrado grandiosos resultados. Sin embargo, los adultos mayores que cognitivamente se encuentran íntegros, también pueden beneficiarse de dichos programas pues recrean funciones nerviosas y mantienen activas las funciones cognitivas; la estimulación y el entrenamiento posibilitan la utilización de las capacidades cognitivas y el despertar de las funciones no usadas o abandonadas (Luque y González, 2012).

### ***Memoria***

La memoria es un proceso complejo que abarca retención de información así como el procesamiento de esta, lo cual favorece a procesos como el pensamiento, lenguaje, aprendizaje, entre otros. Es decir la memoria se estudia en términos de cómo se introduce la información y la forma en la que se mantiene y recupera. Es un proceso que forma parte de las cogniciones, las cuales permiten elaborar información que recibimos del exterior. La memoria ejecuta tareas como el registro, el almacenamiento y la recuperación de información. Al respecto Triadó y Villar (2006) señalan que existen tres tipos de memoria: la sensorial, la de trabajo y la memoria a largo plazo.

La primera de estas es la más básica y se puede decir que se encuentra entre la percepción y la memoria, es la encargada de registrar la estimulación del exterior, es momentánea y únicamente encuentra su función de manera temporal para

procesar información en el momento determinado para llevar a cabo una acción, también es conocida como memoria a corto plazo.

Por otro lado se encuentra la memoria de trabajo, encargada de almacenar la información verbal, visual y espacial. Por último en la memoria de largo plazo es donde se almacena el conocimiento del mundo exterior, así como los datos de nuestra historia personal. Esta última a su vez se divide en dos: *la declarativa* en la cual se encuentran contenidos que fácilmente se pueden describir por medio del lenguaje, como rostros, localización espacial, entre otros. Mientras que *la no declarativa* no se puede expresar por medio del lenguaje, se define en actos específicos que son aprendidos, como el manejar, andar en bici, entre otros.

En cuanto al deterioro que existe a nivel memoria en los adultos mayores, investigaciones realizadas por Light (1991; citado en Triadó y Villar, 2006) mencionan que generalmente están dados por factores contextuales, ya que los jóvenes suelen realizar asociaciones respecto de determinada información, sin embargo los ancianos no suelen recordar dichos detalles para poder almacenar determinada información, es decir, existen problemas en el procesamiento de la información contextual.

Asimismo también en el deterioro de la memoria influye el nivel educativo que el anciano haya tenido, ya que entre menor escolaridad se ha encontrado que existe un deterioro más rápido de memoria y una menor habilidad verbal (Triadó y Villar, 2006).

Por lo que se refiere a la memoria en la vejez se incrementa la tasa de olvido al tiempo que disminuye la capacidad para adquirir nueva información. De modo que los adultos mayores necesitaran más tiempo y más ensayos para aprender material verbal, pues no utilizan adecuadamente estrategias de almacenamiento, ni de recuperación de la información. West (1986; citado en Ardila y Rosselli, 2007) comenta que las principales dificultades que presentan los ancianos son referentes a sus actividades cotidianas como: localizar objetos, reconocer caras y lugares, recordar nombres y números, aprender nuevas rutas, entre otras.

Es importante mencionar que dependiendo el autor que se consulte variaran los términos, tipos y definiciones que hagan respecto a la memoria. Para algunos

autores (Covarrubias y Cereijido, 1999; Delgado, 2004) existen distintas clasificaciones de memoria, por ejemplo se encuentran tres tipos de memoria primaria, secundaria y terciaria. La primaria es aquella donde se requiere recordar poca información a corto plazo, la secundaria cuando dicha información tiene que ser la acordada por un plazo más amplio y la terciaria es aquella donde se tiene conocimientos durante toda la vida.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas mayores que afirma tener fallos al recordar nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. Es importante resaltar que el realizar actividades intelectuales como hacer crucigramas, jugar al ajedrez, resolver sudokus y sopa de letras, además de contribuir el funcionamiento intelectual también mejorará su estado de ánimo.

Así Fernández-Ballesteros (2004) señala algunos recursos que contribuyen para la mejora de la memoria durante la vejez: 1) estar muy motivado; 2) jugar a recordar en forma deliberada; 3) prestar mucha atención; 4) repetir, repetir y repetir; 5) dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria; 6) organizar mentalmente la información a recordar; 7) buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos; 8) crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar y, finalmente, 9) utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etcétera.

Por su parte Belsky (1996) y Delgado (2004) critican las investigaciones tradicionales realizadas sobre aprendizaje y memoria, pues las pruebas que se hacen en laboratorios y que tienen un formato donde se presenta una lista de palabras, letras o silabas de una serie de presentaciones, en donde siempre se compara a un grupo de jóvenes y ancianos. Estos estudios demuestran la amplia razón de los prejuicios entorno a la memoria y edad, pues los ancianos casi siempre obtienen un rendimiento por debajo de los jóvenes.

Expuesto todo lo anterior es importante cuestionarse ¿por qué en algunos ancianos no ocurre una pérdida de memoria?, algunas investigaciones refieren que dichos padecimientos se relacionan con enfermedades como la diabetes y la

hipertensión, pero desde este trabajo los olvidos, la falta de memoria tiene un trasfondo más complejo, y tiene que ver precisamente con situaciones emocionales, de manera que estos son llamados de ayuda para los familiares, principalmente para los hijos, es su manera de decir que aún existen. Ocurre de la misma forma como un mecanismo de defensa que no le permite recordar al viejo situaciones dolorosas o personas no gratas para éste, puesto que así se está protegiendo de tener un desequilibrio y de desempolvar, por así decir ese capítulo en su vida que lo ha dañado.

### ***Aprendizaje***

El aprendizaje es fundamental cuando se habla de los procesos cognitivos, ya que si la memoria es necesaria para la retención y codificación de la información del entorno, el aprendizaje es aquel implicado para la adquisición de ésta. Este proceso se lleva a cabo durante toda la vida, ya que se ven involucrados los sentidos como la vista, el tacto, el olfato, de la persona para poder captar el mundo exterior.

Ahora bien existen diferentes formas de aprender, la más simples de esta es la habituación, o mejor conocida como el aprendizaje asociativo, en el cual se involucran un estímulo y una respuesta, se indica que un estímulo condicional producirá una respuesta condicionada, y al presentar ese mismo estímulo emparejado con un estímulo incondicionado se producirá una respuesta incondicionada, este tipo de aprendizaje tiene más aplicación en los animales, sin embargo en humanos también ocurre de una manera más simple. En esta misma línea se encuentra el condicionamiento operante el cual se refiere principalmente en que el aprendizaje ocurre cuando está presente una contingencia para poder favorecer determinada conducta (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999; Monchietti, Lombardo, Sánchez y Krzemien, 2010).

Por otro lado se encuentra el aprendizaje por observación o mejor conocido como el aprendizaje vicario el cual tiene relevancia puesto que al observar la forma de ejecución de una determinada actividad, tiene repercusión en la forma de actuar de la persona observadora. Asimismo se encuentra el aprendizaje de habilidades

motoras, el cual generalmente puede ser no declarativo ya que, es difícil traducirlo al lenguaje y se adquiere mediante la práctica. Por último el aprendizaje verbal, el cual se da por medio de la interacción con las personas y como estas se introducen al mundo.

Así el aprendizaje de manera general ha sido definido como el cambio relativamente permanente en la conducta de una persona, la cual actúa con base en experiencia previa en determinada actividad. Generalmente el aprendizaje se evalúa a través de la conducta aunque no siempre sea la mejor forma de valorarlo, existe infinidad de estudios en los cuales de esta manera se mide el aprendizaje con parámetros observables, comprobables y cuantificables.

Ahora bien en la tercera edad se ha desarrollado la creencia que es imposible que lleven a cabo el procesamiento de información para dar pauta al aprendizaje, lo cual es falso, sin embargo la investigación de Warner y Willis (2003) encontró que las personas adultas mayores tienen dificultad para la codificación de nueva información que es la base del aprendizaje, así como también para el almacenamiento de nueva información y de recuperación de ésta.

### ***Atención***

Hablando de procesos cognitivos como la memoria y el aprendizaje no se puede dejar de lado la atención, que facilita o perjudica la adquisición de ciertos contenidos y el desempeño de otras actividades de la vida cotidiana. De esta manera se puede decir que la atención es centrar el pensamiento en un factor específico de entre muchos posibles simultáneos. De forma que se pueda concentrar en ciertos eventos y al mismo tiempo ignorar otros de menos relevancia para la actividad a realizar.

La atención es un conjunto de procesos del sistema de memoria para que el procesamiento de información se ejecute de manera adecuada y ordenada. Asimismo el término atención sirve para describir el proceso mental a través del cual las personas evitan distracciones que pueden provocar los estímulos irrelevantes en una situación concreta para concentrarse en una actividad determinada. Mesulam (1983; citado en Jódar, 1994; Villa, 2013) señala que se

trata de un proceso complejo que involucra vigilancia, concentración, focalización y exploración.

Es una función cognoscitiva vital para todas las tareas que desempeñan las personas, por lo que es importante tener en cuenta que dentro de esta función van a estar presentes aspectos como la ansiedad, la inseguridad o momentos de tensión que impedirán que los adultos mayores pongan el suficiente cuidado en algunas cosas.

De acuerdo con Triadó y Villar (2006) existen diferentes tipos de atención, la dividida, la alternancia atencional, la selectiva y la atención sostenida. La primera de ellas se refiere a las situaciones donde el sujeto debe controlar dos o más tareas o fuentes de información al mismo tiempo. La alternancia atencional hace referencia a alternar el control sobre dos fuentes de información. La atención selectiva se refiere a prestar atención a cierta información relevante y a ignorar la que no es favorable. En lo que respecta a la atención sostenida, se debe mantener por periodos largos de tiempo, lo cual exige un nivel de atención constante y a diferencia de los tipos de atención anteriores esta es la única en la cual no tiene diferencias en cuanto a las personas jóvenes ya que en estudios se ha comprobado que es muy similar el nivel de ejecución de los ancianos que de personas con menor edad. Lo cual puede decir que al igual que en la memoria, la atención también tiene que ver con factores contextuales que entorpecen el procesamiento de información.

### *Demencias*

Dentro del envejecimiento un tema que es motivo de preocupación de los adultos mayores, de sus familiares y de profesionistas de la salud, es la “demencia”, según Rosselli (2003; citado en Ardila y Rosselli, 2007) constituye un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas: memoria, lenguaje, habilidades visoperceptuales, de razonamiento, etcétera, vinculados a cambios emocionales y comportamientos generales.

La demencia senil es una de las causas de las enfermedades e incluso causa de la muerte en esta etapa, entre las más comunes se encuentran (Chong, 2012; Covarrubias y Cerejido, 1999):

- *Demencia tipo Alzheimer*, es progresiva y afecta la memoria principalmente la reciente, así como la orientación de espacio y tiempo.
- *Enfermedad del Parkinson*, en la cual se producen problemas de manera cognitiva y aprendizaje y se caracteriza por un temblor durante el descanso o rigidez y dificultad para ejecutar un movimiento.
- *Demencias cerebro vascular*, las cuales dependen del área del cerebro que este afectada para saber cuáles son las funciones que tienen repercusiones.

A nivel neuropsicológico es incuestionable que todas las capacidades disminuyen en cuanto incrementan la edad, sin embargo cuando hay una estimulación intelectual constante se ayuda al organismo hacer más lento el proceso de envejecimiento del cerebro y de los sentidos, no cabe duda que la importancia del psicólogo en este aspecto juega un papel fundamental dado que no tendrá únicamente una visión biológica como los médicos sino que verá a los adultos mayores como seres que deben desarrollarse y estimular la parte psicológica, biológica y social.

### **3. Características sociales en el adulto mayor**

Se tiene la idea que la vejez constituye más un acontecimiento social que las simples características fisiológicas, pues empieza cuando un grupo social o la sociedad de la que forma parte, lo reconoce como una persona vieja, produciéndose una situación donde la edad social se estipula como determinante del inicio de la vejez y que nada tiene que ver con la edad cronológica (Simmons, 1969, citado en Colom, 1999; Aguayo y Nass, 2013). Por lo que de alguna manera, son las sociedades las que condicionan la cantidad y calidad de vida en esta etapa, dado que la situación de dependencia en que se encuentran los ancianos se debe a la política social.

Por tanto la vejez es también una construcción social, donde cada sociedad la definirá de una determinada manera. Cada etapa del ciclo vital: infancia, adolescencia, adultez y vejez, son conceptos sociales que toman como referencia la edad. En la etapa de vejez hay una importante variabilidad personal, así la categorización de viejo corresponde más a una concepción social que a un verdadero sentir del ser humano. El reto que tiene planteado la sociedad actual es, tal como dijo Pinillos (1981, citado en Colom, 1999) “*dar más vida a los años*”, donde se tenga una mayor calidad de vida e inclusión social de esta etapa de la vida.

Se han interiorizado distintas creencias y valores que llevan a una concepción negativa de la vejez, incluso por las propias personas mayores. Una de las causas del establecimiento de esta visión negativa la encontramos en las propias disciplinas médicas al caracterizarla principalmente como una edad de déficits y pérdidas. Expresado lo anterior un concepto fundamental sobre este tema son los estereotipos, se definen como aquellas creencias sociales compartidas que se tienen sobre grupos o categorías sociales. Pérez (2004; citado en Pérez, 2014) indica que los estereotipos son generalizaciones excesivamente simplificadas que se convierten en fuente de información y formación de expectativas y que los estereotipos negativos empleados para definir la vejez no se ajustan a la realidad de estas personas. Los estereotipos se manejan en un determinado momento histórico y en una sociedad concreta median el autoconcepto y la autoimagen que el viejo tiene de sí mismo y de las expectativas que los ciudadanos en general (Fernández-Ballesteros, 1991, citado en Colon, 1999; Sánchez, 2004)

De modo que encontramos demasiados estereotipos negativos de la vejez, que suelen establecerse en la infancia a través de influencias ambientales de la familia, cuidadores, televisión y otros medios de comunicación. Los estereotipos dominantes que existen en la sociedad sobre el proceso de envejecer son: pérdida, discapacidad funcional, enfermedades y problemas cognitivos (dependencia aislamiento social o mala memoria). Esta imagen negativa afecta la

autopercepción que tienen los adultos mayores, además de que puede influir en los profesionales que los atienden (Pérez, 2014).

Algunos de los estereotipos que se emplean frecuentemente para referirse a los ancianos son: todos los mayores son iguales; están enfermos, tienen dependencia funcional y son frágiles; están solos y aislados; tienen problemas de memoria; son rígidas y no se adaptan a los cambios; no se enfrentan a los cambios del envejecimiento; no deben seguir trabajando; no pueden aprender cosas nuevas; y no tienen relaciones sexuales. En cambio, el estereotipo positivo que encontramos es la sabiduría, creencia que poco a poco ha ido desapareciendo de la sociedad (Portal Mayores, 2012, citado en Pérez, 2014).

En general la percepción que más abunda en la sociedad y familiares de los adultos mayores es considerarlos menos competentes que los jóvenes. Nuevamente se observa uno de los impactos de la globalización, pues se refleja uno de los valores centrales de nuestra sociedad: lo joven y nuevo; pues se consideran más importantes las contribuciones que pueda hacer la juventud. Sobre este tema Aguayo y Nass, (2013) y Colom (1999) comentan que en la sociedad existe un rechazo no sólo del viejo, sino de la propia vejez lejana o cercana.

Actualmente se viven cambios de roles, de valores, de costumbres, antes se notaba a viejos sabios que ayudaban a los jóvenes, sin embargo con el desarrollo de la tecnología y los cambios que aporta la globalización se ve lo contrario, la juventud auxilia a los ancianos y éstos en muy pocas ocasiones aceptan dichos términos, puesto que va en contra de sus tradiciones. Pasa lo mismo con sus creencias y valores al observar la manera en la que la sociedad ha dado pasos agigantados respecto a cambios sociales y culturales, los adultos mayores suelen tener resistencias para aceptarlos y lo único que hacen es juzgar, esto evidentemente incrementa cada vez más su exclusión (Pérez, Molero, Osorio y cols., 2014).

Ahora bien el concepto de vejez se relaciona con el de productividad, ya que cuando se deja de producir se considera la entrada a esta etapa. Por ejemplo en

el caso de los hombres les llega por la jubilación, pues se deja la actividad laboral. Y en el caso de las mujeres por un hecho biológico: la menopausia, al dejar de tener la posibilidad de tener hijos la mujer pasa a ser vista como una persona mayor.

En cuanto a las relaciones afectivas se llega a un mayor grado de compenetración entre los matrimonios, son los hombres quienes suelen ser los que se ven más beneficiados. Un dato importante que recogen los estudios entre viudos y viudas, es que si bien, tanto unos como otros buscan tener relaciones de amistad y cariño, entre las mujeres viudas no hay el deseo de querer casarse, mientras que entre los viudos se presenta con mayor frecuencia la opción de volverse a casar (Aguayo y Nass, 2013; Colom, 1999; Sánchez, 2004).

Es un hecho que la realidad de las personas mayores cambió, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida o las mejoras de las condiciones sociales. No es lo mismo ser una persona mayor en la actualidad que hace cien años. Antes era probable que una persona no alcanzara los ochenta años de vida y ahora es común conocer casos de personas que llegan a los cien años, debido a la mejora de la sanidad, a unas mejores condiciones de vida, al fortalecimiento de una red de servicios públicos, etc. Cabe destacar que según Bazo y Maiztegui (1999; citado en Pérez, 2014) la visión que se tiene sobre las personas mayores varía en función de cuatro factores:

- el sexo (las mujeres perciben la vejez más negativamente)
- la edad (las propias personas mayores tienen una peor imagen de la vejez que los jóvenes)
- el estado civil (las personas viudas presentan una opinión más negativa)
- el nivel educativo/clase social (visión más negativa en niveles bajos).

Puede ser que las mujeres valoren más negativamente la vejez debido a que en la sociedad actual se resalta la importancia de lo joven, bello y nuevo y, en general, son ellas las que intentan asimilarse a unos estándares de belleza y juventud que con el paso de los años se ven afectados. En el caso de las viudas, la opinión

negativa que tienen sobre la vejez puede deberse a la pérdida de ese ser querido, a considerar que la vejez supone la antesala de la muerte.

De igual forma se puede ver como la tercera edad no es algo que interese a la sociedad, puesto que aunque a nivel ciencia se ha tenido un “avance” de acuerdo a los niveles de mortalidad, no se estudia a fondo y de manera integral a la población de la tercera edad. Prueba de esto anterior la dan los miles de médicos en México que ejercen la especialidad en pediatría y son sólo unos cuantos los que se inclinan por la geriatría, ya que la vejez no es algo que apasione o involucre ver de manera exhaustiva a nivel sociedad.

El poco interés de muchos profesionales a la vez, sumado a la falta de un proyecto de vida para los jubilados pues son tantos que dependen únicamente de las ayudas que el Estado les proporciona. Sin embargo al gobierno poco a poco le está siendo más difícil sostener a toda esta población que cada vez va aumentando, es por esto que las políticas públicas están cambiando de manera que poco a poco se ha incrementado la edad promedio para poder jubilarse.

Se tiene la idea que al momento de jubilarse se harán todas aquellas cosas que no se hicieron debido al trabajo, algunas veces los adultos mayores aumentan sus relaciones sociales, aunque no siempre ocurre de la misma manera (Alberich, 2008, citado en Pérez, 2014). Sin embargo para que se den dichas relaciones es importante que las personas tengan contacto con sus familiares o se integren en otras actividades en donde puedan establecer estos nuevos lazos de convivencia.

A nivel social existen un reacomodo en cuanto a las pérdidas de los roles que antes poseían, uno de estos roles es el del trabajador, puesto que ahora la mayoría de ellos están jubilados y no desempeñan dicha actividad, la cual les hacía invertir la mayoría de su tiempo por lo cual se sienten frustrados por no tener actividades donde desempeñarse.

Así mismo el rol de proveedor ya no lo tienen, si bien la mayor parte cuenta con una pensión, el dinero no es suficiente para sustentar sus necesidades y generalmente reciben apoyo económico de alguno de sus hijos o bien de

familiares cercanos. A su vez los adultos mayores pasan por estados de la soledad, ya que a lo largo de su vida lo único que hicieron fue trabajar y enfocar toda su vida en esta actividad dejaron del lado otras, haciendo a un lado sus sueños, sus metas; siendo el ámbito laboral en el que se enfocan y en donde muchas veces refugian.

Por su parte Santos (2009; citado en Montes, 2013) menciona que es de suma importancia las redes sociales para los ancianos, pues les proporciona la integración social y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa, pues facilita los procesos de adaptación a los cambios físicos, mentales y de salud. Asimismo favorece que se mantenga la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, con ello se disminuyen los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores.

Ahora bien el apoyo que cualquier persona puede recibir de su entorno social es diverso y dependerá de las relaciones sociales que cada uno tenga, por ejemplo el contar con sostén emocional por parte de la pareja, amigos y de la familia, suele ser el factor más importante para los adultos mayores, pues esto los hace sentir respetados, amados, valorados e integrados a una red social.

Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido se transforma, los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona, asimismo aparece el rol de abuelo/a y con ello los hijos toman otro camino por lo que muchas veces se cambian de residencia haciendo que con el tiempo la relación entre los padres y los hijos cambie, de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución). Con la desaparición de seres significativos también desaparecen los anclajes de la historia personal. Lo que provoca un sentimiento de soledad, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que lleva a un aislamiento.

Como se mencionó en el primer apartado existe una reorganización a nivel sociedad de lo que es el adulto mayor puesto que antes figuraba como alguien de

autoridad y sabiduría, actualmente ya no ocupa ese lugar, por el contrario se considera como alguien frágil e inservible que hay que cuidar y que es una carga para la familia. De esta manera tampoco está inserto en la familia, ya que la sociedad y el modelo económico le conviene tener familias nucleares en vez de familias extensas donde tenga lugar el abuelo y su sabiduría.

De todo lo expuesto anteriormente deriva la importancia de crear grupos para la población de la tercera edad, desde una visión multidisciplinaria de lo que implica la vejez, y no sólo enfocarse en la parte biológica. Con la implementación de programas de intervención adecuados, se fomentará la participación social de los adultos, así el autoconcepto que tienen de sí mismos cambiará, se favorecería el dinamismo de las relaciones entre las personas y con ello aumentaría la calidad de vida.

## **D. Aportaciones del Estado para el adulto mayor**

Con el paso de los años se crearon diversas legislaciones que tienen como finalidad salvaguardar, ayudar y proteger a la ciudadanía. Los tiempos y las necesidades de la población cambiaron por ello el Estado tuvo que modificar, ampliar y crear nuevas leyes con el propósito de beneficiar a la población de la tercera edad. De acuerdo con el artículo 4º constitucional se menciona que toda persona debe contar con servicios de salud, por ello se creó el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que indica que se debe asegurar la accesibilidad universal de dichos servicios, promover autocuidado y desarrollar un programa de calidad para dar respuesta a las demandas, de manera que se crea una cultura del envejecimiento. Por tanto se establecen medios para fomentar la salud según la Secretaria de Salud (2008):

- ✓ Distribución de cartillas de salud a los adultos mayores
- ✓ Consolidación interna de comités estatales para atención al envejecimiento
- ✓ Detección factores de riesgo en los ancianos
- ✓ Atención domiciliaria para enfermos crónicos
- ✓ Vacunación al adulto mayor

Todo lo anterior se basa en el incremento de la población de la tercera edad y sus necesidades, debido a que se tuvo un engrandecimiento amenazador a nivel mundial, y lamentablemente no existen medidas que contribuyan en la calidad de vida, así como su atención de manera integral.

