



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PARA LA ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA DEL ADULTO
MAYOR.”**

TESIS.

**Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

Presenta.

YOSSELIN VÁZQUEZ PULIDO

Directora de Tesis.

MTRA. PAULA CHÁVEZ SANTAMARÍA

Revisora.

MTRA. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA

Sinodales.

LIC. MARÍA EUGENIA DE LOURDES DORANTES GUEVARA

LIC. MARÍA DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ

MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ



Ciudad Universitaria, Cd. de México.

Julio, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Maestra Paula Chávez Santamaría, por su confianza, tiempo y contribuciones en la gestión de este proyecto.

A la Licenciada María Eugenia de Lourdes Dorantes Guevara, por sus aportaciones, tiempo y notable dedicación que empleó en la revisión de este proyecto.

A la Maestra Lidia Antonia Gutiérrez Gutiérrez, por guiar desde el inicio este proyecto, orientarme, estar al pendiente y formar parte de mi formación profesional y personal.

A la Institución que hizo posible este proyecto, a los participantes por su confianza, colaboración e interés y a la Dra. Sara Aguilar Navarro.

A mi esposo, por su paciencia, amor y apoyo incondicional durante toda mi formación académica.

A mis hijos, por ser mi motor y motivación de superarme cada día.

A mis padres y familiares, por estar al pendiente y darme su apoyo.

A mis amigas, por sus ánimos, consejos y compañía durante este largo camino.

A Dios, por darme la fortaleza para continuar.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
1. Crecimiento demográfico en el mundo	4
2. Situación demográfica y social de la población de edad avanzada en México	4
3. Principales problemas asociados al deterioro cognoscitivo del adulto mayor	5
VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO	6
1. Concepción histórica de la vejez	6
2. Vejez	8
3. Envejecimiento	12
4. Teorías sobre el envejecimiento	13
4.1. <i>Teoría de la desvinculación</i>	13
4.2. <i>Teoría de la actividad</i>	14
4.3. <i>Teoría de los roles</i>	16
4.4. <i>Teoría de la continuidad</i>	17
5. Salud en el adulto mayor	18
5.1. <i>Funcionalidad</i>	19
5.2. <i>Nutrición</i>	20
5.3. <i>Audición</i>	21
5.4. <i>Actividad física (ejercicio)</i>	22
5.5. <i>Tiempo de reacción y coordinación</i>	23
5.6. <i>Estrés</i>	23
5.7. <i>Relaciones afectivas y sociales</i>	23
5.8. <i>Apoyo social</i>	24
6. Enfermedades comunes en el adulto mayor	25
FUNCIONES COGNOSCITIVAS	27
1. Definición y clasificación	27
1.1. Orientación	27
1.2. Percepción	27
1.3. Atención	28
1.4. Memoria	29
1.4.1. Tipos de memoria	30
A. Memoria de corto plazo (MCP)	30
<i>Memoria sensorial</i>	31
<i>Memoria inmediata</i>	31

<i>Memoria de trabajo</i>	31
B. Memoria de largo plazo (MLP)	32
B.1. Memoria declarativa	33
<i>Memoria semántica</i>	34
<i>Memoria episódica</i>	34
B.2. Memoria no declarativa	34
<i>Priming (preparación)</i>	34
<i>Condicionamiento</i>	35
<i>Memoria procedimental o de procedimiento</i>	35
1.4.2. Alteraciones de la memoria	35
1.5. Funciones ejecutivas	35
1.5.1. Modelo integrador de las funciones ejecutivas	37
1.6. Lenguaje	38
2. Pérdida de las funciones cognoscitivas	40
2.1. Deterioro cognoscitivo	40
<i>Deterioro cognoscitivo leve</i>	41
<i>Demencia</i>	41
3. Prevención y estimulación cognoscitiva	42
3.1. Plasticidad cerebral	43
3.2. Reserva cognoscitiva	44
3.3. Capacidad de aprendizaje	45
3.4. Dependencia de uso y redundancia de sistemas	45
4. Métodos conductuales y programas de intervención	46
4.1. Evaluación de 3 terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer (Evaluation de 3 Thérapies Non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer, ETNA3)	48
MÉTODO	50
1. Objetivo general	50
2. Objetivos específicos	50
3. Tipo y diseño de estudio	50
4. Escenario	50
5. Participantes	50
6. Diseño muestral y selección de los participantes	51
7. Criterios de inclusión	51
8. Criterios de exclusión	51
9. Variables de estudio	51
9.1 Estimulación Cognoscitiva	51
9.2 Estrategias	51
10. Indicadores	52
11. Procedimiento	52
12. Consideraciones éticas	53