De acuerdo con Gómez et al., (2011) en el sector salud de México existen tres tipos de instituciones: las primeras son de seguridad social pública, donde los fondos principalmente provienen de los trabajadores y del Estado como son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y la Secretaria de Marina. En segundo lugar están aquellas que son brindadas por la Secretaria de Salud donde los fondos están dados por el Estado únicamente, entre las cuales se encuentra: el Seguro Popular, la Secretaria de Salud y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), creadas para aquella población que no cuenta con seguridad social. Por último se

encuentran todas aquellas instituciones privadas que son pagadas por las personas que no cuentan con seguro social, o bien no hacen uso de éste y tienen los recursos económicos para tratarse ahí mismo.

Menos de la mitad de los adultos mayores en México recibe la cobertura del sistema de seguridad social que ofrece pensiones y atención médica a quienes trabajaron previamente durante un periodo suficiente para tal efecto en los sectores público o privado dentro del empleo formal. En el 2009, el ISSSTE atendió al 6% de la población mexicana asegurada y el IMSS aproximadamente al 40% (Aguila et al., 2011). Por otro lado, en el caso del resto de los adultos mayores empleados antes o actualmente dentro del enorme sector informal, las redes de protección del ingreso y de la salud varían. Un programa de atención médica para los no asegurados que se ha incrementado considerablemente, es el del Seguro Popular de Salud (SPS).

Ahora bien, centrándose en el adulto mayor se dio un “cambio” con relación a la visión que se tienen de ellos, pues que se ha modificado su conceptualización por la OMS ya que ahora el envejecimiento es un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participaciones y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de los ancianos (Arecibia, 2010). Creándose así la propuesta de un “envejecimiento activo” que pretende ampliar la esperanza de vida saludable y con ello elevar la calidad de vida para las personas, sin embargo se están dejando a un lado que las emociones, las formas de pensar y actuar del adulto mayor siguen siendo las mismas que hace 20 años y esto no da pauta a un progreso a nivel social.

En consecuencia de las modificaciones que resultaron a nivel internacional sobre el adulto mayor, en México también se tomaron medidas para su atención en las diversas instituciones, sin embargo, es importante recalcar que dentro de éstas existe una mala atención, a menudo el personal que atiende es insuficiente, está mal calificado y pierde la paciencia al tratar a los ancianos, también existe una mala relación entre los integrantes de las diferentes organizaciones, asimismo, se dice que hay una demora en el tiempo de espera en lo que se refiere al sistema

administrativo por ser deficiente y por el constante cambio de personal; todo lo anterior empobrece el trato integral hacia los adultos mayores (Arecibia, 2010).

Por otro lado, en México hay una escases de recursos económicos destinados a los adultos mayores para satisfacer sus necesidades y las pocas que existen son de pésima calidad, pues generalmente están pensadas en distraerlos y mantenerlos entretenidos una o dos horas a la semana de manera que el anciano espera con ansias el momento de volver a ver a sus compañeros de nuevo, cuando es momento de ir se siente animado acudiendo a su clase, grupo de ayuda o curso. Sin embargo posteriormente tiene otra vez una semana triste y en soledad, ya que esto no le permite trabajar las ansiedades, miedos, angustias a nivel profundo para que pueda haber una transformación en su vida.

Teniendo en cuenta que la población de adultos mayores a nivel mundial y nación seguirá aumentado, es fundamental por no decir obligatorio tener una atención dentro de dichas instituciones que de verdad favorezca a dicha población, ya que llegando a esta edad son precisamente ellos los principales demandantes de asistencia biopsicosocial. Para una mejor comprensión de las instituciones de salud que tienen aportaciones para los ancianos, a continuación se hará una breve explicación a grandes rasgos de cuáles son, de donde provienen sus fondos y los programas que brindan.

## **1. ISSSTE**

Es la institución encargada de brindar seguridad social a los trabajadores del Estado y precursora en la creación de los módulos gerontológicos en las clínicas de primer, segundo y tercer nivel. Asimismo dentro de dicha institución se preparan médicos especialistas en gerontología, con la finalidad brindar una mejor calidad de vida a los ancianos.

Dentro de este organismo, se encuentra el programa “Envejecimiento Saludable: por un Envejecimiento Activo y con Calidad” que tiene como objetivo brindar una atención integral a los derechohabientes de 60 años y más, para mejorar sus funciones físicas, mentales y sociales. Con la finalidad de que los adultos mayores

aun teniendo alguna enfermedad crónica sigan activos, permanezcan productivos y comprometidos con la sociedad, para que ellos y sus familias tengan un mejor bienestar (ISSSTE, 2015).

Ahora bien el lugar donde pueden recibir orientación y apoyo es en cada una de las clínicas familiares con las que cuenta el ISSSTE, asimismo en las unidades de primer y segundo nivel realizan acciones a través del Programa de Envejecimiento Saludable. Los adultos mayores además de contar con el servicio de medicina familiar donde es valorado constantemente y en caso de ser requerido se canaliza al Módulo Gerontológico para que reciba la atención por el equipo de profesionales como: gerontólogo/a, personal de enfermería, trabajo social, nutrición, psicología, profesional de apoyo funcional, activador físico, etc. En los Módulos Gerontológicos se otorgan los siguientes servicios:

- Servicios de salud (prevención de la enfermedad, cuidado continuo, atención de salud física)
- Orientación sobre cambios de estilos de vida (evitar tabaquismo, alcoholismo, alimentación adecuada, polifarmacia, mantener actividad física)
- Orientación personal a través de servicios de Trabajo Social, Nutrición, Psicología, etc.
- Educación en salud, con cursos para derechohabientes, cuidadores, profesionales
- Información continua para mejorar el medio ambiente, entornos saludables, prevención de caídas.
- Apoyo Cultural, a través de eventos, celebraciones que tienen que ver con el envejecimiento como el “Día del abuelo”, “Semana de Salud para Gente Grande”, Ferias de la Salud.

Por otro lado se encuentran los “Grupos de Ayuda Mutua” donde los adultos comparten necesidades, experiencias y expectativas para atender y mejorar su situación social y colectiva, teniendo como finalidad mejorar su vida cotidiana de

los derechohabientes. Algunos de los grupos que existen y funcionan dentro del ISSSTE son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, adicciones, activación física (yoga, baile, etcétera) y manejo del estrés. Sin embargo dichas propuestas están pensadas únicamente en entretener al anciano y brindarle una ayuda momentánea, sin proporcionarles estrategias para tener una mejor calidad de vida, lo cual no tiene mayor trascendencia en la vida de estos.

## **2. IMSS**

Por su parte, dicho instituto desarrolló en el año 2012 el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS, cuyo objetivo es una atención especializada del Adulto Mayor y que lleva por lema *“Por una atención integral del adulto mayor”*. Dicho programa fue creado con el propósito de mejorar la calidad en los servicios institucionales, garantizar la instrucción de técnicas que han mostrado ser más eficaces, seguras y costo-efectivas en los cuidados del adulto mayor; disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

El programa GeriatrIMSS surge como una respuesta al proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, el cual busca:

- Favorecer el envejecimiento saludable
- Implementar una atención integral del adulto mayor en unidades médicas
- Capacitar en el área de Geriátrica a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del adulto mayor
- Desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el adulto mayor.

Los servicios que ofrece el programa se centran en otorgar atención íntegra de alta calidad para el adulto mayor, por lo que proporciona apoyo en los servicios especializados del área médica, enfermería, nutrición, rehabilitación y socio-familiar, así como en todas aquellas que intervienen en caso de hospitalización.

El equipo interdisciplinario a cargo de los adultos mayores, además de concientizar y capacitar al personal médico de otras especialidades sobre el proceso de envejecimiento, procura limitar el impacto durante la hospitalización y

mejorar la calidad de vida del adulto mayor a su egreso. Asimismo el equipo de geriatría está compuesto por médicos y enfermeras especialistas en personas de la tercera edad, nutriólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas. Lo que se busca es brindar una atención integral, por lo que además de tomar los aspectos médicos, también se consideran los aspectos psicosociales y funcionales.

Por otro lado sobre el tema de hospitalización, recientemente se instauró un servicio médico a domicilio para aquellas personas de la tercera edad con enfermedades crónicas y/o terminales, que les es imposible el traslado a una institución. Ahora dichos enfermos se quedan en sus domicilios donde recurrentemente son visitados por médicos y profesionistas de geriatría quienes realizan una valoración integral especializada, que incluye aspectos médicos, psicológicos, socio-familiares, funcionales, nutricionales y problemas propios de la edad, con el fin de limitar las consecuencias de la enfermedad, detectar oportunamente cualquier tipo de riesgo.

### **3. INAPAM**

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), antes Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), surgió el 22 de agosto de 1979 con el objeto de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas. El INAPAM es el único instituto que se especializa en los adultos mayores y además cuenta con diversas opciones que ofrece a toda la población mexicana de la tercera edad. El servicio diferencial que se encuentra en dicho instituto es la entrega de la credencial a las personas a partir de los 60 años y con la cual se tienen diversos beneficios y descuentos en establecimientos. Asimismo otros servicios que brinda dicha institución son:

#### *Centros de atención integral*

Se brinda atención médica para el control, seguimiento y detección de las enfermedades comunes en los adultos mayores. Se cuenta con servicios de medicina general, psicología, trabajo social, además cuenta con atención en las

siguientes especialidades: cardiología, geriatría, reumatología, odontología, nutrición, otorrinolaringología y audiología, ortopedia, dermatología, ginecología, servicios de rayos “X” y electrocardiografía.

#### *Vinculación laboral y productiva para personas adultas mayores*

A través de este programa de vinculación productiva busca la inclusión social de los adultos mayores, con la finalidad de mantenerlos activos, ejerzan sus derechos, y tengan actividades laborales que realizar. Respecto al tema de vinculación laboral tiene como propósito asegurar la instrumentación de programas para promover empleos y trabajos remunerados, así como actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión. El INAPAM tiene relación con los prestadores de servicios y empresas que desean incorporar a dicha población, para así poder sensibilizar a la sociedad y en especial a los empresarios de promover más oportunidades de inclusión laboral.

#### *Clínica de la memoria*

Se dedica al diagnóstico y seguimiento a pacientes con deterioro cognitivo (demencia). A través de la consulta externa se realizan evaluaciones para orientar a los familiares y estimular las habilidades de los pacientes.

#### *Educación para la salud*

El conocimiento que tengan las personas sobre su salud va ser de vital importancia para evitar enfermedades o complicaciones de estas. Por ello dentro del INAPAM se tiene el *Programa de Educación para la Salud*. Por ello se han creado cursos, talleres y pláticas que tocan temas acerca del cuidado en la salud, desarrollo humano, apoyo psicológico y jurídico, entre otros temas. Los cursos que se ofrecen son: plan de vida futura, desarrollo personal y autocuidado, expresión corporal y de movimiento, temas sobre la nutrición, salud, sexualidad, prevención de violencia y maltrato hacia el adulto mayor.

### *Asesoría jurídica*

Donde se da asesoramiento de todo tipo de tema legal, por ejemplo sobre derecho familiar, civil, mercantil, laboral, etcétera. Además se ayuda a los adultos mayores en cualquier otro trámite administrativo donde tengan algún problema.

### *Clubes INAPAM*

Son espacios comunitarios que ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. Su finalidad es promover la participación de las personas adultas mayores en otras acciones a las que no están acostumbrados. En la Tabla 2 se muestran las instalaciones que se encuentran en el Distrito Federal de los distintos clubes.

Tabla 2.  
*Clubes INAPAM en el Distrito Federal.*

<b>Delegación</b>	<b>Número de Clubes</b>
Álvaro Obregón	6
Azcapotzalco	4
Benito Juárez	3
Coyoacán	4
Cuajimalpa	3
Cuauhtémoc	12
Gustavo A. Madero	17
Iztacalco	6
Iztapalapa	14
Magdalena Contreras	4
Miguel Hidalgo	5
Milpa Alta	3
Tláhuac	11
Tlalpan	7
Venustiano Carranza	15
Xochimilco	4

**Fuente: INAPAM (2015).**

### *Centros culturales*

Son áreas donde se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano a la población de la tercera edad. Las materias, actividades y talleres que se imparten de manera flexible y de acuerdo con las características de los adultos mayores. Las áreas de trabajo son: humanidades, psicología, lenguas extranjeras, iniciación artística, talleres de artesanías y artes plásticas, labores artesanales, educación para la salud, entre otras.

### *Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre.*

A través del desarrollo de actividades donde se enseña y capacita al adulto mayor para la producción de algún objeto que le genere un ingreso económico y donde ocupen su tiempo libre. Hay talleres de oficios, artesanías y artes plásticas, que se imparten en los centros culturales y clubes del INAPAM donde se ofrecen las siguientes opciones: bisutería, bordado, cerámica, dibujo, escultura, estampado en tela, florería, grabado, juguetería, malla y rafia, marquetería, orfebrería y joyería, papel maché, peletería, peluche, pintura, pintura en cerámica, pintura en porcelana, pirograbado, popotillo, repujado, talla en madera, tarjetería española, tejido, vitral y capacitación en cómputo.

### *Albergues y residencias diurnas*

A través de esta acción se han creado albergues y residencias que brindan apoyo integral a los adultos mayores que carecen de apoyo familiar o recursos económicos que no les permite satisfacer sus necesidades básicas y ser independientes. En dichos centros se brinda alojamiento permanente o temporal a los asistentes, además se da comida balanceada, servicio geriátrico, de trabajo social y terapia ocupacional.

### *Recreación física y del deporte*

Como bien se sabe, realizar ejercicio va ser de gran ayuda en el cuerpo y la mentalidad de las personas, y en especial en los cuerpos de los adultos de la tercera edad quienes, poco a poco van a tener un deterioro en su organismo. Por

ello el INAPAM cuenta con: diversos programas de activación física, eventos deportivos y culturales.

Finalmente podemos decir que el INAPAM es una de las pocas instituciones para los adultos mayores, donde se tienen una concepción más integral y no trata únicamente el aspecto médico, sino que abarca de manera más amplia la salud de los ancianos. Es importante mencionar que muchas actividades que se dan tienen costo y evidentemente la población con escasos recursos no pueden acudir. Esta institución tiene una visión diferente al contar con diversos programas, no obstante no hay un área en especial para el área de psicología, los únicos datos que se encontraron indican que solamente se brinda apoyo psicológico a los adultos que lo necesiten, sería de vital importancia que se implementen más actividades donde se pueda dar un crecimiento de las personas y sólo se les enseñen actividades y oficios para seguir siendo productivos.

#### **4. DIF**

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF o solo DIF) es una institución pública mexicana de asistencia social fundada en 1977, que se encarga del desarrollo de la familia, asimismo favorece a toda la población de escasos recursos que no cuenta algún otro sistema de seguridad social. Zorrilla (2002) comenta que entre las actividades generales del DIF se encuentran el promover la planificación familiar, el cuidado de niños, la asistencia a los ancianos, la lucha contra el abuso de drogas, asistencia psicológica, asesoría jurídica, entre otros servicios.

Dicha institución cuenta con algunas instalaciones que llevan por nombre “Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico”, que tienen como objetivo brindar una atención a los adultos mayores sujetos de asistencia social en los centros gerontológicos del DIF, a través de servicios médicos, odontológicos, recreativos y culturales. También se busca fomentar la corresponsabilidad de instituciones civiles, públicas y privadas para la atención de los adultos mayores.

El DIF cuenta con casas hogares que tienen servicios de alojamiento, alimentación, servicio médico, odontológico, trabajo social y psicológico. Sin embargo, hay que señalar que en cada entidad, municipio y delegación se cuenta con un DIF y depende de cada uno de estos los programas vigentes que se imparten para los adultos mayores, asimismo es importante mencionar que los servicios que se dan en la institución requieren de cuotas de recuperación, lo cual indica que si la persona no cuenta con recursos económicos no puede asistir a dichos servicios.

## **5. Otras instituciones**

### **Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Distrito Federal**

El Instituto de Atención de los Adultos Mayores (IAAM) es un organismo de reciente creación el cual pretende favorecer, apoyar y contribuir para una mejor calidad de vida en el adulto mayor, sin embargo dicho órgano solamente está instalado en el Distrito Federal y evidentemente sólo está dedicado a los habitantes de la capital del país. Se favorece a los beneficiarios con una pensión económica a todos aquellos que realicen el trámite, presentando identificación oficial, comprobante de domicilios asimismo por un estudio socioeconómico, en el cual una trabajadora social acude al domicilio del solicitante a recoger la documentación y ver las condiciones de la vivienda, sí le es asignado dicho apoyo se entrega la tarjeta en su domicilio.

Los adultos mayores que sean beneficiarios de este programa se hacen acreedores a atención médica, así como a diferentes visitas domiciliarias de la trabajadora social, también se dan clases de danzón, se tiene un programa llamado "Mañanas de Cine" donde asisten a ver películas de forma gratuita una vez a la quincena en horario matutino. Asimismo el IAAM cuenta con 133 Escuelas de Mayores en las 16 delegaciones del DF, en dichos espacios educativos tienen como finalidad construir conocimientos a partir de las necesidades de los adultos mayores. Por último también se tiene un programa que ofrece viajar a precios accesibles acompañados de su familia.

### **Instituto Nacional para la Educación de los Adultos**

El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) es un organismo, creado por decreto presidencial en 1981. El INEA propone y desarrolla modelos educativos, realiza investigaciones sobre la materia, elabora y distribuye materiales didácticos, aplica sistemas para la evaluación del aprendizaje de los adultos, así como acredita y certifica la educación básica para adultos y jóvenes de 15 años y más que no hayan cursado o concluido dichos estudios en los términos del artículo 43 de la Ley General de Educación.

Dicho instituto tiene el propósito de preservar la unidad educativa nacional para que la educación básica de las personas jóvenes y adultas se acredite y certifique con validez en toda la República. Muchas veces es una gran opción para la población de la tercera edad que desea terminar y seguir estudiando.

### **Casa hogar**

Son todos aquellos primeros asilos fundados en nuestro país que son de gestión privada y destinada por diversos benefactores. Desafortunadamente este tipo de institución da atención a un pequeño número de población de adultos mayores debido a la economía de la familia o por carecer de servicios necesarios, así como por padecer enfermedades cónicas (Arecibia, 2010). Estas instituciones generalmente tienen un bajo nivel de ayuda para los ancianos ya que son aislados y retirados de toda vida social, para todo tienen horario y es difícil su adaptación a estos.

Existen diferentes formas de clasificación, cuando se habla de casas hogares para adultos mayores, algunos de ellos son de uso exclusivo para personas con recursos económicos y que pagan cuotas mensuales para la estancia del anciano dentro de éstas, sin embargo otras son instituciones con ingresos de beneficencias por lo que muy poco de las personas de la tercera edad tiene acceso, ya que para ingresar se realiza un estudio socioeconómico profundo, algunas de ellas son las siguientes (Arecibia, 2010):

-Servicios residenciales: son sistemas de vivienda permanente donde se provee “todo” lo necesario para su sobrevivencia, principalmente es utilizado por aquellos ancianos que dependen o tienen una problemática y no pueden satisfacer sus necesidades. Se cuenta con servicios de atención médica, alojamiento y sustento de alimentación y vestimenta. Es importante mencionar que cuesta mucho trabajo la integración a dicho establecimiento, ya que no terminan de adaptarse a los horarios establecidos y a las reglas que se imponen de manera rígida, así como a la idea de que no van a volver a salir de esos lugares a menos que sea en condiciones de enfermedad o muerte.

-Servicios diurnos: son básicamente plazas residenciales que dan servicio únicamente por el día, mejor conocidos como centros de día, dicho servicio es ofrecido para aquellas persona que por sus discapacidades y con la finalidad de permanecer en su ámbito habitual únicamente acuden en el día a los centros. Donde se da atención a las necesidades físicas, terapéuticas y socioculturales de la población.

-Servicios nocturnos: Son aquellos lugares para personas con demencias o enfermedades mentales que durante la noche padecen algunos trastornos que a la familia le es imposible controlar o tratar. Dichos lugares se encargan específicamente de tratamiento farmacéutico y terapéutico lo cual facilita el cuidado del adulto mayor.

### **Agrupación de Ancianos A.C.**

La Agrupación de Ancianos A.C. (ADAAC) se constituye legalmente el día 19 de agosto de 1983, en la Ciudad de México. Tiene como finalidad atender a grupos vulnerables como lo son adultos mayores, población indígena, infantes y personas con capacidades diferentes. Los objetivos para el año 2015 de dicha agrupación fueron: 1) El fomento del espíritu de colaboración en apoyo de la tercera edad, 2) La participación en todas las labores lícitas de integración, incluyendo la población indígena, infantes y discapacitados, 3) La participación y embellecimiento físico y espiritual de primer orden como lo son: alimentación, vivienda digna, atención médica, alfabetización en especial para la población de escasos recursos y 4) La

apertura de una casa club, donde se promueva las manifestaciones culturales, literarias, artísticas, recreativas, deportivas y artesanales.

Dicha agrupación está integrada por distintos voluntarios, entre ellos se encuentran ingenieros, abogados, médicos, entre otros. Asimismo la ADAAC brinda ayuda de manera sistemática con los siguientes productos y servicios como: pañales, ropa y calzado, visitas domiciliarias, despensas, alimentación, atención médica social, medicinas, paseos, espectáculos, conferencias y talleres.

### **Seguro Popular**

El Seguro Popular (SP) es un seguro médico, público y voluntario, que fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar, esta organización tiene el objetivo de brindar atención a todas aquellas personas que no cuenten con ningún tipo de seguridad social. Por lo que ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos, y a los medicamentos asociados a estos, Los cuales están clasificados en 9 conglomerados o grupos de servicios: a) Acciones de detección y prevención para toda la familia b) Medicina Ambulatoria c) Odontología d) Salud Reproductiva e) Embarazo, parto y recién nacido f) Rehabilitación g) Hospitalización h) Urgencias i) Cirugía.

Aunque el seguro popular originalmente se concebía como un derecho de toda persona carente de un seguro de salud de origen laboral, a partir de 2007 adquirió el perfil de un programa para combatir a la pobreza. No obstante, la evaluación externa definitiva concluye que no se demuestra que los afiliados al SP usen más los servicios de salud o que se hayan mejorado sus condiciones de salud. El único hallazgo favorable es la disminución en un 23% de los gastos catastróficos en consulta y hospitalización, pero no en la compra de medicamentos en comparación con los no asegurados (King, 2009, citado en Laurell, 2013).

Asimismo en la investigación que llevo a cabo Laurell (2013) comenta que resumiendo, los estudios y datos oficiales sobre el Sistema Nacional de Protección

Social en Salud se dejan importantes vacíos de conocimiento de los datos reales de afiliación, la relación entre la afiliación y el acceso a los servicios de salud y sobre su impacto en el gasto de bolsillo. Estos temas son cruciales para juzgar su importancia y de esta disminuir la desigualdad en salud y como mecanismo de protección social de la población pobre y contra el empobrecimiento a causa de un gasto catastrófico de salud.

Resumiendo en la Tabla 3 toda la información sobre la cobertura institucional y condición de aseguramiento en México.

Tabla 3  
*Cobertura institucional y condición de aseguramiento, 2010.*

Condición aseguramiento e institución	Personas	Porcentaje total
Con seguro de salud	74 321 995	66.8 %
IMSS	35 211 846	31.6 %
ISSSTE	7 360 614	6.6%
Pemex, Defensa, Marina	1 130 977	1%
Seguro Popular (SSA)	26 558 908	23.9%
Otras instituciones públicas y privadas	2 037 783	1.8%
Privado	3 107 316	2.8%
Sin seguro de salud	36 961 419	33.2%
Población total	111 283 414	100%

**Fuente:** XIII Censo de población y Vivienda (2010 citado en; Laurell, 2013).

En el 2008 las instituciones públicas contaban con más 650 000 de trabajadores de salud, la Tabla 4 se resume dicha información. Todo lo anterior da como resultado una cuestión ¿Cuánto personal especializado en psicología existe en las instituciones? Si bien es cierto que muchos presumen de proveer al adulto mayor de atención psicológica, es muy escaso el número de éstos en las instituciones de salubridad, lo cual indica que no se puede dar un servicio integral al anciano, si se tienen muy pocos psicólogos comparados con la población total médicos y enfermeras.

Tabla 4  
*Número de trabajadores de la salud en las instituciones públicas.*

<b>Trabajadores de salud</b>	<b>Personas</b>
Médicos	171 000
Enfermeras	85 000
Paramédicos y auxiliares	223 000
Otros (psicólogos, trabajadores sociales, activadores físicos)	108 00

**Fuente:** Gómez et al., (2011).

En definitiva es relevante comentar que la importancia del psicólogo dentro de las Instituciones de Salud es casi nula, pues dentro de dichos organismos pesan más el papel los médicos y los enfermeros. De esta manera es imposible brindar una atención biopsicosocial a los adultos mayores. Aunque poco a poco se han insertado los psicólogos dentro de las instituciones de salud, parece no trascender su trabajo ya que aún no se ve la importancia dentro de dichos organismos de multiplicar el número de estos.

Ciertamente las necesidades de atención aumentarán en el futuro y el perfil de morbilidad y mortalidad demandan un tipo de servicio de alto costo, y que tenga diferentes características a las que hoy en día cuenta, la presencia de un psicólogo dentro de estas es y será siendo fundamental. De la misma manera la infraestructura de servicios para satisfacer la demanda así como el personal no capacitado en gerontología y psicología para atender de manera integral.

Al respecto Gómez et al., (2011) realizaron una investigación donde encuestaron a 4,628 personas ancianas acerca de su incidencia en el uso de servicios de salud, indicando que son ellos quienes más ocupan los servicios de salud en México, sin embargo es importante mencionar aun siendo beneficiarios de instituciones como IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros, en algunos casos recurrían a instituciones privadas ante lo cual habría que preguntarnos ¿Cuáles son los motivos por los que dichos ancianos recurren a otras instituciones aunque implique un costo extra?, ¿A caso será la calidad del servicio?, ¿Atención integral?, ¿Un equipo multidisciplinario que apenas se visualiza en salud pública? Son múltiples los

cuestionamientos que se pueden hacer pero la respuesta es clara, aún queda mucho por hacer para cambiar la visión que se tiene del trato hacia los adultos mayores en las instituciones públicas.

De modo que muchos de los programas que se llevan a cabo en las instituciones públicas están basados en proveer a la vejez de actividad física, nutrición, actividades ocupacionales y atención médica. Todo lo anterior con la finalidad de favorecer los niveles de morbilidad, lo que no se percibe dentro de estos planes es que un aspecto fundamental dentro del ser humano es el área psicológica que es primordial en esta etapa, motivo por el cual fracasan dichas campañas, ya que no visualizan al anciano de manera integral.

Todas las áreas anteriormente mencionadas son relevantes en la tercera edad, sin embargo hay que considerar que sigue haciendo falta la fundamental, es decir, la atención psicológica en la que se pueden trabajar ansiedades básicas que se presentan en el adulto mayor y que impide que pueda continuar su vida de manera satisfactoria.

Para justificar todo lo anterior, es importante mencionar que anteriormente las causas de muerte eran principalmente por enfermedades infecciosas como tuberculosis, influenza, neumonía, paludismo, diarrea y ahora los padecimientos más comunes tienen un carácter meramente relacionado con la calidad/estilo de vida, como la diabetes mellitus (causada principalmente por una alimentación deficiente y la falta de ejercicio), cirrosis (generalmente por el consumo de alcohol), enfermedades pulmonares (alto consumo de tabaco), lesiones en la vejez (relacionado con los mecanismos de defensa de los ancianos y el suicidio). Más que un médico habría que pensar en un especialista que aborde el comportamiento humano y en el estilo de vida de los seres humanos, así podemos hablar de que ésta labor le compete a un psicólogo, que junto con las personas de la tercera edad pueden desarrollar nuevas estrategias que favorezcan la mejora de la calidad de vida (Arecibia, 2010).

Es importante la intervención en esta población ya que en diferentes estudios se demuestra que el promedio de vida en México y en particular en el adulto mayor

aumentó en el presente siglo, sin embargo de poco sirve el incremento en dicha esperanza, si la calidad con la que viven es pésima y aún les quedan 20 o 30 años más a los ancianos por existir. Habría que desarrollar estrategias para que las políticas de salud favorezcan al viejo y pueda ser tratado de manera integral, para que puedan vivir plenamente el tiempo que les resta (Gómez et al., 2011).

En México existen diversas instituciones dedicadas al tratamiento de la salud, sin embargo muy pocas de ellas tienen una visión integral del ser humano, ya que algunas sólo se encargan de diagnosticar diversas patologías, a lo anterior habría que cuestionar ¿qué estrategias se pueden emplear en el adulto mayor para favorecer la calidad de vida y a su vez trabajar los miedos ansiedades y la creación de un proyecto de vida?

## **E. Estrategias de intervención para el adulto mayor**

A lo largo de los años y fundamentalmente en la actualidad la psicología y otras disciplinas realizan investigaciones (Luque y González, 2012; Olave y Ubilla, 2011; Puig, 2001; Sánchez, 2011; Valencia, López, Tirado, y cols., 2008) encaminadas a conocer el proceso de envejecimiento e intervenir en las deficiencias, en su mayoría a nivel cognitivo; teniendo como finalidad impedir su deterioro y restablecer algunas funciones del pensamiento, memoria, solución de problemas, atención, motricidad fina y gruesa, socialización, entre los más relevantes. Otras están enfocadas a intervenir en las sensaciones y emociones generadas de pérdidas vinculadas a los procesos de deterioro como: miedo y ansiedad por lo que representa la vejez, la soledad, la pérdida de memoria, de familia, de rol social y la falta de elementos para contestar la pregunta ¿Quién soy yo?, ¿Qué voy a hacer con mi vida?.

A continuación se presentan, en primer lugar el resultado de investigaciones dedicadas a intervenir exclusivamente en fortalecer las funciones cognitivas y posteriormente se muestran estudios cuyo objeto central ha sido trabajar el impacto inconsciente que presentan los adultos mayores, ante los muchos procesos de pérdida que enfrentan.

### **1. Intervención en deficiencias**

Desde un enfoque más tradicionalista se menciona que la finalidad del proceso terapéutico es tratar de predecir, explicar y cambiar las formas de las personas y/o grupos, por medio de estrategias que tengan bases comprobables y que no necesariamente tengan un impacto en la persona. En virtud del tipo de problemática que investiga, varían las dinámicas y los objetivos de cada una de ellas. A continuación se hablará un poco de las investigaciones tradicionales que se han realizado con las personas de la tercera edad.

Al respecto Triadó y Villar (2006) comentan que existen diferentes tipos de intervención con personas de la tercera edad desde el enfoque positivista, entre las cuales se encuentran:

- Intervención cognitiva, se dice que optimiza los rendimientos cognitivos y funcionales de los pacientes y retrasa lo más posible el deterioro cognitivo.
- Terapia de orientación a la realidad, la cual según los autores mejora la calidad de vida de personas mayores con estados de confusión, alteraciones de orientación y de memoria.
- Reminiscencia, se trata de una técnica para intentar de activar o actualizar la memoria episódica a largo plazo, con estímulos como fotos, música, objetos, los cuales favorecen el proceso de reconocimiento.
- Programas de psicoestimulación, en los cuales se provee rehabilitación y entrenamiento para que el deterioro no se acrecenté.
- Rehabilitación cognitiva, la cual trabaja individualmente con objetivos en común entre profesionales y familiares del anciano con la finalidad de optimizar el funcionamiento en la vida diaria del paciente.
- Intervenciones en áreas como salud, educación, social, entre otras, las cuales pretenden en su mayoría psicoeducar y prevenir las condiciones de deterioro en los adultos mayores.

Sin embargo, es importante resaltar que es poca la investigación que realizada sobre el trabajo de ansiedades y miedos, así como la construcción de un proyecto de vida en la tercera edad, ya que la mayoría de las intervenciones están dirigidas a rehabilitar, educar y estimular, por lo cual es interesante poder hacer un recorrido desde esta postura para conocer más de las estrategias que se han hecho.

En los últimos años hay más aportaciones sobre la estimulación cognitiva que de la farmacológica en los adultos mayores, ya que la primera recibe mayor apoyo empírico, especialmente en el envejecimiento normal, asimismo es aquella en la que el ámbito psicológico tiene cabida. El estudio que realizó Ruiz (2012) tuvo como objetivo, dar recomendaciones teóricas para llevar a cabo un programa de estimulación cognitiva a las personas de la tercera edad de manera grupal.

Según el presente autor se debe considerar: 1) que la administración debe ser a grupos muy reducidos y homogéneos que permitan utilizar las estrategias de

intervención neuropsicológica independientemente del proceso cognitivo que se pretenda trabajar, y 2) la selección de las tareas a usar debe estar enfocada en un modelo teórico que las fundamente y les dé sentido, evitando confundir la estimulación cognitiva con la mera repetición de ejercicios variados. Asimismo debe tenerse en cuenta los instrumentos y materiales a utilizar en la investigación pues para poder dar una mejor intervención cada uno de los materiales deben estar fundamentados en alguna base científica según el autor (Ruiz, 2012). Por último en dicha investigación se hace énfasis en que algunos instrumentos vinculados con la tecnología, al ser utilizados con personas de la tercera edad suelen propiciar ansiedad y estrés por no tener el conocimiento acerca de su uso.

En conclusión, el profesional debe seleccionar los materiales que resulten más adecuados, ajustándolos a las características del individuo y en el marco teórico en que el fundamenta su intervención. Todo lo anterior se debe hacer utilizando estrategias de rehabilitación y contemplando otros aspectos cognitivos, emocionales y que puedan estar comprometiendo el funcionamiento del paciente en la vida cotidiana. Los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un componente social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes (Ruiz, 2012).

Aunque son de gran ayuda y favorecen las recomendaciones antes mencionadas, es relevante señalar que no sólo se deben hacer grupos homogéneos, ya que según la postura que sustenta esta investigación, propone todo lo contrario, pues entre mayor heterogeneidad dentro del grupo, es mayor la riqueza con la que la dinámica grupal se desarrolla. Además es importante salir un poco de lo establecido dentro de otras investigaciones, ya que muchas veces las réplicas y sobre todo en la población de la tercera edad decretan cada vez más el declive y como una profecía autocumplidora se hace más fuerte el estereotipo de que la vejez trae consigo cambios perjudiciales.

Si bien es cierto que dentro de la literatura hay cientos de estudios que comprueban que en el proceso de envejecimiento se presenta un deterioro cognitivo evidente en la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento

de información, recientemente se han realizado investigaciones que no únicamente consideran el decremento en éstas funciones, sino que toman en cuenta a la psicomotricidad, y mencionan que al trabajarla puede enriquecer las diversas fuentes y campos del conocimiento.

Dentro de las estrategias de intervención, un programa de psicomotricidad se presenta como una alternativa pues se dice que se trabaja la capacidad funcional, el bienestar mental y la autonomía del adulto mayor. Con respecto a esto Olave y Ubilla (2011) llevaron a cabo una investigación que tuvo como objetivo determinar los efectos de un programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados que presentan deterioro cognitivo y depresión. Trabajaron con 11 adultos mayores, de una edad media de 80 años, a los cuales evaluaron al inicio y al término de la intervención mediante el Test de Pfeiffer (para medir el nivel cognitivo), la Escala de Yesavage (para evaluar el nivel de depresión), además del Índice de Barthel, (cual evalúa las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor y la pauta de evaluación psicomotriz). La intervención de dicho estudio fue de 21 sesiones de 50 minutos, dividida en siete etapas: 1) ritual de entrada, 2) calentamiento, 3) coordinación dinámica general (sentados), trabajo de esquema corporal, equilibrio estático, lateralidad, estructuración espacial, temporal y rítmica, 4) coordinación segmentaria y motricidad fina, 5) actividades de comunicación y expresión corporal, 6) entrenamiento cognitivo y 7) vuelta al estado de reposo.

En la evaluación inicial del Test de Pfeiffer un 45,5% de los participantes presentaba funciones intelectuales intactas; un 27,3%, deterioro intelectual leve, y un 27,3%, deterioro intelectual moderado. Y en la reevaluación un 72,7% presentaba funciones intelectuales intactas, y un 27,3%, deterioro intelectual leve. Respecto a la Escala de Yesavage en la pre-evaluación el 100% de los participantes presentaba depresión leve, y posteriormente en la reevaluación se obtuvo un 100% de normalidad. Por lo que Olave y Ubilla (2011) concluyen que es importante emplear este tipo de programas de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo asociado a la edad y además de prevenir el desarrollo de demencias en esta población manteniendo funcional al adulto mayor.

Como bien se observó en el estudio antes mencionado, existen muchos beneficios al trabajar con la psicomotricidad en las personas de la tercera edad, aparte de estimular los procesos del pensamiento también se construyen redes de apoyo. Sin embargo el decremento en los niveles de depresión, no siempre se debe a la intervención, sino más bien a que los adultos mayores ahora están ocupados y entretenidos en una actividad donde conviven con otras personas, lo cual favorece su nivel social. Por lo que al término de dicho tratamiento, el estado emocional mejoró, pero se podría decir que de manera temporal, ya que una vez inserto dentro de su entorno normal sin la convivencia social, es casi seguro que regresará a tener un estado de ánimo desfavorable, puesto que no se trabajó a fondo el estado emocional, lo que demuestra la importancia de crear estrategias con una visión diferente del adulto mayor.

Por otro lado Valencia, López, Tirado, y cols. (2008) realizaron una investigación que tuvo como finalidad evaluar los efectos de un programa de entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad. En dicho estudio se realizó una intervención transversal con 95 adultos mayores durante 20 sesiones, donde se dividieron a los ancianos en dos grupos, uno de ellos fue grupo experimental y el otro fue un grupo control. Antes y después del estudio evaluaron a los participantes con un examen clínico y diversas pruebas como: el Test Minimental, el Test de ejecución continua visual, el Test de conexión numérica, el Test de laberinto y el Test de colores y palabras, entre otros. Ahora bien, en el entrenamiento cognitivo trabajaron las funciones cognitivas, incluidas dentro de la inteligencia fluida (atención, fluidez verbal, orientación temporal y espacial, entre otras), utilizando diferentes técnicas y estrategias basadas en las actividades de la vida diaria. Al finalizar cada sesión se entregaban textos y ejercicios para practicarlos en casa. Una vez terminada la investigación, la mayoría de las personas de la tercera edad insertas en el grupo de la intervención, tuvo un avance significativo respecto de la velocidad de procesamiento de información y la atención selectiva, por lo que es factible estimular la cognición, sin dejar de lado la psicomotricidad, según estos autores.

De modo que el mantener a los adultos mayores con funciones intelectuales, sin enfermedades y con una vida social activa suelen ser los elementos que definen el envejecimiento saludable. Por ello la gran cantidad de investigaciones que trabajan con programas de estimulación cognitiva sirven para intervenir sobre el deterioro cognitivo y en la prevención de éste. Ejemplo de esto es el trabajo realizado por Luque y González (2012) que tuvo como finalidad evaluar la eficacia del entrenamiento cognitivo en adultos mayores sin trastornos neurológicos o neuropsicológicos. Participaron 60 adultos mayores que fueron divididos en dos grupos (experimental y control) a los cuales se les hicieron cuatro mediciones del cambio cognitivo: inicial, intermedia, final y post-intervención (3 meses después). Para la recolección de datos administraron pruebas de calidad de vida, tests de lenguaje, atención, memoria, visoconstrucción y aprendizaje. Donde se evaluaron los estilos cognitivos verbal-visual y global-analítico, con el supuesto de que podían interferir en la aproximación al material propuesto, y con la finalidad de seleccionar material adecuado a los estilos predominantes en el grupo.

El programa evaluado incluyó ejercicios de atención al inicio de todas las clases. Se estructuraron clases por objetivos, incluyendo en todas algunos distractores de otras funciones. Cada clase fue de una hora y media, con frecuencia semanal. Con un total de 30 clases, más las 8 utilizadas para las evaluaciones y devolución final, los autores encontraron un cambio cognitivo positivo en relación a la visoconstrucción y memoria visual, siendo mayor en recuerdo diferido y en proceso atencional controlado. Por lo que Luque y González (2012) concluyen que la memoria no es la función que más se altera en la vejez si no la capacidad de atender, pues la atención es la función que más se entrenó en el programa realizado, asimismo comentan que el tiempo que se les dé a los adultos debe ser suficiente, pues independientemente de la edad todos son capaces de terminar las tareas. Sin embargo no es suficiente trabajar procesos atencionales, ya que existen procesos en los ancianos como su estado emocional que les impide recordar como mecanismos de defensa y trabajar únicamente la estimulación deja incompleta la intervención.

Ahora bien la investigación realizada por Puig (2001) pretendía la creación de un método para prevenir el deterioro cognitivo en los ancianos institucionalizados. Por lo que su objetivo fue psicoestimular a las personas de la tercera edad y mantener sus habilidades intelectuales el mayor tiempo posible. El estudio fue realizado con el 11% de la población total de 65 años en adelante de una residencia pública de España. Las técnicas y el diseño del trabajo fueron principalmente bajo los principios del condicionamiento operante (modelado, reforzamiento y la práctica). Por lo que el diseño fue A-B-A y formaron un grupo control y un experimental. La evaluación se hizo a través de un instrumento llamado mini examen cognoscitivo. El programa constó de 40 tareas que se resumen en la Tabla 5, las cuales estaban encaminadas a desarrollar áreas cognitivas como la orientación, atención, memoria, lenguaje y razonamiento.

Tabla 5  
*Tareas del programa de psicoestimulación*

<b>Orientación</b>	<b>Atención</b>	<b>Memoria</b>
1. Historietas (tiempo y espacio) 2. Situar objetos (retención y ordenamiento) 3. Tres en raya (Juego de mesa) 4. Pintar lunas 5. La casa (evocaron su propia casa y tenían que dibujarla, ubicando los objetos) 6. Dibujo tridimensional (copiar figuras geométricas) 7. Levantar parejas (juego de mesa)	8. Diferencia (encontrar diferencias en dos imágenes) 9. Figura oculta (trazar líneas en un orden determinado para encontrar una figura) 10. Marcar figuras (juntar varias figuras para identificar otras ocultas) 11. Identicos (Encontrar dos imágenes en una sola) 12. Desparejado (Descartar las figuras iguales para dibujar las diferentes)	13. Descripción de imágenes 14. Recordar imágenes 15. Retención de palabras 16. Reconocimiento de imágenes 17. Lista de compras (recordar y enunciar la lista de compras) 18. Reproducir imágenes (hacer la copia de imágenes anteriormente presentadas) 19. El cambio (identificar la posición original de las cosas una vez cambiadas) 20. El rapto (presentar objetos variados y después quitar algunos para ser enunciados por los participantes) 21. Ordenes (realizar ciertas actividades después de haber indicado las instrucciones) 22. Tarjetas colores (recordar los colores de tarjetas) 23. Objetos y colores (colocar los objetos por colores determinados)
<b>Lenguaje</b>	<b>Razonamiento</b>	<b>Praxias</b>
24. Formular palabras (ordenar palabras para dar coherencia) 25. Ordenar frases (para dar	31. Monedas (reconocer las diferentes monedas y escoger de entre ellas dos o más y	37. Juego en constitución (se utilizan dibujos y piezas tridimensionales para construir

coherencia a una frase) 26. Contrarios (encontrar antónimos a ciertas palabras) 27. Adivinanzas 28. Dictado 29. Clasificaciones (nombrar objetos diferentes y después escribirlos dependiendo de la clasificación a la que pertenezcan) 30. Reagrupar por categorías (clasificar series de palabras)	realizar operaciones algebraicas) 32. Dados (tirar dos dados y restar los números que resulten) 33. Descubrir errores (se presentan una serie de imágenes y se debe encontrar la parte que no sea coherente) 34. ¿Qué falta? (encontrar imágenes faltantes de una serie) 35. Solucionar problema (se utiliza un tangram) 36. La mona (juego de mesa)	una figura) 38. Trenzas 39. Ordenar objetos 40. Laberintos (juego de mesa)
---	---	---

Cabe resaltar que las actividades mencionadas se realizaron de manera diferencial, ya que algunas fueron aplicadas de manera individual y otras en equipo. Los investigadores se encargaban de observar a cada uno de los participantes, ya que se les asignaba determinada puntuación (0-3 puntos) por cada una de las técnicas, sin embargo los participantes no tenían el conocimiento de lo anterior, pues podía producir una baja en su desempeño debido a la angustia. Respecto a los resultados tras comparar las puntuaciones obtenidas en el pre y el post, encontró que el grupo experimental mejoró su desempeño, obteniendo mejores resultados en las evaluaciones del posttest, mientras que en el grupo control se mantuvo. Por lo que Puig (2001) indica que el tratamiento fue efectivo, ya que después de la psicoestimulación el grupo tuvo un avance significativo, por ello hace énfasis en que las instituciones deberían realizar este tipo de intervenciones para poder retrasar el deterioro cognitivo. También comenta que impactó positivamente dicha estimulación en los adultos mayores pues pasaron un rato agradable y entretenido olvidando "momentáneamente" sus preocupaciones.

Dicho trabajo hace reflexionar que a pesar de estimular a esta población, no se le está brindando de manera integral una atención, ya que los participantes siguen con preocupaciones y la mayoría de las intervenciones están centradas en distraer y ocupar a la población de la tercera edad dejando de lado su estado emocional, por lo cual es fundamental un cambio en la visión que se ha tenido hasta el momento acerca del trabajo con las personas adultas mayores.