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA DEL ADULTO MAYOR	54
1. Objetivo general	54
2. Objetivos específicos	54
3. Identificación de necesidades	54
3.1. Necesidades institucionales	55
3.2. Necesidades de la población	55
4. Diseño	56
4.1. Folleto psicoeducativo	57
4.2. Sesiones de intervención	58
<i>Sesión psicoeducativa individual</i>	58
4.3. Selección de los participantes	59
5. Implementación	60
5.1. Sesión psicoeducativa individual	60
5.2. Sesiones de seguimiento	61
6. Evaluación	62
RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA	64
1. Datos sociodemográficos	64
2. Sesión psicoeducativa individual	64
3. Sesiones de seguimiento	64
4. Estrategias cognoscitivas	65
DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS	70
DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	83
ALCANCES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS	86
ANEXO	98
Cuadro descriptivo del folleto psicoeducativo	99
Evaluación de la sesión psicoeducativa individual	104
Evaluación de seguimiento a los 30, 60 y 90 días	106
Tablas de las sesiones de seguimiento de los adultos mayores participantes	107

RESUMEN

Actualmente se están experimentando cambios demográficos significativos, destacando el incremento de la población de edad avanzada. Envejecer es un proceso biológico, psicológico y social diferente en cada persona, por lo que es necesario hablar de un envejecimiento individual, ya que no todas las partes del cuerpo envejecen igual y también existen diferentes condiciones de vida. Por ello, incorporar el concepto de individualidad en este proceso permite comprenderlo mejor para poder visualizar las potencialidades de cada individuo para enfrentar de una mejor manera la vejez.

La estimulación de las funciones cognoscitivas en los adultos mayores implica una intervención de tipo preventivo que permite utilizar efectivamente diversas estrategias para la resolución de determinadas tareas y facilitar la adquisición de nueva información a partir de la que ya se posee para tener un máximo bienestar en la vida cotidiana.

Por lo anterior, en el presente trabajo se propone un programa de intervención para los adultos mayores que estimule las funciones cognoscitivas, principalmente la orientación, atención, memoria, y funciones ejecutivas, utilizando como apoyo un folleto psicoeducativo, cuyo diseño buscó fomentar estrategias aplicadas a la vida cotidiana tomando en cuenta las características individuales de cada uno para lograr un funcionamiento óptimo durante el envejecimiento que permita prevenir o retrasar el deterioro cognoscitivo aumentando las posibilidades de una mayor calidad de vida durante la vejez.

Participaron 12 adultos mayores de una institución de salud pública, quienes asistieron a una sesión presencial inicial en la que eligieron las estrategias que estarían dispuestos a seguir y tres sesiones telefónicas de seguimiento para evaluar y conocer las actividades que habían realizado, así como los avances de la implementación del programa de estimulación cognoscitiva.

Se cumplieron los objetivos planteados en el programa de estimulación cognoscitiva, obteniéndose resultados positivos que beneficiaron no sólo el desarrollo de hábitos nuevos, sino también se identificó el tipo de estrategias que mayormente los adultos mayores participantes utilizaron, entre los que se encontraron la realización de ejercicios de su preferencia como sopas de letras, crucigramas, memoramas, mandalas, sudoku, etc., la lectura de textos de su predilección como revistas, periódicos y novelas y la utilización de una agenda, calendario o libreta para la organización de sus actividades cotidianas considerando la fecha, hora y lugar de la realización de las mismas, estimulándose procesos como la orientación, atención, memoria y funciones ejecutivas entre las que se encontraron la anticipación, organización, planeación, inhibición, entre otras.

Palabras clave. *Vejez, envejecimiento, adulto mayor, individualidad, funciones cognoscitivas, deterioro cognoscitivo, programa de estimulación cognoscitiva, folleto psicoeducativo, ejercicios cognoscitivos, calidad de vida.*

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, 2003) considera que uno de los fenómenos que llaman la atención en la actualidad a nivel mundial es el incremento de la población debido a que la tasa de fecundidad ha disminuido y la esperanza de vida ha aumentado y prevé que seguirá haciéndolo en casi todo el mundo, gracias al descenso pronunciado de la mortalidad prematura provocado por enfermedades infecciosas y crónicas durante este siglo, así como a la mejora a nivel de saneamiento, vivienda, nutrición, innovaciones médicas y el descubrimiento de las vacunas y antibióticos, hechos que han favorecido el notable aumento del número de personas que alcanzan la vejez.