Otra investigación que se llevó a cabo con personas de la tercera edad fue realizada por Sánchez (2011) quien pretendía comprobar la eficacia de un programa de intervención que mejorará el rendimiento de un grupo de mayores que presenten un deterioro cognitivo leve, con fines de entrenamiento y estimulación de las funciones cognitivas centrado principalmente en la memoria y atención. Trabajó con 18 personas con edades comprendidas entre 67 y 78 años de edad, todos ellos eran residentes de un centro asistencial y residencial para mayores. De los cuales se formaron dos grupos (9 participantes en cada uno) uno control y otro experimental. Las evaluaciones se hicieron con los siguientes instrumentos *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Cambridge Cognitive Assessment* (CAMCOG), la *Escala de Depresión de Yesavage*, el *Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria*, el *Eurotest* y el *Test del Reloj*. Los talleres fueron realizados durante 30 días y se aplicaron 5 sesiones de una hora cada uno.

Dicho estudio estuvo basado principalmente en el taller de memoria de Miguel Ángel Maroto (el cual trabaja con un entrenamiento en técnicas de memoria para mejorar la codificación, almacenamiento y recuperación; así como en los ejercicios de estimulación y mantenimiento cognitivo), así como el taller de memoria y atención con material manipulativo (el cual consta de ejercicios diversos comprendidos desde la facilitación de materiales para su manipulación, así como diversas actividades sensoriomotoras, de lenguaje, comunicación y expresión de emociones, todo acompañado de técnicas de reforzamiento) y taller de lenguaje (el cual trata de informar acerca de un personaje destacado de la historia para poder favorecer a nivel informativo y que exista la participación de los asistentes a dicho entrenamiento).

Respecto a los resultados en las evaluaciones pre-test que se aplicaron a ambos grupos no existieron diferencias, sin embargo el pos-test del grupo experimental mostró una mejoría a nivel cognitivo, una vez terminada el entrenamiento. Razón por la cual Sánchez (2011) concluye que la intervención cognitiva que realizó fue efectiva para los participantes del grupo experimental, además favoreció de

manera general la prevención de pérdida de memoria y atención, asociados con la edad. Es importante mencionar que si bien se ha comprobado en múltiples estudios que ciertas técnicas ya fueron eficientes, habría que desarrollar otro tipo de estrategias que trabajen con el adulto mayor de manera más integral, puesto que el trabajo a nivel cognitivo favorece, sin embargo únicamente centrándose en éste, se deja del lado otras complicaciones que el anciano atraviesa.

Recientemente la tecnología cobro gran importancia dentro de nuestra sociedad, se ha tratado de introducir a los ancianos en el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC), un ejemplo claro es el programa de estimulación realizado por Pérez, Molero, Osorio y Mercader (2014) el cual utilizó tablets, las cuales además de favorecer la inclusión de los ancianos al uso de las tecnologías, también pretendía la estimulación cognitiva; el objetivo de dicha investigación fue elaborar e implementar un programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para personas mayores sin deterioro cognitivo. Las evaluaciones se hicieron mediante el *Cuestionario de Memoria Cotidiana*, el *Inventario de Inteligencia Emocional para Mayores* y el *Test de Orientación Vital Revisado*. Ahora bien los participantes tenían que manipular la tablet en la cual se combinaban estrategias de estimulación cognitiva e inteligencia emocional.

Pérez et al., (2014) comentan que fue un estudio innovador donde se trabajaron aspectos cognitivos y de inteligencia emocional, aunado a todo lo anterior, se insertan las TIC, lo cual implica un envejecimiento activo y un incremento en la confianza y seguridad, ya que ahora ellos sabrán manipular objetos tecnológicos como una tablet. Si bien es importante la inclusión de los ancianos en las tecnologías pues les permiten comunicarse y evitar el rezago por el hecho de no tener conocimiento de dichos aparatos. Todos estos temas son recientes y novedosos pues se tiene una visión del adulto mayor diferente a tratar de incluirlo en los cambios tecnológicos que estamos viviendo.

Los estudios realizados con la población de la tercera edad en su mayoría tienen la finalidad de orientar a los profesionales del área de gerontología para que se desarrollen más programas de entrenamiento de memoria y así evitar el declive en

los adultos mayores. Ejemplo de ello es el trabajo de Martínez (2012) quien desarrolló un manual con el objetivo de dotar a los profesionales de un marco de contenidos, estrategias e instrumentos, basados en el conocimiento científico para facilitar el diseño y desarrollo de diferentes acciones de capacitación a las personas mayores para un mejor rendimiento de los procesos relacionados con la capacidad de aprendizaje y el recuerdo. El formato de esta guía está construido para alcanzar objetivos de capacitación de personas mayores para que puedan seguir utilizando los recursos cognitivos.

La estrategia conlleva 12 sesiones organizada en 3 bloques. El primero de ellos, comprende de la sesión 1 a la 2, está destinado a los conocimientos básicos sobre el funcionamiento de la memoria, su importancia y los tipos. El segundo bloque comprendido de las sesiones 3 a la 7, emplearon estrategias y técnicas para mejorar la memoria con actividades de entrenamiento para aprender a recordar nuevamente y controlar la ansiedad, ayudándose de técnicas expositivas y una escasa participación de los sujetos. El tercer bloque va de las sesiones 8 a la 12, está destinado a aplicar lo aprendido a la vida cotidiana, mediante ejercicios concretos como la relajación y prácticas de aprendizaje y ejercicios de recuerdos, entre otros. La duración aproximada de cada sesión fue de 90 minutos.

Es transcendental incidir en esta población pero habría que preguntarnos ¿Cuánto puede favorecer a un anciano a nivel cognitivo conocer el concepto y los diferentes tipos de memoria en su vida cotidiana? Dentro de la presente que sustenta el trabajo que se debe dar un mayor peso al hecho de construir en el grupo un proyecto de vida y el trabajar las dificultades que le causa la situación del envejecimiento, enfocándose principalmente hacia la reflexión y no hacia el entrenamiento como se enunció líneas arriba el estudio realizado por Martínez (2012).

Es relevante señalar lo que comenta Maroto (2005) pues no sólo es relevante la técnica, el programa o el método que se utilice, pues la creación y puesta en marcha de un taller de memoria para personas de la tercera edad se deben considerar varios aspectos:

- a) Conocer las características de los participantes para adaptar la dificultad de los ejercicios que se emplearán.
- b) Manejar de forma adecuada el componente motivacional. La estructura de una sesión debe diseñarse para que los asistentes pasen un rato agradable y reforzante. Los diferentes ejercicios deben de intercalarse según su dificultad y la obtención de logros de los asistentes.
- c) Mandar ejercicios para realizar en casa, estas tareas ayudan a la generalización e internalización de los aprendizajes y destrezas adquiridas en la sesión.
- d) Aprender y utilizar el nombre de los participantes pues creará un clima agradable y familiar.
- e) Tener en cuenta que la conducta no verbal del coordinador puede ser factor para que se den comportamientos deseados o conflictos.
- f) Crear un ambiente de ayuda mutua y compañerismo y no de competencia.

Además de considerar los aspectos antes mencionados Maroto (2005) hace una propuesta de un curso (Véase Tabla 6), donde organiza las sesiones en seis puntos que se deben considerar al momento de trabajar con las personas de la tercera edad.

Tabla 6  
*Estructura del curso para la mejora de la memoria.*

Organización del taller		Organización de las sesiones
Número de horas totales	15 a 20	1) Recibimiento 2) pasar lista 3) Corrección grupal de la "Tarea para casa" mandada en la sesión anterior 4) Explicación y práctica de una técnica de memoria o de un ejercicio de estimulación cognitiva 5) Explicación y asignación de alguna tarea para la casa. 6) En algunas ocasiones terminar con relajación.
Número de sesiones	8 a 10	
Duración sesión	90 a 120 minutos	
Frecuencia	1 o 2 veces por semana	

**Fuente: Maroto (2005).**

Los distintos estudios realizados con la población de la tercera edad tienen como finalidad detener el deterioro cognitivo, siendo la psicomotricidad, la memoria, el procesamiento de información los principales aspectos a estudiar. Sin embargo una limitante encontrada es que la mayor parte de investigaciones son realizadas desde un corte positivista, donde lo más importante es mostrar cambios significativos al aplicar los test o pruebas de inteligencia, dejando a un lado el crecimiento personal del adulto mayor, el trabajo de las ansiedades, los miedos, que conlleva el ser anciano; así mismo la construcción de un proyecto de vida. Por lo cual es fundamental desarrollar nuevas formas de trabajar, las cuales no tengan sustento en las estrategias tradicionales y de esta manera poder dejar de lado el estereotipo que a lo largo de los años ha encerrado a los adultos mayores, acerca de su declive, su forma de vida y su papel en la sociedad.

## **2. Grupos operativos**

Tras desarrollar el apartado anterior se puede distinguir que la intervención tradicional trabaja a través de programas creados para estimular cognitivamente a la población de la tercera edad y en otros casos se crean grupos de apoyo que se reúnen una vez a la semana con la finalidad de brindar un espacio de recreación, donde se imparten clases de baile, pintura, manualidades, música o de algún oficio. Durante el tiempo donde se reúnen los adultos mayores con otras personas de su edad, se establecen nuevas relaciones, tienen compañía, atención y aprecio. Pero al regresar a su casa regresan los sentimientos de soledad y depresión, invadiendo la idea del ¿por qué vivir?

Al respecto Flores (2011) señala tres olvidos significativos que los profesionales no toman en cuenta al trabajar con la población de la tercera edad:

- 1) La formación de los profesionales que integran el sector salud, pues únicamente son médicos, enfermeras y nutriólogos.
- 2) El tratar únicamente a las personas bajo el modelo biológico, lo que es observable y manifiesto.

- 3) El último olvido hace referencia a la parte metodológica, es decir la intervención grupal, el ver a los grupos solamente como personas que se reúnen le resta importancia a la *dinámica grupal* donde se entrelazan las historias, elemento central para tocar la problemática que interesa: tener un proyecto de vida.

Por todo lo anterior, la magnitud de la problemática implica un trabajo multidisciplinario donde el psicólogo se inserte en cada área donde se trabajan con adultos mayores, sin embargo es importante señalar que cada uno de los profesionales debe prepararse metodológicamente y teóricamente. Asimismo como se ha señalado en apartados anteriores es necesaria una visión biopsicosocial de las personas, esto permitirá considerar la parte subjetiva, aquello que no se ve pero que es determinante en nuestro hacer cotidiano. Como bien comenta Flores (2011) el trabajo que se realiza con la tercera edad es limitado e insuficiente, el sólo dar pláticas y conferencias no hace que los adultos mayores construyan un proyecto de vida que les permita llenarse de aspiraciones, ilusiones, planes y energía, donde tengan un lugar para ellos mismos y la sociedad.

Ahora bien con relación a la psicología social desde el punto de vista psicoanalítico, la cual tiene sus inicios con Freud en el libro de "Psicología de las masas y análisis del yo" donde señala claramente su postura frente el dilema de la relación entre psicología individual y social o colectiva. Puesto la psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que él mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, no obstante muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales, le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes (Pichón, 1985).

El papel que tienen los otros sobre nosotros es fundamental, todo hombre es sujeto de una historia que fue organizada por sus padres, abuelos, familiares, amistades, que desde los primeros momento de vida le otorgaron un lugar y poco a poco a través de las interacciones construyen una estructura, la subjetividad. Teniendo en cuenta el significado inconsciente que tiene el otro, a lo que Pichón Riviere denominó "grupo", como el lugar donde se constituye de una manera

inconsciente al sujeto. Si pensamos en la población de la tercera edad, quienes tienen su propia historia, con roles estereotipados, conductas rígidas, prejuicios, miedos y ansiedades, entre otros aspectos que tenemos que considerar al momento de trabajar con dicha población (Flores, 2011).

De esta manera la psicología social desde el enfoque de Enrique Pichón Riviere se particulariza fundamentalmente por ser operativa e instrumental. Por ello la didáctica del *grupo operativo* propuesta de dicho autor, no sólo pretende informar, sino básicamente tiende a formar al individuo desarrollando en él aptitudes y modificando sus actitudes, siendo una condición necesaria para esto, el trabajo grupal. En este sentido, Flores (2011) comenta que se define al *dispositivo grupal* como el mecanismo psicosocial de carácter inconsciente, donde en un tiempo y un espacio los participantes producen a través de un objetivo común, el análisis de su propia historia que implica su transformación. Por ello el dispositivo grupal como estrategia de intervención terapéutica, se caracteriza por la demanda, es decir, la necesidad y la inquietud de los adultos mayores por buscar alternativas de solución para los males que les preocupan, como la tristeza, la desesperación, la depresión y la ansiedad que tienen.

Razón por la cual la noción de grupo adquiere particular importancia en esta propuesta, pues se trata de un conjunto de personas que logran una historia en común y cuya finalidad es trabajar sobre una tarea explícita, pero también, sobre una tarea implícita. Al respecto Flores y García (1996) definen al grupo como un conjunto de sujetos con un objetivo común, en clima de aceptación y comprensión, en donde, a partir de la interacción y la comunicación como base, se facilita la elaboración de las ansiedades que se producen en la dinámica del proceso grupal, en el aquí-ahora-conmigo.

Por consiguiente cuando se observan fácilmente las interacciones que hacen los participantes, se le denomina nivel explícito. Sin embargo, cuando se inicia el proceso para indagar a qué se deben aquellas acciones o sentimientos, se remite al nivel implícito o inconsciente del grupo. En este sentido, el aprendizaje será

significativo cuando aquellas acciones implícitas o inconscientes, se transformen en explícitas o consientes (Flores y García 1996).

Ahora bien es importante señalar que durante el proceso grupal se dan tres momentos: 1) Pre-tarea, que se caracteriza por la confusión y la resistencia al cambio, aquí se ponen en juego las técnicas defensivas y hay un aumento en las ansiedades básicas. En esta etapa se intenta aplazar la elaboración de miedos, se llevan a cabo mecanismos de postergación para soportar la frustración para no entrar en la tarea, en este momento el sujeto se siente raro y ajeno a sí mismo, realiza conductas alienantes. El objetivo es resolver el obstáculo epistemológico y aprehender la realidad. 2) Tarea, en esta etapa, se trata del abordaje y elaboración de ansiedades en la cual el sujeto se siente en posición depresiva, realiza acciones para intervenir en situaciones concretas con el fin de provocar transformaciones y entra en un proceso de espiral, en el cual hay un salto entre la pretarea y tarea, donde comienza a elaborar sus ansiedades. 3) Proyecto, es cuando la persona comienza a hacer cambios en su vida y enfrenta ansiedades y miedos, en ésta existe la planificación a medio y largo plazo.

Como bien se sabe dentro de los grupos se darán distintos roles, en el caso del rol del coordinador quien ayudará a velar los obstáculos epistemológicos presentados en el grupo y que los miembros piensen como confrontar las ansiedades básicas. El único instrumento con el que cuenta el coordinador es el señalamiento de situaciones manifiestas y su interpretación. Pues éste lleva a cabo una relación asimétrica como co-pensador, el cual reflexiona con el grupo acerca de los integrantes, la relación entre ellos y la tarea. De manera general podemos decir que su función es hacer explícitos los aspectos implícitos.

Otro aspecto fundamental para entender esta teoría es el concepto central del "vínculo", estructura compleja, en la que interactúa el sujeto con el objeto en diferentes momentos donde la comunicación se configura y forman así un espiral dialéctico. Hablar de vínculo dentro de esta postura no refiere a un proceso lineal, sino en términos de continuidad, es decir, en espiral; es una operación correctiva

terapéutica, por medio de esta se lleva un aprehender de la realidad (Pichón, 1985).

Todo lo anterior, refiere principalmente que al intervenir se deben llevar a cabo transformaciones en un proceso de espiral, que implica trabajar desde lo explícito a lo implícito, es decir, hacer consiente todos esos procesos inconscientes que tiene la persona. Para realizar todo lo anterior, se requiere emplear los grupos operativos, que tienen como finalidad operar, tener la aplicación dentro de la sociedad y poder llevar a cabo de manera activa un proyecto de vida. Los cuales también son conocidos como grupos centrados en la tarea, teniendo como objetivo principal la movilización de estructuras estereotipadas, que dificultan la comunicación y el aprendizaje provocados por las ansiedades básicas (miedo al ataque y miedo a la pérdida).

Las ansiedades básicas mejor conocidas como miedo al ataque (ansiedad depresiva) y miedo a la pérdida (ansiedad paranoide), configuran la resistencia al cambio que deben ser superadas por el grupo. Dichas ansiedades son coexistentes y cooperantes, si son intensas pueden lograr un cierre en el sistema y llegar a un círculo vicioso. La primera de ellas se refiere al miedo que implica abandonar el vínculo anterior, donde se tenía un conocimiento y costumbre de la situación en la que se encuentra. La segunda hace referencia al miedo creado por un vínculo nuevo y a la inseguridad que trae una situación novedosa.

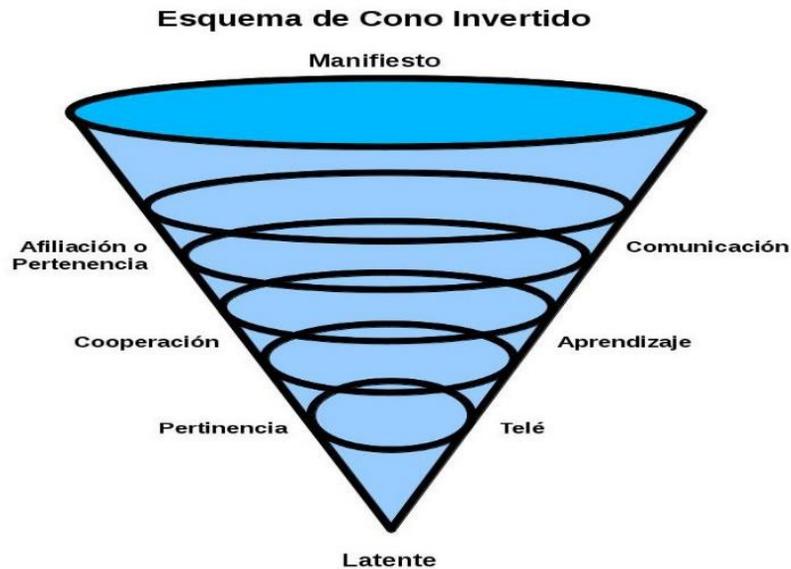
Por lo que ésta técnica favorece la movilización de estereotipos, esclarece la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas para llegar a una curación, creando un nuevo esquema referencial. Ahora bien el ECRO definido como esquema conceptual referencial operativo es orientado hacia el aprendizaje a través de la tarea, el cual permite la comprensión horizontal (totalidad comunitaria) y vertical (el individuo inserto en ella). Ello quiere decir que no es del interés de Pichón (1985) la composición teórica, sino su puesta en escena en la realidad social. Esto es lo que le da su pertinencia y validez social. Para él un concepto es importante en tanto sea operativo, que opere, funciones en la realidad. Esto a su

vez se constituye en la tarea explícita de la técnica de los grupos operativos: operativizar los conceptos que se trabajen, más que repetir la teoría (Mejía, 2002).

Este esquema es el conjunto de conocimientos y actitudes que cada uno tiene en su mente y está dado por su historia personal y es aquel que media la forma de comportarse. Es el punto focal del aprendizaje, ya que dentro del grupo se debe configurar un esquema para favorecer la comunicación intragrupal. Todo grupo operativo debe estar constituido por un ECRO grupal donde las contradicciones y las ansiedades sean trabajadas durante la tarea.

En éste concepto se basa la teoría de Pichón Riviere, ya que el ECRO conforma un conjunto organizado de nociones y conceptos generales referidos a un sector de lo real que permite trabajar sobre un aspecto particular, que es la tarea y su finalidad es que se aprenda a pensar en coparticipación del objeto de conocimiento, y se llegue a la aprehensión de la realidad, puesto que solo así hay un verdadero aprendizaje.

Ahora bien, todo lo que sucede en un grupo y su manera de manejarse puede ser representado a través de los "vectores del cono invertido", con este esquema se puede evaluar e interpretar el proceso grupal. El esquema del cono invertido que se muestra en la Figura 1, representa la dinámica entre lo explícito y lo implícito: lo explícito ocupa la base del cono, pues es lo observable, lo que ocupa más superficie visible, mientras que lo implícito se ubica en el vértice. El cono está invertido porque representa gráficamente que lo implícito está "por debajo" de lo explícito. Por dentro del cono circula la espiral dialéctica, que representa al proceso grupal y que, partiendo de los universales ubicados en el vértice va ampliándose en cada vuelta abarcando distintos niveles de la dinámica. Posteriormente Pichón (1985) agrega el esquema de los vectores, que constituyen una escala básica de evaluación de los procesos de interacción grupal como se mencionó.



**Figura 1. Vectores del cono invertido, según Pichón Riviere**

De manera que dentro del cono invertido se presenta una escala a través de la cual se puede evaluar la conducta grupal. Los vectores que están implicados en el comportamiento de un grupo inician con la *afiliación*, es el primer momento de este, en donde el sujeto guarda relación con procesos grupales, pero con cierta distancia, sin incluirse totalmente y en este momento se da el reconocimiento de otros. Posteriormente se convierte en *pertenencia*, que indica mayor integración al grupo y permite elaborar una técnica, táctica, estrategia y planificación. En la *cooperación* se pone en la contribución de los miembros en la tarea (aun silenciosamente). Después en la *pertinencia* los miembros del grupo están centrados en la tarea. La *comunicación* se da entre los miembros de éste y puede ser verbal o preverbal, se toma en cuenta el cómo, el por qué y el quién del mensaje. El *aprendizaje* se lleva a cabo con la suma de la información de los integrantes que poco a poco van resolviendo las ansiedades del grupo y se permite una aprehensión de la realidad. El *tele* es la disposición positiva o negativa para trabajar con un miembro del grupo. Por último la *actitud ante el cambio*, se modifica en términos del incremento o resolución de las ansiedades.

Asimismo dentro del grupo se configuran roles que no son estereotipados, sino que se intercambian, los cuales favorecen la formación del grupo y generalmente están dados por características personales de los sujetos participantes, los cuales son:

- Chivo emisario, aquel donde se depositan aspectos negativos del grupo y es el rol en el cual se hacen presentes mecanismos de segregación hacia él.
- Saboteador, es aquel que provoca interferencias en cuanto a la realización de la tarea, es literalmente quien lidera la resistencia al cambio.
- Portavoz, depositario de las ansiedades y conflictos, denuncia el acontecer del grupo, las fantasías, ansiedades, necesidades de todos ellos, no habla por él, sino por el grupo. Las necesidades anunciadas por éste y su manera de formularlas, hacen referencia a su historia personal.
- Líder, depositario de los aspectos positivos del grupo y obtiene el liderazgo centrado en uno o varias categorías.

El dispositivo grupal el cual se explicó anteriormente también se denomina “taller”, entendido como un “espacio para pensar, sentir, analizar y construir un lugar para dejar ser, en donde la creatividad tiene un lugar especial para enriquecer la tarea y a las persona” (Flores y García, 1996). Bajo dicha idea se propone una temática que únicamente es un pretexto pues lo que realmente se trabajará con el apoyo del coordinador serán los obstáculos que provocan que las personas no puedan adaptarse críticamente a su realidad actual. Por lo tanto, a través del grupo se intenta construir alternativas con las posibilidades, potencialidades dificultades y obstáculos que determinadas relaciones sociales generan para la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales, relacionadas al desarrollo y resignificación de la solidaridad, la participación, la identidad y la libertad (Alegre, 2009).

Con relación a la estructura del taller Flores y García (1996) comentan que para propiciar la reflexión y construcción de los cambios en los participantes, se recomienda que: a) la duración sea de 10 a 15 sesiones de dos horas cada una, b)

propiciar el análisis con preguntas eje, elemento metodológico básico para propiciar la ruptura en los estereotipos y permitir la construcción de una nueva historia, y c) en cada sesión es recomendable la siguiente organización:

<b>1.</b> Bienvenida	5 minutos
<b>2.</b> Resumen	15 minutos
<b>3.</b> Implementación de la técnica	40 minutos
<b>1.</b> Plenaria	50 minutos
<b>5.</b> Conclusiones	10 minutos

Asimismo Flores (2011) indica que el organizar espacios de esta naturaleza requiere de dos condiciones, la primera implica la demanda por parte de los adultos mayores, donde estén interesados por tener un espacio para pensar y descargar la infinidad de sentimientos que tienen. La segunda condición es la intervención multidisciplinaria para construir estrategias en conjunto para dicha población.

El trabajar esta propuesta con la población de la tercera edad implica no perder de vista que la tarea es principalmente el reto de construir un proyecto de vida y la temática que se trabajará es la estimulación cognitiva. De acuerdo con Flores (2011) quien comenta que el proyecto de vida es el producto de un proceso de planificación que se realiza basado en la libertad que tiene el hombre para idealizar lo que le gustaría ser; implica un sentido de creatividad y la oportunidad que tiene cada quien para organizar sus metas.

Son pocos los estudios con personas de la tercera edad donde se empleen los grupos operativos, por lo que es novedoso y un método integral en el que se pretende ver a las personas como seres biopsicosociales, sin embargo sigue siendo escaso el trabajo realizado desde esta postura. A continuación se hablará de algunos estudios que trabajan en esta línea. El primero trabajo lo llevaron a cabo Flores, García y Sánchez (2008) su objetivo fue determinar las modificaciones que produce la estimulación a nivel neurológico y emocional en la

calidad de vida del adulto mayor. Participaron 15 mujeres de entre 60 y 82 años. La investigación consto de cinco etapas: selección y definición de categorías, pre-evaluación de evaluación la inteligencia de ejecución y emocional con las pruebas de Bender y de El Reloj, la intervención, desde la teoría de los grupos operativos de Pichón Riviere se impartió un taller, post-evaluación y la entrega de resultados y retroalimentación.

El tiempo de trabajo con las participantes fue de 24 horas. La estimulación impactó positivamente: el Bender disminuyó 18.2 puntos, en la del Reloj aumentó 1.8. Por lo que los resultados arrojados de la aplicación de ambas pruebas, mostraron que efectivamente existe un deterioro neurológico, ya que al no utilizar los procesos del pensamiento, las manifestaciones del deterioro se incrementan. Los participantes construyeron un proyecto de vida, con ello se ayudó a mejorar su autoestima, control de emociones y resolución de conflictos. Los autores concluyen que el deterioro neurológico y emocional que se presenta a través del comportamiento de los ancianos se aumenta por la falta de elementos biopsicosociales, que permite identificar los obstáculos que se presentan en la transición de la vida madura a la vejez. Asimismo Flores, García y Sánchez (2008) apuntan que es necesario consolidar espacios grupales que propicien una superación en los adultos, para ello se requiere un equipo multidisciplinario con una formación grupal, que permita identificar los obstáculos a nivel individual y grupal para construir tácticas y técnicas que permitan su solución.

La segunda investigación es de Soares y Ferreira (2007) quienes tuvieron como objetivo analizar la aplicación de la teoría y de la metodología de los grupos operativos, propuesta por Pichón Riviere en un grupo de portadores de enfermedades crónico-degenerativas. Dicho trabajo se realizó en un hospital de Brasil, a través de entrevistas y observación directa, con un grupo conformado por siete adultos con diabetes tipo 1, de entre 18 y 45 años. El análisis de los datos se hizo en función vectores del cono invertido (afiliación y pertenencia, cooperación, comunicación, aprendizaje y pertinencia). Las autoras encontraron que el usar la

metodología de los grupos operativos permitió ampliar la dinámica grupal para así trabajar los contenidos subjetivos que se expresaron en el grupo.

El analizar los vectores dio pauta para ir reevaluando y adaptando las sesiones en función de cómo se iba desarrollando la dinámica grupal de cada encuentro. Por otro lado, los participantes construyeron un espacio terapéutico para el debate, donde se trabajaron temores, visiones acerca del impacto de la diabetes en su vida cotidiana, asimismo permitió un crecimiento personal en cada uno de los participantes, pues algunos de ellos se replantearon la problemática de la enfermedad. Soares y Ferreira (2007) concluyen que los grupos operativos son una estrategia eficaz para los profesionistas de la salud que permitiría la construcción de espacios donde se reevalúen y analicen distintas problemáticas entorno a la salud de las personas.

Si bien es importante estimular las funciones cognitivas en los adultos mayores, no se debe olvidar que además trabajar en un proyecto de vida que llene de planes e ilusiones. Dentro de este estudio se da mayor peso a la construcción de un proyecto de vida y trabajar las dificultades que causa la situación del envejecimiento, enfocándose principalmente hacia la reflexión.

## **IV. PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Hoy en día los adultos mayores atraviesan un sinfín de problemáticas, de entre las cuales resaltan el deterioro cognitivo, la reducción de sus funciones motoras, la pérdida del rol social, pérdida de seres queridos, entre otras. Todo lo anterior da como resultado el estado emocional en el cual predomina la soledad, tristeza y depresión, pues se pierde el sentido a la vida y el autoconcepto que tienen de sí mismos es bajo. A todo esto se hacen las siguientes preguntas: ¿Qué calidad de vida me espera?, ¿Qué haré en el futuro?, ¿Cuál es mi lugar en la sociedad?, ¿Cómo viviré en los siguientes años de mi vida?

Por otro lado el no contar con un proyecto de vida después de la jubilación, hace que las personas se consideren inservibles, deteriorados y sin esperanzas, pues su mundo cambia drásticamente en unos cuantos meses, al cuestionarse cuál es el sentido de la vida; la idea que viene a su mente es el impuesto por la globalización, donde ser productivo es lo que importa. Diseñar planes y proyectos no está peleado con la edad, no hay un límite para realizar actividades, proponerse metas y realizar todo aquello que dejaron a un lado por una realización laboral y profesional.

Se puede observar la nula participación del psicólogo en las instituciones de salud, por lo cual se desconoce el trabajo que la psicología puede hacer por la tercera edad, a nivel emocional y cognitivo. Por todo lo anterior se considera que es necesaria la realización de la presente investigación cuyo objeto de estudio consiste precisamente en la estimulación de los procesos del pensamiento, con las siguientes unidades de análisis que son el estado emocional y la neuropsicología.

## V. JUSTIFICACIÓN

Durante la segunda mitad del siglo pasado, en la mayoría de los países disminuyó en menor o mayor grado el nivel de fecundidad y aumentó la sobrevivencia de su población, tendencias que han incidido en un proceso de envejecimiento en la dinámica poblacional de la mayoría de los países. El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas de edad avanzada. Dicho fenómeno se está convirtiendo en una preocupación por parte del Estado, organizaciones mundiales, instituciones y académicos, dado que todas las estimaciones que se hacen concuerdan que en los próximos años, la cantidad mundial de personas de 60 años de edad, o mayores, aumentará más de tres veces.

Los avances de la medicina han provocado que la edad promedio actualmente sea de 70 años, según el censo del INEGI (2014). Sin embargo, es un hecho que en los últimos años esta edad ha sido rebasada al menos por diez años más. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores de 32 por ciento. La OMS (2013), prevé que en el año 2100 la cantidad mundial de personas de 60 años de edad o mayores aumentará más de tres veces.

Lo anterior hace pensar que si la edad de jubilación está entre los 60 y 65 años, al menos, se tendrá 20 años más de vida. Evidentemente dicha situación es un logro de la ciencia que debería de ser valorado por la sociedad, donde se otorgue a los adultos mayores un lugar prioritario, por lo contrario las condiciones en el mundo cambiaron, la globalización centrada en la economía ha desplazado al ser humano por lo material, impactando en la cultura y en los valores, es decir en la actualidad lo viejo carece de valor por lo tanto los adultos mayores pierden su lugar en la sociedad y ahora pasan a formar parte del grupo de los escindidos.

Asimismo la visión social que se tiene de intervenir en el adulto mayor es fundamentalmente a nivel de la prevención y el control de las enfermedades propias de la edad como: diabetes, hipertensión y obesidad. Esta visión es parcial e ilimitada pues los ancianos también presentan una desorganización importante en su estado emocional, en su proyecto de vida, en su rol social, y fundamentalmente en sus procesos del pensamiento, de tal manera que aunque las instituciones de salud tenga programas destinados a los viejos su impacto es insuficiente porque están enfocados solamente al bienestar físico, ignorando el aspecto emocional y cognitivo que en la tercera edad es prioritario.

Un ejemplo de ello es la Clínica Familiar Balbuena quien atiende por trimestre aproximadamente a 8,287 adultos mayores de 60 años de edad, lo cual representó el 39% de la población, de los cuales un porcentaje mínimo están incorporados a los programas de prevención y control denominados grupos de autoayuda, los cuales en esencia pretenden brindar elementos biológicos para mejorar su salud sin embargo es claro ver como los profesionales que abordan a esta población son predominantemente gerontólogos, enfermeras, nutriólogas y trabajadoras sociales, quienes se limitan a la realización de actividades como tejido, pintura, manualidades, entre otras, en resumidas cuentas se mantienen entretenidos, sin embargo es nulo el trabajo a nivel emocional y personal, que es fundamental en esta etapa y que favorecería a los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.

Por lo antes planteado resulta indispensable la implantación de programas especiales que no sólo estén centrados en la atención física y biológica, sino que en conjunto puedan intervenir en el área psicológica y en la social de los pacientes, de tal modo que se les considere como individuos bio-psico-sociales y se preste atención a todo este conjunto de elementos que nos constituyen como seres humanos y que son parte fundamental de nuestra salud. La intervención en los componentes mencionados, a su vez, indudablemente tendrá una influencia muy importante en la calidad de vida de las personas. La integración de estas áreas es tarea de los psicólogos sociales, quienes deben tener una participación

indispensable a lo largo del proceso de envejecimiento, ya que éste implica la elaboración de muchos duelos y la necesidad de construir proyectos de vida a través de espacios de reflexión y análisis. El psicólogo social cuenta con las herramientas para manejar estos procesos y la dinámica grupal, tanto con derechohabientes como con los profesionales de la salud. Mientras más personas se encuentren dentro de este proceso, los psicólogos sociales tendrán más trabajo que hacer y sus labores serán mayormente reconocidas.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, es de fundamental realizar investigaciones sobre los procesos cognitivos y emocionales desde la tercera edad con una visión multidisciplinaria encaminadas a incrementar la calidad de vida.

## **VI. OBJETIVO**

Por lo que se tuvo como objetivo que los adultos de la tercera edad desarrollen estrategias para la estimulación cognitiva con la finalidad de mejorar su calidad de vida, a través de la creación de un espacio grupal (grupos operativos).

## VII. MÉTODO

El método utilizado fue la Investigación-Acción, propuesto por Kurt Lewin donde además de tener fines teóricos, se pasa al plano de la acción para transformar a los participantes. Para dicho autor consiste en hacer un análisis, recolección de información, conceptualización, planeación, ejecución y evaluación, pasos que luego se repetirán. Asimismo se parte del principio que tanto el investigador como el participante son actores del cambio y son responsables de la transformación, de manera que influye la forma de agruparse, de intervenir y los estilos de vida. Partiendo del supuesto que es poco funcional el conocimiento que se produce en los libros, ya que no es aplicable en la sociedad. A través de la investigación-acción se pueden lograr cambios teóricos simultáneamente a cambios sociales.

### A. Escenario

Se llevó a cabo la realización del trabajo en la Clínica de Medicina Familiar Balbuena del ISSSTE que se encuentra en la delegación Venustiano Carranza en la Ciudad de México. Dicha clínica está rodeada de casas habitación, locales comerciales; por la avenida circulan vehículos y transitan personas; donde se encuentra es una colonia urbanizada. El taller se llevaba a cabo en el aula de la clínica la cual cuenta con buena iluminación, mesas grandes de madera, sillas y un pizarrón blanco.

### B. Población

Se trabajó con 19 derechohabientes de la clínica, las edades oscilaron desde los 58 hasta los 98 años de edad.

### C. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

- Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) por Aaron T. Beck

Dicho instrumento se empleó con la intención de conocer el nivel de depresión de los participantes. El inventario propuesto por Beck es un instrumento utilizado para

detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Se compone de una escala tipo Likert con 21 ítems. La prueba está destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más edad. Tiempo de duración: 5 a 10 minutos (Anexo 1).

➤ Test Gestáltico Visomotor por Laureta Bender

El test pertenece tanto a las pruebas visomotoras y gestálticas, se considera una prueba visomotora, porque el sujeto tiene que copiar los modelos que se le presentan. Y gestáltica porque se basa en la psicología de la forma. La prueba se compone de 9 tarjetas blancas, tamaño postal, cada una con un diseño trazado en negro en el centro. Se empleó dicha prueba con la finalidad de evaluar el grado de deterioro cerebral de los participantes, ya que el test fue evaluado bajo los lineamientos de Pascal y Suttell que está dirigido para personas de 15 a 60 años, con esta técnica de evaluación se facilita la diferenciación entre paciente y no paciente psiquiátrico y el deterioro cognitivo. Tiempo de duración: 20 a 30 minutos (Anexo 2).

➤ Test del Dibujo del Reloj (TDR) por B. Thalman

Dicha prueba evalúa la memoria y la percepción visoespacial, es utilizado en los adultos mayores por su fácil aplicación, permite determinar si hay un deterioro cognitivo, siendo las puntuaciones altas un signo para descartar éste. El test se divide en dos partes el Test de reloj a la copia y el Test del reloj a la orden, el primero de ellos tienen que duplicar el reloj que se les presenta en una hoja. En el segundo de éstos, se les da la indicación de dibujar en una hoja en blanco un reloj con todos sus componentes. La puntuación más alta para cada uno es de 10, con un total de 20 puntos. Tiempo de duración: 5 a 10 minutos (Anexo 3).

➤ Vectores del Cono Invertido por Pichón Riviere (1985)

Se empleó para evaluar la dinámica grupal a través de los vectores del cono invertido: afiliación, pertenencia, pertinencia, comunicación, cooperación, competencia, roles, aprendizaje, tarea, pretarea, proyecto, ansiedades básicas y

obstáculos universales. Los vectores son las categorías que se presentan en todos los grupos que permiten la realización de una evaluación constante de los obstáculos que el grupo presenta en cada sesión.

#### **D. Procedimiento.**

El taller tuvo por nombre “Estimulación mental para los procesos de pensamiento”, se realizaron 25 sesiones de una hora y media cada una, dando 38 horas de trabajo total. Se elaboró una carta descriptiva (Anexo 4) con el plan de trabajo de las sesiones, la cual fue entregada y firmada por las autoridades de la clínica para su completo conocimiento. Es importante señalar que de acuerdo con Flores y García (1997) el taller es un espacio para reflexionar, pensar y construir, donde nada está hecho y todo está por edificarse. Teniendo esto en cuenta los tres momentos del taller fueron apertura, desarrollo y cierre:

##### **1. Apertura**

Es el primer momento del taller y se realizó en la primera sesión. Los elementos que se trabajaron fueron: 1) la bienvenida, 2) expectativas de los participantes, 3) propuestas del programa del coordinador, y 4) encuadre, este es el momento donde se discute la propuesta y con base en expectativas se hacen ajustes y se establecen acuerdos, lo que permite la construcción de un objetivo común creado por el grupo.

Una vez hecho el encuadre grupal en la segunda sesión se trabajó la integración del grupo y se reflexionó, asimismo se expresaron las emociones sobre la vejez. En la tercera se aplicaron las pruebas psicológicas para la evaluación inicial de los participantes que permitió conocer las condiciones generales de su estado emocional y neurológico.

##### **2. Desarrollo**

De la cuarta sesión a la número 21 fue el momento central del proceso donde se reconstruyen historias y vivencias con la finalidad de revelar necesidades, ansiedades, miedos y rupturas para analizarlas y trabajarlas. En cada una de las sesiones se trabajaron distintas actividades y dinámicas a través de distintos

ejercicios (Anexo 5). Para cada sesión primero se planeaba, se desarrollaban las dinámicas, se analizaba lo sucedido y se replanteaba lo que se vería en el siguiente encuentro. Asimismo al terminar cada sesión se elaboraba una crónica descriptiva de lo ocurrido en cada encuentro, esto permitió analizar la dinámica grupal con los vectores del cono invertido.

### *Temáticas*

Las temáticas que se revisaron fueron memoria a corto, mediano y largo plazo, atención, actividades mentales, motricidad fina y gruesa, emociones, autoestima, autoconcepto, gimnasia cerebral, planeación de actividades, ansiedades y obstáculos, construcción de soluciones y proyecto de vida. Los ejercicios utilizados se diseñaron de menor a mayor grado de dificultad para no generar ninguna dificultad a los asistentes.

### **3. Cierre o conclusión del proceso**

Se lleva a cabo en las últimas cuatro sesiones del taller, en este momento se analizó y reflexionó y evaluaron los logros obtenidos con respecto a la tarea grupal e individual, planteándose como las principales preguntas a resolver: ¿cuáles son los obstáculos que se presentaron y cómo se han avanzado?, ¿cómo han vivido el proceso? y ¿qué tanto han transformado su vida los aprendizajes alcanzados?

Asimismo en esta última fase hizo la evaluación final con la batería de pruebas aplicadas, con la finalidad de hacer una comparación con la pre-evaluación y ver si hubo un incremento o mantenimiento de las habilidades mentales. Con los test ya evaluados se proporcionó una retroalimentación a cada uno de los participantes de sus resultados obtenidos de la pre y post evaluación, de igual forma se dieron algunas sugerencias para que siguieran trabajando por su cuenta y así continuar estimulando sus habilidades. En la última sesión del taller se organizó una exposición con todos los trabajos que realizaron los participantes, asistieron las autoridades y médicos de la clínica. Finalmente se otorgaron diplomas como reconocimiento del esfuerzo y compromiso que tuvieron con ellos mismos a lo largo del taller.

### *Construcción de categorías*

Las categorías para llevar a cabo el análisis de los resultados se dividieron en dos, estado emocional y neuropsicología, asimismo cada una de ellas cuenta con las siguientes subcategorías:

#### **1. Estado emocional**

a) Autoconcepto: es el aprecio o valor que cada uno de los individuos se da así mismo y a su vida, este puede ser negativo o positivo.

b) Depresión: Es una alteración afectiva, caracterizada por una tristeza, pérdida de interés y baja autoestima, la cual afecta a nivel físico, psicológico y social.

#### **2. Neuropsicología**

Es una ciencia que se encarga del estudio de cómo las funciones neuronales repercuten en los procesos psicológicos de las personas.

a) Memoria: es un proceso que abarca la manera en como la información del mundo exterior se percibe, se mantiene y como se recupera.

b) Atención: es la capacidad para concentrar el pensamiento en un hecho específico de muchos otros que ocurren alrededor.

c) Aprendizaje: el cambio relativamente permanente en la conducta de una persona, la cual actúa con base en experiencia previa en determinada actividad.

## VIII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en forma cuantitativa y cualitativa en función de las unidades de análisis, neuropsicología y estado emocional.

### A. Cuantitativos

La evaluación cuantitativa fue a través de tres pruebas, el Inventario de Depresión Beck, el Test Gestáltico Visomotor de Bender y el Test del Reloj, los resultados son los siguientes:

#### ➤ Nivel de depresión

Como se puede apreciar en la Tabla 7, nueve de los diecinueve pacientes en el pretest se ubicaron en la categoría sin depresión que comprende de 0-9 puntos, en ella se observa que los pacientes que disminuyeron más puntos fueron el 3 y el 1 con nueve y seis. Llama la atención que tanto el paciente 11 como el 19 aumentaron dos y cinco puntos, asimismo se puede observar que tanto el paciente 6 y 16 se mantuvieron.

**Tabla 7**  
*Comparación de los resultados obtenidos en la categoría "Sin depresión"*

<b>Sin Depresión</b>			
<b>Paciente</b>	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>	<b>Puntaje</b>
1	7	1	Bajó 6 puntos
2	3	1	Bajó 2 puntos
3	9	0	Bajó 9 puntos
6	1	1	Mantuvo
11	6	8	Subió 2 puntos
12	2	1	Bajó 1 punto
14	3	1	Bajó 2 puntos
16	4	4	Mantuvo
19	0	5	Subió 5 puntos

Por otro lado en la Tabla 8 se presentan los datos referentes a la depresión leve, dos pacientes bajaron de 3 a 7 puntos.

**Tabla 8**

*Comparación de los resultados obtenidos en la categoría “depresión leve”*

<b>Depresión Leve</b>			
<b>Paciente</b>	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>	<b>Puntaje</b>
7	20	17	Bajó 3 puntos
10	11	12	Subió 1 punto
15	23	16	Bajó 7 puntos

En relación a los pacientes que obtuvieron depresión moderada que comprende de 19-29 puntos, se observa que los tres, tuvieron un incremento que osciló entre 1 a 23 puntos, véase Tabla 9.

**Tabla 9**

*Comparación de los resultados obtenidos en la categoría “depresión moderada”*

<b>Depresión Moderada</b>			
<b>Paciente</b>	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>	<b>Puntaje</b>
9	13	21	Subió 8 puntos
13	0	23	Subió 23 puntos
18	25	26	Subió 1 punto

### ➤ **Neuropsicología**

Es importante mencionar que a pesar de que algunos de los participantes no tienen las evaluaciones completas, ya sea del pretest o postest, puesto que tuvieron dificultades para presentarse los días de aplicación de las evaluaciones. Sin embargo, estuvieron presentes en 22 de las 25 sesiones impartidas del taller, por lo cual es de suma relevancia mencionarse en las figuras sus puntuaciones. Asimismo las puntuaciones de dichos participantes se encuentran dentro de la norma y en pruebas como el reloj tuvieron calificaciones destacadas como 10 y 9.