Es importante utilizar programas específicos de acuerdo a las necesidades propias de cada edad, incluyendo la vejez. García Pulgarín y García Ortiz (2005) refieren que la Asociación Internacional de Psicogeriatría (AIP) clasificó a la población de adultos mayores en diferentes grupos etáreos para el diagnóstico, tratamiento y programas de desarrollo con el fin de ofrecer un mejor manejo de cada grupo de edad, proponiendo la siguiente clasificación: adulto mayor joven = 55 - 64 años, adulto mayor maduro = 65 - 74 años, adulto mayor = 75 - 84 años, anciano mayor = 85 -90 años, nonagenarios y centenarios.

Envejecer es una parte del ciclo vital, es un proceso de desarrollo cronológico, biológico, psicológico y social (Carbajo Vélez, 2009). Por ello, se debe tomar en cuenta que no todas las partes del cuerpo, ni todas las personas envejecen igual, debiéndose hablar de un envejecimiento individual. Por ello, es necesario incorporar el concepto de individualidad para comprender mejor el envejecimiento y entonces poder visualizar las potencialidades que cada individuo tiene debido a que son diferentes las condiciones de vida de cada uno, así como sus intereses y motivación tanto interna como externa.

De igual forma, los mitos y prejuicios transmitidos por generaciones inciden en la calidad de la atención al adulto mayor. Al respecto, González Moro y Rodríguez Rivera (2006) mencionan que uno de los retos que se deben enfrentar para lograr la equidad, es eliminar los aspectos subjetivos de la sociedad, la cual tiene una gran cantidad de prejuicios e ideas erróneas sobre la vejez que perjudican el buen envejecer y dificultan la inserción adecuada a la sociedad de los adultos mayores, ya que dichos prejuicios e ideas sembrados en la mentalidad de la población hacen surgir actitudes negativas ante el envejecimiento y, en este sentido, el papel de los profesionales de la salud es esencial.

Así, es común que la gente piense que la tercera edad conlleva forzosamente la reducción de algunas capacidades y habilidades, al igual que la pérdida de algunas funciones cognitivas como la memoria y la atención. La presencia de algunos de estos signos se considera normal, por lo tanto, al aparecer algunas señales de deterioro de las habilidades cognitivas no se les da la debida importancia y mucho menos se toman medidas de prevención para su aparición, pero es indispensable que la población de adultos mayores cuente con la información, el cuidado y la atención adecuados. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) establece que es necesario poner interés en este sector vulnerable de la población, para poder guiarlos en la etapa de la vejez.

Se ha descubierto que existe una correlación positiva entre la reminiscencia y la adaptación positiva a la vejez y también gracias a la conservación de la autoestima y a la consolidación del sentido de identidad (Butler, 1963). González Moro y Rodríguez Rivera (2006) señalan que se recuerda a través de la memoria y que a su vez es una forma de ejercitar ésta, por lo tanto, si se logra que el recordar sea parte de la vida cotidiana, además de mantener la memoria colectiva al transmitir los hechos del pasado a las nuevas

generaciones, se refuerza la autoestima y la integridad permitiendo una mejor adaptación. Estos mismos autores consideran que reconstruir la vida personal permite resignificar situaciones vividas y darles significado ayudando no sólo a la autoestima al traer experiencias vitales y placenteras, sino que se está ejercitando la memoria y con ella varias funciones cognoscitivas esenciales.

Los estudios de la gerontología moderna han dado lugar al desarrollo de un movimiento educativo nuevo en el mundo que se basa en que se puede aprender y educar a lo largo de toda la vida. Al respecto, Mogollón (2012) asegura que el proceso de aprendizaje en el adulto mayor es viable, sólo que a un ritmo y metodología diferentes a las del joven, pues se disminuye la agilidad, la rapidez y la velocidad de procesamiento, pero no las habilidades adquiridas a lo largo de la vida y que en muchos casos las dificultades relacionadas a la atención, concentración, memoria, escritura y cálculo, entre otros procesos, son atribuibles más bien a la falta de práctica debido a que no se han ejercitado durante mucho tiempo.

La estimulación de las funciones cognoscitivas en los adultos mayores implica una intervención de tipo preventivo a través de proponer y facilitar el uso efectivo de estrategias para la resolución de determinadas tareas y la adquisición de manera más eficaz de nueva información a partir de la que ya poseen.