En el caso del Test Gestáltico Visomotor, arrojó los resultados resumidos en la Figura 2. Como se puede observar, todos los participantes tuvieron una disminución significativa de 27.4%. Los participantes 2, 4, 7, 9 y 14 de estar en la categoría “necesita atención psiquiátrica” pasaron a la categoría “dudosos”, el 3 y 8 de estar en “necesita atención psiquiátrica” al término de la intervención quedaron a la norma de “límite entre paciente- no paciente”, el 6 y 16 de estar en “límite entre paciente-no paciente” finalizaron en la categoría “dudoso”, el 10 de ser dudoso pasó a no necesitar atención psiquiátrica, mientras que los participantes 11, 12 y 13 permanecieron en la norma de “necesita atención psiquiátrica”, sin embargo cabe resaltar que tuvieron una mejoría significativa del 13%, 10% y 5.7% correspondientemente. El promedio del pre-test fue de 112.1 puntos y al finalizar el taller tuvieron 69.9 puntos en el pos-test. De manera general las puntuaciones de los participantes tuvieron una disminución de 42.2 puntos, es decir, un 22.2%. En general se observó que los trazos en la aplicación del post-test, fueron mucho más precisos, las figuras más simétricas, sin repasos y libre de distorsiones. Lo que permite afirmar que las actividades que se llevaron a cabo en el taller favorecieron la estimulación en los participantes de la tercera edad.

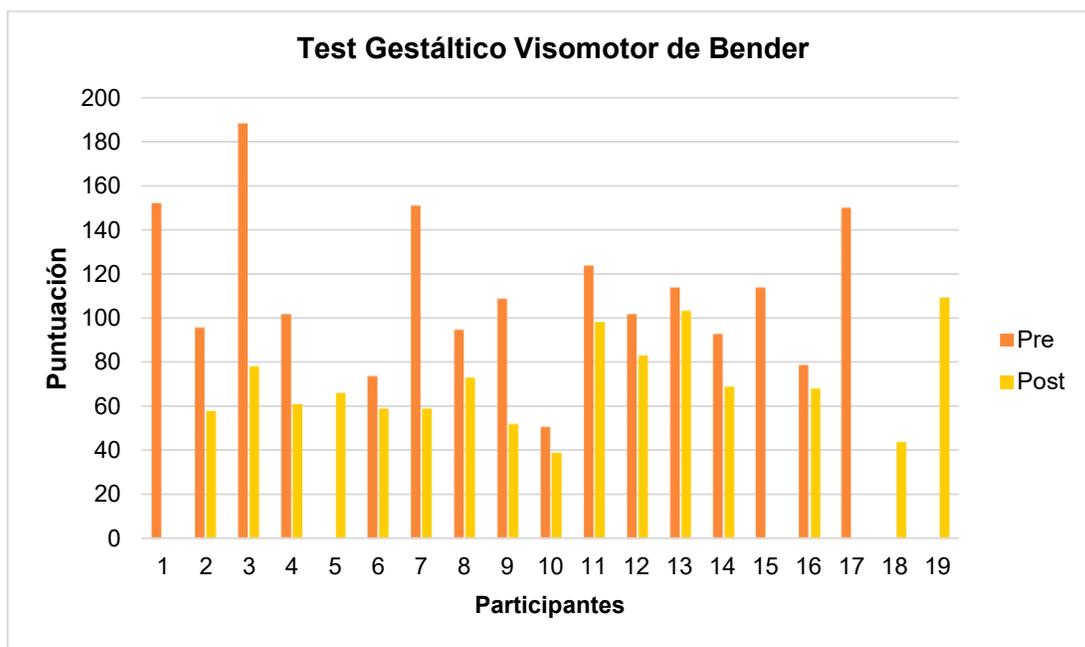


Figura 2. Comparación de puntuación totales obtenidas en el pre-test y pos-test del Test Gestáltico Visomotor de Bender.

### ➤ Test del Dibujo del Reloj

Se observa en la Figura 3, que 5 de los participantes obtuvieron el puntaje más alto de los 10 puntos tanto en el pre y post-test, 6 de ellos mejoraron en el post-test de 1 a 3 puntos, mientras que sólo el participante 14 mantuvo su puntuación de 9 en las dos evaluaciones. Asimismo el promedio de las evaluaciones del pre-test fue 8.7 y del post-test 9.7, lo que indica que aumentó un punto, es decir, un 10%.

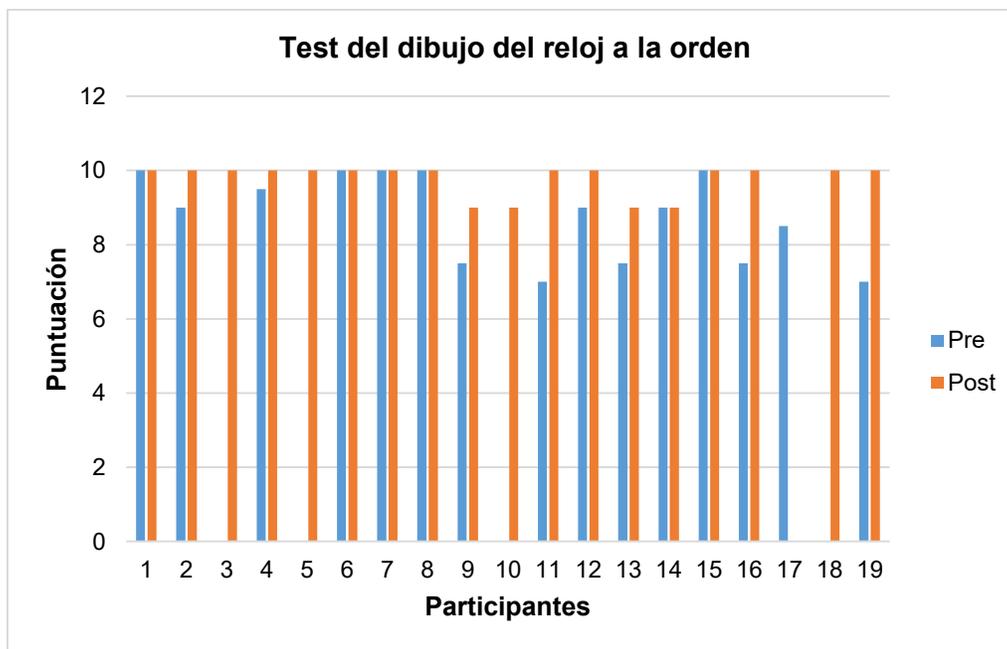


Figura 3. Comparación del pre y post del Test del dibujo del reloj a la orden.

Como se puede observar en la Figura 4 la mayoría de los participantes tuvieron una mejoría de uno a dos puntos en el post-test. El participante 2 se mantuvo estable con un puntaje de 10 en el pre-test y post-test. Únicamente los participantes 11 y 19 disminuyeron medio punto y dos puntos al final del taller. Indicando que el promedio de las evaluaciones del pre-test fue de 7.8 y del post-test 8.8, dando como resultado un ascenso de un punto, lo que corresponde al 10%.

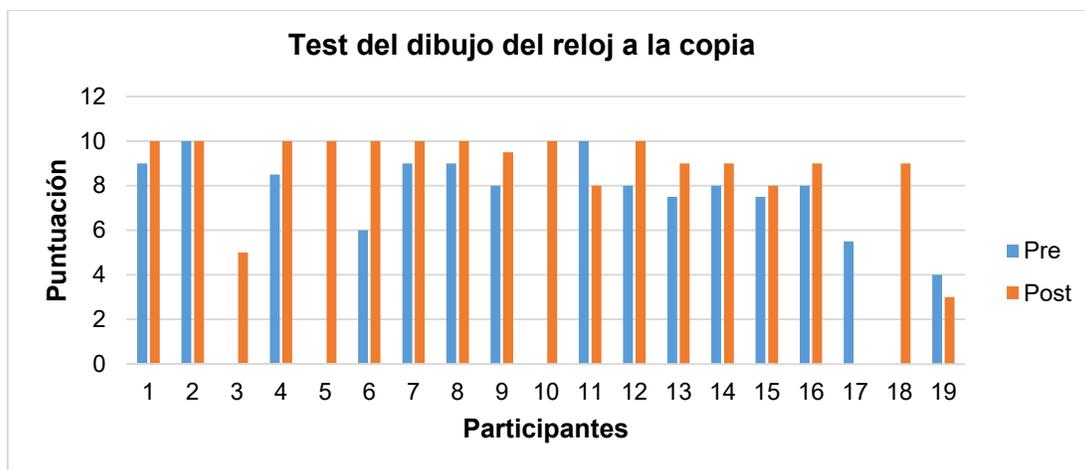


Figura 4. Comparación del pre y post del Test del dibujo del reloj a la copia.

Ahora bien en la Figura 5 observamos la sumatoria de las dos aplicaciones, tanto del dibujo del reloj en copia y a la orden, siendo la puntuación más alta de 20, con ello podemos ver que las puntuaciones de todos los participantes mejoraron en el postest, ya que aumentaron de uno a cuatro puntos en las evaluaciones finales. El promedio de calificaciones en el pre-test fue de 13.13 y 17.65 en el post-test, lo que da como resultado un mejoramiento de 4.52 puntos, es decir, aumentó un 22.63%. De modo que las puntuaciones altas demuestran que los asistentes al taller tuvieron un avance significativo en cuanto al desempeño, ya que se observó que recordaban con mayor precisión la figura de un reloj y tuvieron menos errores en cuanto a la posición de las manecillas, de los números y de la esfera del reloj.

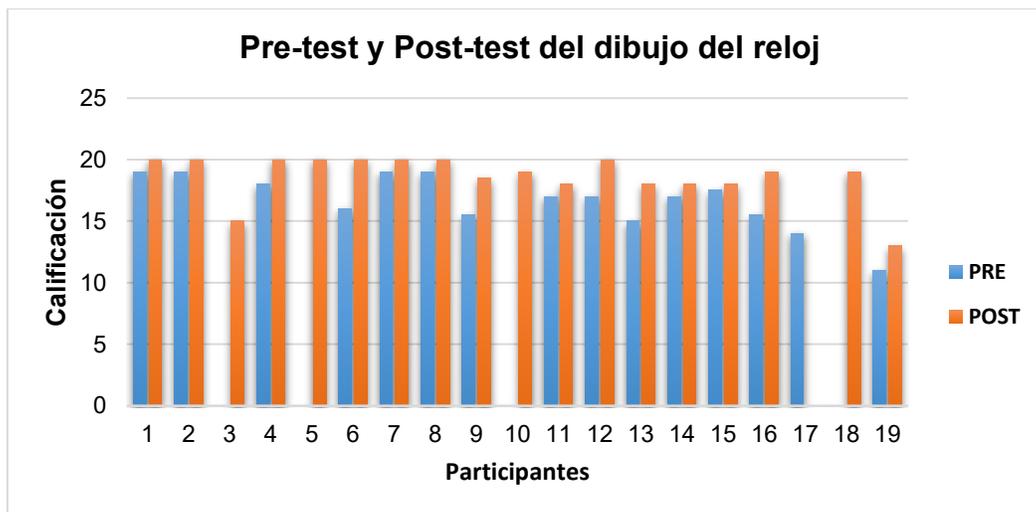


Figura 5. Comparación de calificación del pre-test y post-test.

## B. Cualitativos (Proceso grupal)

Por otro lado, como el método elegido para esta investigación se basó en el procedimiento investigación-acción, se analizaron los cambios que hubo a nivel grupal cualitativamente a través de los vectores de Pichón Riviere, resultando lo siguiente (Véase Tabla 10).

**Tabla 10**

*Diferencias a nivel grupal de acuerdo al cono invertido en el taller "Estimulación para los procesos de pensamiento".*

Vectores	Inicio	Final
<p><b>Afiliación: Primer momento del proceso grupal, aquí se da el reconocimiento de los otros.</b></p>	<p>El taller se llevó a cabo en dos partes y algunos de los participantes ya se conocían de la primera parte del taller, sin embargo, a lo largo de las dos partes del taller se fueron integrando otros participantes.</p> <p>La afiliación se llevo a cabo en dos momentos, primero al inicio del taller y posteriormente al comienzo de la segunda parte, sin embargo a lo largo del taller se fueron integrando diversas personas.</p>	
<p><b>Tele: disposición o no de trabajar con otro miembro dentro del grupo (positivo o negativo).</b></p>	<p>Desde el inicio hubo una disposición a trabajar y a cumplir la tarea entre todos aunque no se conocieran.</p>	<p>El tele fue positivo y aumentó, puesto que aun cuando eran unidos con otras personas diferentes a sus amigos no había conflicto y se trabajaba con buena disposición.</p>
<p><b>Pertenencia: revela qué tanto los participantes se sienten parte del grupo.</b></p>	<p>En un inicio los integrantes no se conocían pero tenían la actitud de formar parte del grupo.</p>	<p>A lo largo todas las sesiones se fueron uniendo nuevos participantes, el grupo siempre los hacía sentirse parte de éste, ya que se comunicaban las tareas o las actividades realizadas con anterioridad en el taller. La unión de dicho grupo se mantuvo hasta el final y se hizo aún más estrecha, puesto que se generalizó a</p>

		otros ambientes, fuera del dispositivo grupal.
<b>Pertinencia: cuando el grupo se centra en la tarea prescrita y en el establecimiento de ésta.</b>	Al principio existía una necesidad de cada uno de ellos, por contar su historia y la problemática que les acontecía sin importarles que se lograra la tarea.	En relación con las actividades y técnicas empleadas, fueron pertinentes para la estimulación mental. De igual forma, cada uno de ellos y de manera grupal mostraron disposición para la realización de éstas.
<b>Comunicación: posibilidad de que el mensaje que se emite sea recibido por el escucha gracias a que se tienen elementos comunes que permiten su entendimiento.</b>	Inicialmente todos los participantes querían hablar y no respetaban los turnos conversacionales de otros.	Se vislumbró un cambio, pues ya levantaban la mano para poder establecer turnos, escuchar, participar o proponer alguna solución a sus compañeros, sin embargo, algunas veces tenían turnos conversacionales muy largos evitando la participación de los demás integrantes.
<b>Cooperación (complementaria): contribución al trabajo en torno a la tarea grupal.</b>	Al inicio del taller no existía una cooperación para la realización de la tarea, ya que cada uno ingreso al taller con una visión individualista.	Existió cooperación entre ellos, de modo que cuando a alguien se le dificultaba alguna tarea, los otros acudían a él para poder ayudarlo y entre todos resolver la problemática.
<b>Competencia (suplementaria): deseo de vencer los obstáculos, se compite con la tarea no con el grupo.</b>	En un inicio la competencia empezó siendo entre los individuos del grupo, así como con ellos mismos.	Posteriormente se competía para poder llegar a la realización de la tarea. Por lo cual al llevar a cabo el museo, vieron todos los trabajos que podían realizar incluso con la edad que tenían, se sintieron orgullosos de su trabajo y reconocidos por las autoridades de la clínica.
<b>Ansiedades básicas: en exceso paraliza la tarea.</b> <b>1. Pérdida: abandono del vínculo anterior.</b> <b>2. Ataque: por el vínculo</b>	En un inicio existía mucha incertidumbre respecto a ser una persona de la tercera edad, sus temores eran: pérdida de muchas funciones orgánicas e intelectuales,	Conforme el taller avanzó las ansiedades disminuyeron y los participantes fueron más activos en cuanto a buscar sus propias formas de estimular su pensamiento, su

<b>nuevo y la seguridad.</b>	olvido de acontecimientos, así como autonombrarse como incapaces.	concepto de vejez cambió drásticamente, se describían como personas competentes.
<b>Aprendizaje: proceso dialéctico que se da a través de la interacción grupal, se logra la aportación del conocimiento como instrumento para indagar y actuar sobre la realidad. Lo importante es disponer de instrumentos para solucionar los problemas que se presentan.</b>	Se pudo observar que al inicio se sentían con muchas deficiencias e inseguridades de sí mismos que les impedía seguir aprendiendo.	El grupo logró darse cuenta que eran capaces de desarrollar las habilidades para poder aprender lo que ellos quisieran.
<b>Obstáculos: todas aquellas circunstancias que fueron desfavorables para el logro de la tarea.</b>	Los obstáculos físicos, es decir respecto de la utilización del aula.  Los obstáculos emocionales, ya que en un inicio no se sentían incapaces de realizar ninguna actividad por su edad. Asimismo la necesidad de tener un reconocimiento social y un espacio de escucha.	El mismo obstáculo físico se presentó a lo largo de las sesiones. Sin embargo se buscó otros espacios para trabajar.  En cuanto a los emocionales, al finalizar el taller cambiaron la forma de percibirse a sí mismos como personas útiles y capaces dentro de la sociedad.
<b>Roles: Portavoz: depositario de las tensiones y conflictos grupales.</b>	En el trascurso del taller existió un portavoz que fue "T" quien, siempre expresaba las dudas respecto de algún tipo de instrucción, adicionalmente su participación constante, ocasionaba que los demás participantes no hablarán, así como molestia en algunos de ellos, incluso le pedían que guardara silencio.	Dicho portavoz se mantuvo hasta el final de las sesiones.
<b>Líder: depositario de los aspectos positivos del grupo.</b>	El líder del grupo generalmente fue "R" quien constantemente proponía actividades o soluciones para	El líder fue un rol tomado por varios participantes, como "R", "H" y "E", por lo cual había mayor participación y se apoyaban mutuamente para
<b>Saboteador: es aquel que provoca interferencias, en cuanto a la realización de</b>		

<b>la tarea.</b>	situaciones problemáticas dentro del grupo.  Es importante mencionar que él mismo personaje “T” fue también saboteador, ya que algunas actividades no querían realizarlas y se mostraba intolerante cuando alguien más proponía una solución.	guiar al grupo.  Al finalizar la intervención “T” siguió ocupando el rol de saboteador, ya que no cumplía con las tareas, se salía antes de terminar el taller. Incluso el día de construir el museo, no quiso prestar sus trabajos, para que fueran mostrados.
------------------	---	---

## IX. DISCUSIÓN

La palabra “globalización” es muy común en la sociedad, sin embargo es poco el conocimiento que se tiene sobre su historia, lo que implica y las consecuencias que tiene no sólo en el ámbito económico, sino en el social, pues la forma de percibir la vida cambió, ahora son nuevas las costumbres, las relaciones, los hábitos, etcétera (Pérez, 2009). La idea del envejecimiento es un proceso social, cultural y económico generalmente se ve de manera aislada a la globalización al momento de analizar alguna problemática, no obstante debería ser considerada por los investigadores como un elemento vital de las condiciones de vida que estamos atravesando.

Pues la población de la tercera edad tiene repercusiones sobre varias dimensiones que afectan el funcionamiento de la sociedad y el bienestar relativo, no sólo de ésta población sino también de las generaciones más jóvenes (Bastidas-Tello, 2004; Dabat, 2002; Padua, 1999; Roblas, 2012). En este sentido estamos de acuerdo con la propuesta anterior, ya que en el discurso de los adultos mayores mencionaban que se sentían aislados y con poca contribución en la sociedad, asimismo se vio una diferencia en cuanto al género de los participantes, puesto que los varones decían que al momento de jubilarse perdieron todas las funciones que desempeñaban, ahora se encontraban sin actividades que hacer y desvalorizados.

La globalización ha traído consigo cambios a nivel económico, político, social y personal, por ejemplo se cambió la manera de concebir a los seres humanos, o el rol que cada uno de ellos tiene, en el caso del adulto mayor, perdió la figura de autoridad y respeto, según nos menciona Pérez (2009). Lo cual tiene repercusiones en la manera en la que se percibe el anciano, ya que en la presente intervención en un primer momento los adultos mayores expresaron que era nula la participación que ellos tenían en sus familias y que se consideraban un estorbo para estas, sin embargo dicha concepción se transformó, al concluir ellos se asumían como piezas fundamentales dentro de su entorno, así como personas con muchos conocimientos y sabias.

Siguiendo en esta línea Pérez (2009) comenta que la globalización alecciona cómo debe ser la forma de vida, por ejemplo la de los ancianos, ya que se dice que todo lo viejo es desechable, transitorio y la sociedad dicta que al término de la vida laboral se acaba la existencia, ellos inconscientemente lo asumen, el conflicto está en que si esto continúa así se vislumbrarán mayores índices depresión, suicidio, enfermedades y deterioro cognitivo. Lo cual concuerda con lo mencionado por los ancianos al inicio del taller, puesto que ellos mencionaban sentirse deprimidos, con falta de proyectos y sin ganas de seguir viviendo, sin embargo a lo largo de las sesiones dicha percepción cambio, ya que se asumían como personas valiosas, motivadas y con muchos proyectos por realizar.

Ahora bien, en las instituciones de salud se han realizado múltiples programas dedicados al adulto mayor (García, 2006) donde se llevan a cabo actividades encaminadas a estimular tanto el área motora (finas, gruesas) y de socialización que si bien son importantes también son insuficientes porque no se consideran los obstáculos epistemofílicos que se presentan en este periodo y que son la raíz del problema. Por tanto fue fundamental la manera en la que se transfiguró la dinámica grupal del inicio al final, pues de tener una comunicación deficiente donde no se compartían los miedos y ansiedades que les iba generando el proceso, al final expresaban sus sentimientos, las inconformidades, las alegrías y los proyectos. Se desarrollaron entre los participantes ideas, estrategias y planes para contribuir con los avances que tenían a nivel cognitivo y sobretodo emocional. Dando como efecto una disminución en los niveles de depresión, cambio el autoconcepto negativo que tenían y de lo que implica el envejecimiento; y finalmente como resultado ahora los participantes consideran su sabiduría y experiencia aspectos fundamentales con los que cuentan.

Es necesario considerar a los adultos mayores dentro de este nuevo mundo tecnológico y de consumo, para no dejarlos aislados como se ha hecho desde tiempo atrás (Bastidas-Tello, 2004; García y Pulgar, 2010; Padua, 1999). Es tarea de cada persona contribuir con nuevos proyectos que tengan una perspectiva biopsicosocial que considere cada aspecto al momento de hacer una

investigación. Ejemplo de esto es el presente trabajo donde al inició del taller los participantes se describían con etiquetas negativas como: improductivos, deteriorados, con problemas de memoria, con padecimientos como la depresión, tristeza, ansiedad, entre otras. Todo lo anterior como consecuencia de la globalización, sin embargo con el paso de las sesiones su manera de percibirse, describirse y considerarse cambio notablemente, pues a pesar de la edad se concebían personas capaces de realizar infinidad de actividades y que aún podían seguir aprendiendo y desarrollando actividades; algunas palabras que usaron al final para describirse fueron: sabios, capaces de aprender, alegres, divertidos y con ganas vivir y seguir mejorando.

Con respecto al autoconcepto Triadó y Vilar (2006) lo definen como el aprecio o valor que cada uno de los individuos tiene de sí mismo, sin embargo en la vejez es común que se presenten deficiencias en tres aspectos: psicológico, físico y social, por lo cual es difícil que se adapten a su condición actual. Todo lo anterior concuerda con lo que se encontró al inicio del taller, ya que los participantes empezaron describiéndose como personas que no sirven para nada, que su cuerpo ya no les permite realizar casi ninguna actividad, que no pueden aprender y que su vida se había acabado. Sin embargo al finalizar el taller la forma de percibirse cambio totalmente puesto que ahora, ellos se consideran capaces de seguir aprendiendo, así como de realizar diversas actividades, pues a lo largo de la estancia en el taller lograron construir un proyecto de vida y muchos de ellos tienen planes y metas a futuro, lo cual según Fernández-Ballesteros (2004) favorece a que en la ancianidad se tenga un buen autoconcepto.

En cuanto a la depresión se puede decir que es uno de los padecimientos más comunes que suelen sufrir los ancianos, de acuerdo con Covarrubias y Cereijido (1999) dicho padecimiento se experimenta en los adultos mayores, por que poco a poco las capacidades que antes poseían las van perdiendo. En concordancia con esto en un primer momento, los participantes tuvieron mayores índices de depresión, sin embargo se encontró que la mayoría de ellos decrementaron sus puntajes de depresión, ya que el 60% de ellos se encontraron en la categoría de

“sin depresión” al finalizar la intervención, lo cual indica que el trabajo constante y el darse cuenta de que son capaces de realizar muchas actividades, les permite modificar el estado de ánimo. Asimismo creemos que factores como el salir de la rutina, la creación de redes de apoyo, tener un espacio de escucha y poder expresar sus ansiedades, favoreció para modificar los niveles de depresión en el que se encontraban. Aunque algunos autores (Covarrubias y Cerejido, 1999) afirman que en la vejez es más común que los niveles de depresión sean altos, de acuerdo con nuestra intervención nos percatamos que se pueden disminuir y tener un cambio en su forma de ver y percibir la vejez.

Por otro lado es importante considerar la neuropsicología al momento de hacer una investigación sobre el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores, ya que ésta se encarga del estudio de cómo los procesos neuronales repercuten en los procesos psicológicos, gracias a dicha rama se han realizado diversas investigaciones que permiten saber que las zonas del cerebro más afectadas en la vejez son los lóbulos frontales, la corteza prefrontal, el hipocampo y el cuerpo calloso (Martínez, 2012; Park y Schwarz, 2002), lo cual es de suma importancia, ya que de tener esta información se puede favorecer a futuras generaciones para trabajar dichas áreas y evitar el deterioro.

Ahora bien se dice que la memoria es una de las funciones que más se deteriora en la vejez, puesto que diversos estudios (Park y Schwartz, 2002; Triadó y Villar, 2006) mencionan que las zonas del cerebro encargadas de esta función suelen tener mayor desgaste al llegar a esta etapa. En contraste con lo mencionado anteriormente, en nuestro estudio encontramos que generalmente los olvidos frecuentes y la falla de memoria en la ancianidad son utilizadas como mecanismos de defensa y llamados de atención para sus familiares, como manera de confirmar que el concepto de vejez es igual a deterioro. Puesto que en nuestra intervención observamos que al trabajar el estado emocional, es decir los miedos y las ansiedades que produce la vejez, se logró que todos los participantes tuvieran una mejoría en sus puntajes en el Test Gestáltico Visomotor que evalúa el daño orgánico. Lo cual da pauta para afirmar que si en ellos existiera un daño orgánico

sería irreversible e intratable, sin embargo no fue de esta manera, ya que el 60% de ellos disminuyó su puntuación y de estar en la categoría “necesita atención psiquiátrica” pasaron a “dudosos”.

Por otro lado es importante mencionar que mucho se ha realizado para comprobar declives de la memoria en la vejez (Ardila y Rosselli, 2007; Luque y González, 2012; Olave y Ubilla, 2011), sin embargo y en contra de muchas posturas encontramos que entre más edad, es mayor la sabiduría con la que cuenta la persona para poder resolver dilemas que se encuentran en la vida cotidiana, ya que muchos de los participantes siempre supieron resolver dificultades que se presentaban en la dinámica grupal, ya que ellos mismos mencionaban que problemas similares habían vivido con anterioridad y contaban con la experiencia para solucionarlos. De esta manera, podemos afirmar que el conocimiento y la sabiduría en lo adultos mayores van en aumento.

Al hablar de la memoria es indispensable tocar el tema de la atención ya que sin una no puede existir la otra, ahora bien la atención es un proceso mental por el cual las personas evitan distracciones para poder concentrarse en una actividad concreta, según nos menciona Mesulam (1983; citado en Jódar, 1994; Villa, 2013) y es otro de los procesos que se deterioran más con el avance de la edad, sin embargo en nuestra investigación encontramos que sí bien al inicio hubo dificultad en los adultos mayores para la realización de varias de las estrategias que empleamos en las cuales se pone en juego la atención, como sudokus, sopas de letras, crucigramas, ejercicios de motricidad fina, entre otros, pudimos observar que la práctica y la estimulación propiciaron que al concluir cada uno de ellos mejoraron en la ejecución de las diversas actividades.

Asimismo nos percatamos que en el desarrollo del taller, todos los participantes realizaban trabajos muy detallados, se concentraban por completo en los ejercicios, hallamos que sus períodos de atención eran durante toda la sesión, veían cada ejercicio como un reto y algo nuevo por aprender. Con base en esto diferimos con Warner y Willis, (2003) quienes comentan que los adultos mayores tienen dificultad para la atención, almacenamiento, codificación de nueva información.

Ahora bien si la atención es una función cognoscitiva vital para todas las tareas que desempeñan las personas, es imposible que no estén presentes aspectos como la ansiedad, la inseguridad o momentos de tensión que pueden impedir que los adultos mayores pongan el suficiente cuidado en algunas cosas, por lo cual no es suficiente trabajar los aspectos puntuales para la estimulación, sino también el estado emocional que acompaña al anciano, como es el caso de la presente investigación. Por lo cual se puede decir que la intervención fue efectiva, ya que además de que los adultos mayores pudieron desempeñar con mayor facilidad actividades como sudokus, sopas de letras, entre otras, también las ansiedades básicas (miedo al ataque y miedo a la pérdida) disminuyeron, de acuerdo a los vectores del cono invertido de Pichón Riviere, así los participantes fueron más activos en cuanto a buscar sus propias formas de estimular su pensamiento, su concepto de vejez cambió drásticamente, y utilizaban adjetivos positivos para describirse, como por ejemplo que eran personas competentes, útiles, sabias y que contaban con experiencia.

En la tercera edad se ha desarrollado la creencia que es imposible que lleven a cabo el procesamiento de información para dar pauta al aprendizaje, con lo cual diferimos, sin embargo la investigación de Warner y Willis (2003) encontró que las personas adultas mayores tienen dificultad para la codificación de nueva información que es la base del aprendizaje, también para el almacenamiento de nueva información y de recuperación de ésta. Sin embargo no estamos de acuerdo con lo expuesto por los autores, ya que a lo largo de esta intervención nos percatamos que es posible la adquisición de nuevos conocimientos en la tercera edad, ya que el grupo logró darse cuenta que eran capaces de desarrollar las habilidades para poder aprender lo que ellos quisieran, de acuerdo al análisis del cono invertido al final del taller.

Son diversas las investigaciones sobre la estimulación cognitiva, entrenamiento de habilidades atencionales y psicoestimulación en la vejez (Luque y González, 2012; Sánchez, 2011; Puig, 2001) sin embargo se ha evidenciado que si bien son importantes y fundamentales para la ancianidad, también son insuficientes. Por lo

que habría que desarrollar otro tipo de estrategias para trabajar con el adulto mayor de manera más integral, como en nuestra intervención, a diferencia de todas las demás pudimos vislumbrar el significado de vejez que tenían los participantes, que en un principio, era concebida como una etapa para descansar, sin proyectos, ni ganas de seguir viviendo, posteriormente cada uno de ellos tuvo el interés de conocer cosas nuevas, realizar diversas actividades y plantearse proyectos a corto, mediano y largo plazo.

Por lo cual podemos decir que la importancia de este trabajo es exponencial puesto que no únicamente se trataron temas biológicos, sino que también se promovieron los aspectos sociales y psicológicos, fomentando las habilidades sociales de los adultos mayores, las habilidades ejecutivas a través de ejercicios que tenían la finalidad de estimular los procesos del pensamiento, asimismo al final de cada sesión se hacía participe a cada uno de ellos en expresar a los demás lo que se llevaban del encuentro y como les servía lo trabajado ese día en su vida diaria. De igual forma al dejarles algunos ejercicios de tareas, como escribir las actividades que realizaron el día anterior, escribir un poema, realizar trabajos de pintura era una manera de establecer constancia, compromiso, también de ejercitar y crear un hábito de realizar cosas fuera de las establecidas en su rutina.

En la literatura son escasos los trabajos que emplean dicha metodología, por ejemplo en la investigación de Flores, García y Sánchez (2008) obtuvieron en la prueba del Test Gestáltico Visomotor una disminución de 18.2 puntos y en el Test de Reloj un aumento de 1.8 puntos en el desempeño. En nuestro trabajo obtuvimos resultados semejantes en la prueba del Test Gestáltico Visomotor disminuyó 42.2 puntos y con respecto al Test del Reloj se tuvo un incremento de 4.52 puntos, dichos resultados evidencian que nuestros participantes lograron resultados superiores en la pruebas. Por otra parte en la intervención de Flores et al. (2008) solamente se tuvieron 24 horas de trabajo total y se obtuvieron resultado óptimos, mientras que nuestro estudio tras tener el doble de sesiones el progreso fue significativo, aspecto que se debe resaltar ya que, si se alargará el proceso de

trabajo en lugar de tener sólo un día a la semana, se favorecía la estimulación de los procesos del pensamiento, asimismo se tendría una intervención más profunda que contribuiría a disminuir los estados de depresión y angustia por los que atraviesan los ancianos, como fue el caso de la presente investigación.

También el estudio de Soares y Ferreira (2007) demuestra que emplear la metodología propuesta por Pichón Riviere, es una gran estrategia para construir espacios terapéuticos para el debate, donde se trabajan temores y visiones que se tienen sobre problemáticas de la salud. Aspectos que confirmamos en nuestro trabajo ya que, en cada sesión al momento de hacer plenaria con las preguntas ejes se debatían distintos puntos de vista en torno a la vejez, salían a la luz temores y miedos a los que se enfrentaban los participantes cada día, tras conversar esto entre los participantes permitió la construcción de un espacio donde se reevaluaban y analizaban problemáticas, lo cual ayudó a la resolución de conflictos, permitió el crecimiento personal en cada uno de los participantes, pues algunos de ellos se replantearon la manera en que estaban viviendo y tomaron postura para mejorar.

Asimismo el analizar la dinámica grupal con los vectores del cono invertido como en los trabajos de Flores et al. (2008) y Soares y Ferreira (2007) permitió ir reevaluando y adecuando las sesiones en función de las demandas del grupo, construyendo un espacio de escucha y discusión, donde los participantes identificaron los obstáculos a nivel individual y grupal que se presentan en la transición de la vida madura a la vejez, notando que no son los únicos que atraviesan por los mismos conflictos, aspecto que favorece el trabajo de contenidos subjetivos que muy pocas veces se consideran en las intervenciones tradicionales, por lo que coincidimos con lo encontrado por dichos estudios puesto que en la presente investigación la evaluación del cono invertido fue determinante para analizar la dinámica grupal y percatarnos la transformación que se vivió en ésta.

Por todo lo anterior es fundamental redefinir lo que implica la vejez o el ser de la población de la tercera edad, dejar todos los estereotipos dominantes sobre el

proceso de envejecer, como bien señaló Pérez (2014) esta imagen negativa afecta la autopercepción que tienen los adultos mayores de sí mismos y además puede influir en los profesionales que los atienden. Asimismo se necesitan espacios de análisis y reflexión como el que se llevó a cabo, que ayuden a solucionar los conflictos y obstáculos por los que atraviesan al llegar a la vejez, para que además de la construcción del proyecto de vida, se motiven los participantes en seguir trabajando por sí solos para continuar mejorando su calidad de vida.

## X. CONCLUSIONES

Desarrollar estrategias para la estimulación cognitiva con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a través de la creación de un espacio grupal fue el propósito central de este trabajo. De acuerdo a lo analizado es posible concluir que se cumplió el objetivo ya que los participantes lograron elaborar sus miedos y ansiedades para poner en práctica diversas técnicas para la estimulación cognitiva, debido al proceso grupal del cual formaron parte. Se observó un avance significativo en las categorías propuestas de neuropsicología y estado emocional, asimismo tras el análisis de los vectores del cono invertido de Pichón Riviere se percibió una diferencia en cómo inició y en la forma que terminó la dinámica grupal y cada uno de los adultos.

Resulta indispensable realizar intervenciones con una visión integral de lo que implica el tratar con personas mayores, pues son pocos sitios y profesionales que lo hacen. Emplear una metodología como la que se llevó con los grupos operativos en las instituciones de salud, tendrían varias ventajas como: el mejorar, evitar y reducir sus habilidades cognitivas y sobre todo mejorar su estado emocional. Existe un gran número de personas que demandan y requieren del servicio, ya que la pirámide poblacional es más angosta y el envejecimiento demográfico es una preocupación por distintas instancias. De manera que si en este momento no se toman las medidas adecuadas para actuar, las personas de la tercera edad en un futuro no únicamente aumentarán en número, sino que también en el deterioro cognitivo y esto propiciará que se incremente en un nivel disparado los costos a nivel salud, además de que será irremediable lo que se pueda hacer con dicha población.

Para que la sociedad tenga una actitud positiva hacia el envejecimiento, se debe actuar a nivel individual, entre los equipos de trabajo y organizaciones de salud, que prestan asistencia sanitaria. Se debe poner mayor atención en la población de la tercera edad, el hecho de recibir consulta médica no es suficiente, se requieren

intervenciones donde se trabaje multidisciplinariamente, con ello según García (2006) bajarían los costos y la frecuencia con la que los ancianos recurren a dichas instancias por problemas emocionales representados como padecimientos. Con ello disminuirían en forma radical el número de adultos mayores que asisten al hospital, es un llamado de alerta al sector salud, ya que poco a poco el porcentaje de adultos mayores seguirá aumentando, haciendo insuficientes las instituciones y el personal que los atiende, sobrepasando excesivamente el presupuesto que se tiene para este sector de la población.

Existe una infinidad de literatura que habla acerca de los cambios físicos y del declive en esta etapa, pero poca trata acerca de cómo mejorar la calidad de vida de éstos y cómo poder favorecer su estado emocional. Esta investigación da cuenta que estimular las habilidades cognitivas y trabajar un proyecto de vida es posible, cada uno de los participantes desarrolló estrategias para continuar con las actividades que estimulan sus procesos del pensamiento. Sería importante realizar mayor investigación que emplee dicha metodología propuesta por Pichón Riviere, donde las angustias que vive el anciano sean elaboradas y así se dé pauta para la construcción de un proyecto de vida.

Trabajar con los grupos operativos permite ocuparse de lo primordial, es decir, hacer consciente todas las partes inconscientes y traerlo a nivel explícito, de manera que en esta experiencia a través de la dinámica grupal se logró la construcción de un proyecto de vida y se tuvieron resultados satisfactorios como lo evidencio el análisis de los vectores del cono invertido y los datos de las pruebas. Devolviendo el lugar a los adultos mayores y cambiando la visión que se tiene de ellos beneficiaría la manera en la cual se perciben, de este modo tendrían razones para vivir y no únicamente para sobrevivir como lo hacen.

Asimismo realizando y difundiendo este tipo de trabajos se lograría impactar directamente en la sociedad, de manera que se pueda ver aquellas virtudes que conlleva la vejez, observar y apreciar las capacidades que los adultos mayores poseen, y que a pesar de la edad son capaces de seguir aprendiendo como cualquier otra población, todo esto ayudaría a desmitificar los estereotipos que

giran en torno a ellos. De esta manera cada uno se podría hacer cargo de sí mismo logrando ser más independientes, habría que tomar postura acerca de las transformaciones que se puede hacer desde la psicología, pues no se trata únicamente de trabajar con adultos mayores sino cambiar el concepto que se tiene del anciano. Es labor del psicólogo y de todo aquel profesional que trata con personas que se cambie el punto de vista deficitario, para crear espacios para la atención, tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos.

De modo que habría que preguntarse ¿Qué hace la psicología para favorecer a los ancianos? La respuesta tras toda la revisión bibliográfica realizada durante este trabajo permite que es muy poco lo que el psicólogo ha hecho por las personas de la tercera edad, son incontables las investigaciones para la estimulación del pensamiento, pero pocas los conciben como un ser biopsicosocial que tienen emociones, sueños, proyectos, necesidades, no todo es debe enfocarse en el déficit orgánico.

Como reflexión final sobre la experiencia vivida por el equipo de coordinación, al trabajar con personas de la tercera edad enriquece la experiencia y cambió la perspectiva que se tenía de ellos, no es suficiente leer y tener conocimiento sobre la vejez, es sustancial vivir la experiencia, convivir con ellos, ser partícipe de sus actividades, escuchar sus miedos y angustias y sobre todo generar vínculos profesionales y como seres humanos. Participar en la dinámica grupal con los adultos mayores nos proporcionó incontables experiencias, nos brindaron la sabiduría con la que cuentan y que a las nuevas generaciones les favorecería considerablemente.

Es uno de los campos de inserción para la psicología social, pues existe mucho que hacer con los adultos mayores que demandan un tratamiento integral. Los psicólogos tenemos mucho trabajo por desarrollar y la creatividad que pongamos en esto ayudará a que se escuchen y trabajen las demandas de esta población.

## XI. REFERENCIAS

- Adamson, G. (Mayo, 2000). *Psicología Social y Globalización. El papel de la psicología social en Latinoamérica en los albores del tercer milenio*. Trabajo presentado en Conferencia abierta de la Universidad Luis Amigo, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/global.html>
- Aguila, E., Díaz, C., Manqing, M., Kapteyn, A., y Pierson, A. (2011). *Envejecer en México, condiciones de vida y salud*. AARP, RAND Corporation y Centro Fox.
- Aguayo, C., y Nass, L. (2013). Estereotipos sociales como amenaza a la inserción de adultos mayores. Revisión narrativa. *Journal of Oral Research*, 2(3), 145-152.
- Alegre, S. (2009). El trabajo social en el campo de lo grupal. *Revista de Temas Sociales*, 13(24). Recuperado de <http://www.revistakairos.org>
- American Psychological Association. (2016). En *La tercera edad y la depresión*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Envejecimiento normal y patológico. En *Neuropsicología clínica* (227-253). México: Manual Moderno.
- Arecibia, H. (2010). *Gerontología y nutrición en el adulto mayor*. México: McGraw-Hill.
- Arocena, J. (1997). Globalización, integración y desarrollo local, apuntes para la elaboración de un marco conceptual. *Revista Persona y Sociedad, ILADES*. 1-13.
- Ávila, A., Núñez, P., Domínguez, B., y Munguía, H. (2013). *Programa de trabajo 2013, Módulo gerontológico*. Manuscrito inédito, ISSTE-Balbuena, México.

- Bastidas-Tello, G. (2004). *Globalización y vejez*. Trabajo monográfico para el Curso Virtual Educación para el Envejecimiento. Tiempo el portal de la psicogerontología, Buenos Aires. Recuperado de <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/globalizacion.htm>
- Bauman, Z. (2010). *La globalización. Consecuencias humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigación e intervenciones*. España: MASSON, S.A.
- Borges, A., y Gómez, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40(1), 13-33.
- Calero, D., y Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez. Técnicas de evaluación e intervención*. España: Ediciones Octaedro.
- Castro, R., Erviti, J., y Leyva, R. (2007). Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. *Cuadernos de Saúde Pública*, 27, 41-50.
- Celestino, A. (2009). *Mundialización, creciente interdependencia y globalización en las relaciones internacionales*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de [http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2008/2008\\_4.pdf](http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2008/2008_4.pdf)
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Gobierno Federal Mexicano*. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GP\\_C\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)
- Cobo, J. (s.f.). *Cambios físicos y psíquicos en la vejez*. En Atención sociosanitaria a personas en el domicilio (49-78). Recuperado de <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>

- Colom, J. (1999). Vejez, representación social y roles de género. Universitat de les Illes Balears *Educació i Cultura*, (12), 47-56.
- Coll, A., y Córdoba, J. (Diciembre, 2006). La globalización y el sector servicios en México. *Investigaciones geográficas*, 61, 114-131. Recuperado de <http://herzog.economia.unam.mx/lecturas/inae3/colcord.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2013). En *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Concepción, M., y Salas, M. (2013). Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada. En V. Montes (Ed.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe* (12-56). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Covarrubias, L., y Cereijido, M. (1999). El envejecimiento de las células al organismo. En H. Aewchiga y M. Cereijido (Ed.), *El envejecimiento, sus desafíos y esperanzas* (24-40). México: Siglo XXI.
- Chávez, A. (2011). *Duelo y depresión en el adulto mayor*. México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252012000200009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252012000200009&script=sci_arttext&tlng=en)
- Dabat, A. (2002). Globalización, capitalismo actual y nueva configuración espacial del mundo. En J. Basave (Ed.), *Globalización y alternativas incluyentes para el siglo XXI*. México: Editorial Porrúa. Recuperado de <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/inae5/521>

- Delgado, M. (2004). *Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria en personas mayores* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Limitaciones y posibilidades de la edad. En *Libro blanco sobre envejecimiento activo* (113-148). España: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología del envejecimiento. *Monografías Humanitas*, 22(6), 27-38.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J., y Zamarrón, M. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández, E. (2012). *Psicología del envejecimiento*. Granada: Grupo Editorial Universitario: GEU.
- Flores, M. (2011). El dispositivo grupal: elemento central para generar un proyecto de vida en la tercera edad. En F. Quintanar (Ed.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencia en psicología del envejecimiento* (261-278). México: Editorial Pax.
- Flores, M., y García, J. (1996). *Coordinación de talleres*. México: Colegio de Bachilleres del Estado de Michoacán.
- Flores, M., García, I., y Sánchez, R. (2008). Estimulación a tiempo, una estrategia para incidir en la calidad de vida de la tercera edad. *Psicología y Ciencia Social*, 10(1 y 2), 16-25.
- Garay, S., y Montes de Oca, V. (2006). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas Sociales*, 13(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705692>
- García, I. (2006). *Estimulación tardía como un recurso para propiciar la calidad de vida, en el adulto mayor. Un estudio de caso* (Tesis de licenciatura). Centro Universitario Indoamericano, México.

- García, J., y Pulgar, N. (2010). Globalización: aspectos políticos, económicos y sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(4), 721- 726.
- Gergen, K. (2006). Discurso sobre el déficit y debilitamiento cultural. En *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia* (135-170). España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Giménez, G. (2000). Identidades en globalización. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 7(9), 27-48.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, 220-232.
- Jóbar, M. (1994). Déficit y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (181-202). España: Siglo XXI Editores.
- Ianni, O. (1998). La sociedad civil mundial. En *La sociedad global* (20-33). España: Editoriales Siglo XXI.
- Ianni, O. (1999). Globalización y diversidad. En *La era del globalismo* (11-31). España: Editoriales Siglo XXI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (1 de Octubre de 2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (15 de Octubre de 2015). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). En *Programa anual de trabajo 2015*. Recuperado de [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/PAT%202015\(1\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/PAT%202015(1).pdf)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (13 de Octubre de 2015). *Envejecimiento Saludable*. Recuperado de [http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento\\_saludable.php](http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento_saludable.php)

Klein, E., y Tokman, V. (Diciembre, 2000). La estratificación social bajo tensión en la era de la globalización. *Revista de la Cepal*, 72, 7-30. Recuperado de <http://archivo.cepal.org/pdfs/revistaCepal/Sp/072007030.pdf>

Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacsocrop/20130807020931/ImpactoDelSeguroPopular.pdf>

Loungari, P. (Marzo, 2015). Empleo, empleo, empleo. *Finanzas & Desarrollo*. Recuperado de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2015/03/pdf/overview.pdf>

Luque, L., y Gonzalez, M. (2012). *Eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX, Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Maroto, M. (2005). *La memoria, programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Madrid: Instituto de Salud Pública.

Martínez, L., Moreno, C., y Sánchez, X. (2014). Vejez, ¿un final triste para una historia de vida? Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *Universidad de Boyacá* 1(1), 72-90.

- Martínez, M., Vargas, G., y Mendoza, N. (2004). *Gerontología comunitaria*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, Fondo Mixto CONACyT: Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Martínez, T. (2012). *Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencias dos guías dos miradas*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Mejía, M. (Diciembre, 2002). El ECRO y su concepción de sujeto en Pichón Riviere. *Revista de Psicología Social FUNLAM*, 5. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/719/688>
- Mesa, P. (1994). El suicidio en la vejez. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (299-312). España: Siglo XXI Editores.
- Monchietti, A., Lombardo, E., Sánchez, M., y Krzemien, D. (2010). Funcionamiento cognitivo en la vejez su campo representacional. *Revista de Filosofía y Psicología*, (5)22, 89-110.
- Montes, V. (2013). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno, I. (2005). La globalización y la cultura. En J. Roche y M. Oliver (Eds.), *Cultura y globalización. Entre el conflicto y el diálogo* (65-85). España: Publicaciones Universidad de Alicante.
- Olave, C., y Ubilla, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-176.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). En *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Pablos, C. (s.f.). En *Las características psicofisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física*. Universidad de Valencia. Recuperado de

[http://www.cult.gva.es/dgd/form\\_amb\\_deportivo/JORNADA\\_DXTE%20MAYORES\\_SEPT/Carlos\\_Pablos.pdf](http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_DXTE%20MAYORES_SEPT/Carlos_Pablos.pdf)

- Padua, M. (1999). *México en el umbral del siglo XXI. Los efectos de la globalización*. México: Editorial Fontarama.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., y Camp, C. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez*. México: McGraw Hill.
- Park, D. y Schwartz, N. (2002). *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Pérez, A. (2014). *La percepción social de la vejez* (Trabajo de 4º grado en Trabajo Social). Universidad de la Laguna, España. Recuperado de <http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La%20percepcion%20social%20de%20la%20vejez.pdf?sequence=1>
- Pérez, C. (2009). La otra globalización: los retos del colapso financiero. *Revista Latinoamericana de economía*, 40(157), 16-37.
- Pérez, C., Molero, M., Osorio, J. y Mercader, I. (2014). Propuesta de intervención cognitiva en personas mayores: programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para mayores. *Revista de Psicología*, 1(1), 477-488.
- Pichón, R. (1985). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Argentina: Nueva Visión.
- Puig, A. (2001). *Programa de psicoestimulación preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*, Madrid: Editorial CCS.
- Ramos, F., y González, H. (1994). La sexualidad en la vejez. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (151-180). España: Siglo XXI Editores.
- Roblas, S. (2012). Globalización y medios de comunicación, carencias sociales de los efectos económicos. *Cuadernos de Información y Comunicación*, 17, 303-320.

- Ruiz, J. (2012). Estimulación cognitiva, en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatra y Audiología*, 32(2), 57-66.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España
- Sánchez, S. (2011). *Programa de intervención neuropsicológica en mayores con deterioro cognitivo leve* (Tesis de maestría). Universidad de Almería, España.
- Santiago, A. (2005). Consideraciones para el estudio de la globalización y la vejez. *Estudios Interdisciplinarios Sobre o Envelhecimento, Porto Alegre* 8, 35-50.
- Secretaria de Salud. (2008). *Programa de acción: atención al envejecimiento*. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
- Soares, S., y Ferreira, A. (2007). Los grupos operativos de aprendizaje en los servicios de salud: sistematización de fundamentos y metodologías. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(11), 52-57.
- Soria, B., y Rodríguez, A. (2002). Análisis de aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos. *Revista cubana de enfermería*, 12(18), 1-18.
- Sotelo, A., Rojas, S., Sánchez, C., y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor, una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13.
- Triadó, C., y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. España: Alianza editorial.
- Valencia, C., López, E., Tirado, V., Zea, M.D., Lopera, R., Rupprecht, R., y Oswald, W.D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 46(8), 465-471.

- Villa, M. (2013). *Evaluación neuropsicológica en el adulto mayor, dx diferencial del DCL y la demencia*. Instituto para la atención de los adultos mayores del estado de Hidalgo. Recuperado de [http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/eval\\_npsic\\_d\\_em\\_pachuca\\_2013.pdf](http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/eval_npsic_d_em_pachuca_2013.pdf)
- Warner, K., y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. España: Pearson.
- Wong, R., Espinoza, M., y Pallomi, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública México*, 49, 436-447.
- Zorrilla, S. (2002). *Aspectos Socioeconómicos de la Problemática en México*. México: Limusa.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, SECOND EDITION) BDI-II (AARON T. BECK, 1996)

El BDI-II casi no presenta dificultades en su aplicación y es fácil de utilizar. La puntuación se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems, cada uno de ellos es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Si la persona hizo elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación total máxima es 63.

Se debe prestar especial atención a la puntuación correcta de cambios en los hábitos de sueño (ítem 16) y cambios en el apetito (ítem 18), ya que cada uno de estos ítems contiene siete opciones con valores ordenados (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3<sup>a</sup>) que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. Si el examinado elige la opción con puntuación más alta, la presencia de un aumento o disminución en cualquier síntoma debería ser considerado clínicamente con el propósito de realizar un diagnóstico íntegro.

<b>Puntuaciones totales</b>	<b>Rango</b>
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo

## ANEXO 2

**TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER  
(TECNICA DE PASCAL Y SUTTELL)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**FIGURA 1**

1. Línea ond. (2) \_\_\_\_\_
2. Puntos, rayas y círculos (3) \_\_\_\_\_
3. Rayas (2) \_\_\_\_\_
4. Círculos (8) \_\_\_\_\_
5. Nº de puntos (2 c/u) \_\_\_\_\_
6. Fila doble (8) \_\_\_\_\_
7. Repaso (2) \_\_\_\_\_
8. Intentos (3 c/u) \_\_\_\_\_
9. Rotación (8) \_\_\_\_\_
10. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 4**

1. Curva asimétrica (3) \_\_\_\_\_
2. Curva rota (4) \_\_\_\_\_
3. Curva descentralizada (1) \_\_\_\_\_
4. Rizos (4) \_\_\_\_\_
5. Desunión (8) \_\_\_\_\_
6. Curva rotada (3) \_\_\_\_\_
7. Adicciones (8) \_\_\_\_\_
8. Temblor (4) \_\_\_\_\_
9. Distorsión (8) \_\_\_\_\_
10. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
11. Intentos (3c/u) \_\_\_\_\_
12. Rotación (8) \_\_\_\_\_
13. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 2**

1. Línea ond. (2) \_\_\_\_\_
2. Puntos o rayas (3) \_\_\_\_\_
3. Círculos deformados (3) \_\_\_\_\_
4. Nº de círculos (3) \_\_\_\_\_
5. Círculos que se tocan (5) \_\_\_\_\_
6. Desviación o inclinación (3) \_\_\_\_\_
7. Nº de columnas (2c/u) \_\_\_\_\_
8. Figuras en dos filas (8) \_\_\_\_\_
9. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
10. Repaso (2) \_\_\_\_\_
11. Intentos (3c/u) \_\_\_\_\_
12. Rotación (8) \_\_\_\_\_
13. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 5**

1. Asimetría (3) \_\_\_\_\_
2. Puntos, rayas y círculos (3) \_\_\_\_\_
3. Rayas (2) \_\_\_\_\_
4. Círculos (8) \_\_\_\_\_
5. Recta unida a punto (2) \_\_\_\_\_
6. Recta rotada (3) \_\_\_\_\_
7. Nº de puntos (2 c/u) \_\_\_\_\_
8. Distorsión (8) \_\_\_\_\_
9. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
10. Repaso (2) \_\_\_\_\_
11. Intentos (3 c/u) \_\_\_\_\_
12. Rotación (8) \_\_\_\_\_
13. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 3**

1. Asimetría (3) \_\_\_\_\_
2. Puntos, rayas y círculos (3) \_\_\_\_\_
3. Rayas (2) \_\_\_\_\_
4. Círculos (8) \_\_\_\_\_
5. Nº de puntos (2 c/u) \_\_\_\_\_
6. Fila adicional (8) \_\_\_\_\_
7. Obtus. (8) \_\_\_\_\_
8. Distorsión (8) \_\_\_\_\_
9. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
10. Repaso (2) \_\_\_\_\_
11. Intentos (3 c/u) \_\_\_\_\_
12. Rotaciones (8) \_\_\_\_\_
13. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 6**

1. Asimetría (3) \_\_\_\_\_
2. Angulos (2) \_\_\_\_\_
3. Punto de cruce (2 c/u) \_\_\_\_\_
4. Curva agregada (8) \_\_\_\_\_
5. Doble línea (1 c/u) \_\_\_\_\_
6. Añadidas (8) \_\_\_\_\_
7. Temblor (4) \_\_\_\_\_
8. Distorsión (8) \_\_\_\_\_
9. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
10. Repaso (2) \_\_\_\_\_
11. Intentos (3c/u) \_\_\_\_\_
12. Rotación (8) \_\_\_\_\_
13. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

**Puntaje parcial:** \_\_\_\_\_

**FIGURA 7**

1. Extremos separados (8) \_\_\_\_\_
2. Ángulos adicionados (3) \_\_\_\_\_
3. Ángulos omitidos (3) \_\_\_\_\_
4. Puntos Lin. Dispersos (3) \_\_\_\_\_
5. Doble línea (1 c/u) \_\_\_\_\_
6. Temblor (4) \_\_\_\_\_
7. Distorsión (8c/u) \_\_\_\_\_
8. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
9. Intentos (3c/u) \_\_\_\_\_
10. Rotación (8) \_\_\_\_\_
11. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

Puntaje parcial: \_\_\_\_\_

**FIGURA 8**

1. Extremos separados (8) \_\_\_\_\_
2. Ángulos adicionados (3) \_\_\_\_\_
3. Ángulos omitidos (3) \_\_\_\_\_
4. Puntos Lin. Dispersos (3) \_\_\_\_\_
5. Doble línea (1 c/u) \_\_\_\_\_
6. Temblor (4) \_\_\_\_\_
7. Distorsión (8 c/u) \_\_\_\_\_
8. Líneas guías (2) \_\_\_\_\_
9. Repaso (2) \_\_\_\_\_
10. Intentos (3c/u) \_\_\_\_\_
11. Rotación (8) \_\_\_\_\_
12. Omisiones (8) \_\_\_\_\_

Puntaje parcial: \_\_\_\_\_

<b>PUNTUACIONES PARCIALES</b>	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Puntaje total: \_\_\_\_\_ Puntaje Z o Estándar: \_\_\_\_\_

<b>NORMAS DIAGNOSTICAS</b>	
<b>PUNTAJE Z</b>	<b>INDICA</b>
80	Necesita atención psiquiátrica
72 o más	Límite entre paciente- No paciente
50 a 72	Dudoso
49 o menos	No necesita atención psiquiátrica

## **ANEXO 3**

### **TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ (CLOCK DRAWING TEXT) (THALMAN, B., 1996)**

#### **CRITERIOS DE APLICACIÓN**

Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden:

1. Test del Reloj a la Orden (TRO)
2. Test del Reloj a la Copia (TRC)

#### **1. Condición experimental del TRO**

A cada persona se reparte una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, dándole la siguiente instrucción “me gustaría que dibujará un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez”. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite por lo que se pide que se haga con tranquilidad prestándole toda la atención que le sea posible.

#### **2. Condición experimental del TRC**

Se le presenta al examinado una hoja con el dibujo de un reloj impreso. Se pide que copien de la forma más exacta posible el dibujo de reloj que aparece en la parte superior de la hoja. También se insita a poner la máxima atención con el fin de captar todos los detalles del dibujo y poder copiarlos. Se menciona que al no tener un límite de prueba se realice con tranquilidad, comprendida la tarea se deja comience con esta parte de la prueba.

**NOTA:** Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad (especialmente las puntuaciones cercanas al 8 al 9), la aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO y TRC) debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

## CRITERIOS DE PUNTUACION

(J. CACHO Y R. GARCIA)

<b>ESFERA DEL RELOJ</b>	
<b>PUNTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

<b>ESFERA DEL RELOJ</b>	
<b>PUNTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta)
3.5	Las manecillas en posiciones correctas pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores de localizados de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez) cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcar una hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcar una hora incorrecta.
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas
0	Efecto en forma de "rueda de carro"

<b>ESFERA DEL RELOJ</b>	
<b>PUNTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Solo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3.5	Cuando los "pequeños errores" en la localización de dan en 4 o más números.
3	Todos los presentes con errores significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6).
3	Numero con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
2	Numero con algún desorden de secuencia (4 o más números).
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa)
2	Todos los números presentes pero con gran distorsión espacial (8numero fuera del reloj o dibujados en media esfera)
2	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación asimétrica)

1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión
1	Alineación numérica con falta o exceso de números
1	Rotación inversa con falta o exceso de números
0	Ausencia o escasa presencia de números (menos de 6 números dibujados)

**ANEXO 4****CARTA DESCRIPTIVA**

<b>Taller de la 3ª edad “Estimulación mental para los procesos del pensamiento” (Continuación).</b>
<b>Objetivo general:</b> Que las personas de la tercera edad a través de la dinámica grupal construyan estrategias para la estimulación cognitiva y emocional para mejorar su calidad de vida.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL
1	<b>Bienvenida, y evaluaciones iniciales y expectativas.</b>	<p>Que los asistentes conozcan al equipo de coordinación.</p> <p>Que los participantes se conozcan y expresen sus necesidades.</p> <p>Recordar el trabajo que se hizo durante la primera parte.</p> <p>Realizar evaluaciones iniciales e intermedias.</p>	<p>Presentación “Encontrando a mi pareja”</p> <p>Expectativas</p> <p>La nave espacial.</p> <p>Plenaria</p> <p>Aplicación de pruebas.</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Cuestionarios</p> <p>Pizarrón blanco</p> <p>Plumones</p> <p>Tarjetas blancas</p> <p>Estambre</p>
2	<b>Autoestima</b>	<p>Que los participantes se reconozcan como seres valiosos y fortalezcan su autoestima.</p> <p>Que los participantes expresen sus habilidades, éxitos y logros.</p>	<p>El tesoro</p> <p>El árbol</p> <p>Plenaria</p>	<p>Espejo</p> <p>Caja de madera.</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Hojas de colores</p> <p>Cinta adhesiva</p>
3	<b>Actividades mentales y sudokus</b>	<p>Que los participantes ejerciten su memoria y los procesos de solución de problemas a través del trabajo colaborativo</p>	<p>Sudokus</p> <p>Plenaria</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p> <p>Ejercicios mentales</p>
4	<b>Sudokus y gimnasia cerebral</b>	<p>Que los participantes ejerciten su memoria y la resolución de problemas</p> <p>Que los participantes practiquen su motricidad y atención</p>	<p>Sudokus</p> <p>Gimnasia cerebral</p> <p>Relajación</p> <p>Plenaria</p>	<p>Plumones para pizarrón</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p>
5	<b>Historia y Proyecto de vida</b>	<p>Que los participantes reconozcan la importancia de su historia de vida, reflexionen a cerca de sus metas (a corto, mediano y largo plazo) y comiencen la construcción de su proyecto de vida.</p> <p>Que los participantes organicen sus metas y desarrollen un plan para cumplir sus metas</p>	<p>Mis logros y éxitos</p> <p>Mis metas</p> <p>Practicando mis ejercicios de gimnasia cerebral</p> <p>Plenaria</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p> <p>Plumones</p>

		Que los participantes reconozcan los obstáculos con los que se pueden enfrentar para cumplir sus metas.		
6	<b>La montaña rusa y mis duendes La primavera</b>	Que los participantes identifiquen sus metas y las dificultades que les impide realizar sus metas  Que los participantes ejerciten su motricidad fina	La montaña rusa Mis duendes La primavera Plenaria	Papel crepe Pegamento Palitos de madera Hojas blancas
7	<b>Estrategias para mejorar la memoria y la planeación de actividades</b>	Que los participantes construyan estrategias para enfrentar sus obstáculos  Que los participantes analicen los problemas de organización presentes en la vida diaria.	Revisión de la tarea Equipos El calendario Plenaria	Hojas blancas Plumones Lápices
8	<b>Planeación de actividades</b>	Que los adultos mayores participen en la planeación de actividades de motricidad fina y gruesa.  Que los adultos mayores reflexionen sobre las habilidades con las que cuentan y ponerlas a prueba.	Baile Pintura digital Motricidad fina Plenaria	Engrudo Hojas blancas Papel crepe Grabadora
9	<b>Motricidad y evaluación</b>	Que los adultos mayores practiquen ejercicios de gimnasia cerebral para favorecer el área motriz  Realizar evaluaciones intermedias del Bender y de la prueba del Reloj	Gimnasia cerebral Coordinación motriz Dibujando con la mano izquierda Evaluación Plenaria	Crayolas Lápices y gomas Hojas blancas Cartulina blanca Prueba del reloj
10	<b>Memoria y atención</b>	Que los adultos mayores ejerciten su memoria de corto plazo y su atención.  Que los adultos reflexionen la importancia de ejercitar la memoria.	Recordando números e historias	Ejercicios mentales Hojas blancas Lápices y goma
11	<b>El niño que llevamos dentro Día del niño</b>	Que los adultos mayores trabajen su memoria a largo plazo a través de recuerdos de su infancia.	Juegos infantiles Mi fotografía La feria	Jenga Pizarrón blanco y plumones Juego del uno

		Que los adultos mayores ejerciten su atención, memoria, fluidez verbal y motricidad mediante juegos infantiles.	Plenaria	Hojas de color Diurex Globos
12	<b>Mis actividades e intercambio de libros</b>	Que los adultos mayores ejerciten la memoria y los procesos de solución de problemas mediante el trabajo colaborativo.	Revisión de la tarea Intercambio de libros Plenaria	Ejercicio de atención Lápices
13	<b>Organización del museo</b>	Que los adultos mayores organicen la actividad final para presentar los trabajos que hicieron en todo el taller	Contando mi libro Organización del museo	Plumones
14	<b>Evaluaciones finales Preparando el periódico mural</b>	Que los adultos mayores preparen la exposición de sus trabajos  Que los adultos mayores de organicen en equipos para la construcción de los periódicos murales  Realizar evaluaciones intermedias del Bender y de la prueba del Reloj	Mi última obra de arte Evaluaciones finales	Papel crepe Pegamento Cartulinas Hojas blancas Lápices Pruebas del reloj
15	<b>El museo Cierre del taller y entrega de constancias</b>	Exponer los trabajos realizados a lo largo del taller a la comunidad de la clínica.  Expresar las conclusiones generales del taller.  Entrega de los resultados de las evaluaciones a los participantes	Al infinito y más allá Resultados de Evaluaciones Periódico mural	Reconocimientos Diurex

## ANEXO 5

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

I. Completa los siguientes refranes con la palabra que le falta:

1. No por mucho \_\_\_\_\_ se \_\_\_\_\_ más temprano.
2. Quien \_\_\_\_\_ anda, mal \_\_\_\_\_.
3. Una \_\_\_\_\_ no hace verano
4. No todo lo que \_\_\_\_\_ es oro
5. Más vale \_\_\_\_\_ en mano que \_\_\_\_\_ volando.
6. Haz bien sin \_\_\_\_\_ a quién.
7. Al que \_\_\_\_\_ Dios lo \_\_\_\_\_.

**II. Encuentra en la sopa de letras las siguientes palabras:**

TOMATE ALCAUCIL COLIFLOR CEBOLLA LENTEJA AJO PEREJIL  
LAUREL

SOJA NABO ESPINACA RÁBANO PAPA ZAPALLO

M	O	A	L	C	A	U	C	I	L	F	A
F	A	M	I	O	N	U	E	R	A	D	E
Z	E	N	A	L	O	L	I	T	B	A	P
A	J	O	G	I	C	E	B	O	L	L	A
P	L	U	E	F	A	N	O	M	S	P	P
A	A	I	O	L	S	T	U	A	O	E	A
L	U	I	N	O	J	E	S	T	J	R	I
L	R	L	A	R	P	J	U	E	A	E	O
O	E	S	P	I	N	A	C	A	G	J	L
J	L	N	A	B	O	Z	A	N	U	I	M
I	R	A	B	A	N	O	S	E	A	L	O

**III. Completa las palabras con "SI" o "NO"**

1. MO \_\_\_\_\_

2. A \_\_\_\_\_ ENTO

3. \_\_\_\_\_ TICIA

4. SI \_\_\_\_\_

5. TO \_\_\_\_\_

6. CAMI \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_ \_\_\_\_ V I O      8. MA \_\_\_\_ \_\_\_\_      9. MI \_\_\_\_ \_\_\_\_ L
10. A \_\_\_\_ \_\_\_\_ R      11. \_\_\_\_ \_\_\_\_ E R R A      12. V E C I \_\_\_\_ \_\_\_\_
13. \_\_\_\_ \_\_\_\_ B L E      14. H O R \_\_\_\_ \_\_\_\_      15. \_\_\_\_ \_\_\_\_ D R A
16. \_\_\_\_ \_\_\_\_ F Ó N      17. M O R E \_\_\_\_ \_\_\_\_      18. \_\_\_\_ \_\_\_\_ G L O
19. \_\_\_\_ \_\_\_\_ L L Ó N      20. \_\_\_\_ \_\_\_\_ R E N A      21. O R É G A \_\_\_\_ \_\_\_\_
22. P O \_\_\_\_ \_\_\_\_ B L E      23. Ó R G A \_\_\_\_ \_\_\_\_      24. O R D E \_\_\_\_ \_\_\_\_

Escribe **5** nombres de mujer que empiezan por la sílaba **MI**

Escribe **3** animales que empiezan por la sílaba **BU**

Escribe **2** colores que empiezan por la sílaba **RO**

SUDOKUS

	2	4	
1			3
4			2
	1	3	

	1		
2	3		1
3	4		2
	2		

4			1
	1	3	
	4	1	
1			3

	1	3	
			4
			1
	2	4	

	○		
△	☆		
		□	○
		△	

+	▭		☾
◐			▭
☾	+	▭	
	◐		+

	6			1	3
		2		5	
		6			1
3		4	6		
		3			
		1	5	3	4

	<b>6</b>			<b>5</b>	
					<b>1</b>
		<b>4</b>	<b>6</b>		<b>5</b>
<b>5</b>		<b>6</b>	<b>2</b>		
<b>6</b>					
	<b>1</b>			<b>2</b>	

3					4
	2	6	5	1	
2	6	4	3	5	1
1					2
	4	1	2	3	
6					5

			1		6
6		4			
1		2			
			5		1
			6		3
5		6			

	☆			□	△
		○		♥	
		☆			□
△		+	☆		
		△			
		□	♥	△	+

♥					☆
○				+	
		♥	☆	△	○
△		○		♥	
	○	+	♥	□	
♥	△				+