Debido a que existen muy pocas instituciones y programas de apoyo al adulto mayor, especialmente en el área de la cognición, la autora del presente trabajo decidió que la mejor opción para cumplir sus objetivos personales y profesionales, sería realizar su servicio social y la elaboración de su tesis profesional enfocados en este tema, además de que brindaría ayuda a las personas de la tercera edad que tanto lo necesitan.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue la creación de un programa de intervención para el adulto mayor, apoyado por el diseño de un folleto psicoeducativo de estimulación cognoscitiva que no sólo fuera viable, flexible y de fácil acceso, sino que también tomara en cuenta sus características, necesidades y dificultades. Dicho folleto se desarrolló poniendo énfasis en ejercicios, actividades y recomendaciones generales orientadas a promover cambios que favorecieran la salud física y mental de los adultos mayores, para que de esta forma se pueda prevenir o aminorar la progresión del deterioro cognoscitivo y lograr un funcionamiento óptimo durante el envejecimiento, orientado a aumentar la posibilidad de un máximo bienestar y de un estilo de vida más saludable durante la vejez.

ANTECEDENTES

1. Crecimiento demográfico en el mundo.

Según datos del informe Tendencias de la Población Mundial (World Population Prospects; Naciones Unidas, 2017), el grupo de personas mayores crece más rápidamente que el de personas más jóvenes y se espera que la población de 60 años o más se duplique para 2050 y triplique para 2100, pasando de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100.

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones recae en las grandes necesidades que éste genera desde el punto de vista económico, biomédico y social y, su repercusión en el sistema de salud, radica en que los adultos mayores son grandes consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud y también representa un considerable aumento de los gastos para la seguridad y la asistencia social (Creagh Peña, García Ones y Valdés Cruz, 2015). De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de la salud individual, también influye en la estructura y dinámica de la familia como célula básica de la sociedad (Hechavarría e, Ramírez Romaguera, García Hechavarría y García Hechavarría, 2018).

Rocabruno (1999) menciona que el interés por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, sustentan la tendencia actual que considera que es importante vivir más años, pero que es esencial que éstos transcurran con la mejor calidad de vida posible. Este mismo autor señala que el problema de los adultos mayores adquiere primordial importancia y es un factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales, las cuales se dirigen, ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer, sino que también pretenden conocer aquellas condiciones que los colocan en una situación de riesgo o potencian la disminución progresiva de las capacidades inherentes al envejecimiento. Es de destacarse que aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma (Alonso Galbán, Sansó Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco García y Oliva, 2007).

2. Situación demográfica y social de la población de edad avanzada en México.

Como resultado de los grandes cambios demográficos durante el siglo pasado, la estructura por edad y sexo de la población en México está experimentando cambios significativos, entre los que destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población de edad avanzada, incrementándose la proporción de adultos mayores entre 1990 y 2010 de 6.1% a 9.9% y aumentando en el último periodo el doble con respecto a los años anteriores (INEGI, 2009). Para el año 2050 habrá una población total de 132 millones de habitantes, de los cuales 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será un adulto mayor (CONAPO, 2012).

En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID; INEGI 2009) se identificó que las entidades federativas mexicanas que tienen el mayor porcentaje de adultos mayores en su estructura por edad son: la ciudad de México (12%), Chihuahua (11.8%), Yucatán, Veracruz y Nayarit (11.4% cada uno), teniendo Quintana Roo la proporción más baja (5.7%) seguida de Chiapas y Tabasco (con 7.5 y 8.1 %,

respectivamente), identificando además, que el 9.3% de la población de 60 años y más corresponde a los hombres y un 10.5% a las mujeres, con una relación de 84.2 varones por cada 100 mujeres.

3. Principales problemas asociados al deterioro cognoscitivo del adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) expresa que gracias al aumento en la población de adultos mayores existe una amenaza significativa para su calidad de vida y autonomía debido a la discapacidad que produce el deterioro de la función cognoscitiva que suele ir acompañado y en ocasiones precedido por una disminución del control emocional, del comportamiento social y de la motivación, generando demencia, la cual es un síndrome de naturaleza crónica progresiva caracterizado por el deterioro de la capacidad para procesar el pensamiento (función cognoscitiva) más allá de lo que podría considerarse como una consecuencia del envejecimiento normal, afectando la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, aunque la conciencia no se ve alterada.

Asimismo, esta Organización también afirma que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores en todo el mundo, habiendo a menudo una falta de concientización y comprensión de esta alteración, lo que puede causar estigmatización y un obstáculo para que las personas acudan oportunamente a los servicios de diagnóstico y atención, además de que su impacto puede resultar abrumador no sólo para quienes la padecen, sino también para los cuidadores, familiares y la sociedad, el cual puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

Gutiérrez-Robledo (2014) asegura que algunos de los factores de riesgo sociodemográfico que propician la exposición temprana para la aparición de la demencia son la desventaja social y el analfabetismo, hechos que alteran el proceso biológico del envejecimiento y la multimorbilidad, en particular cardiovascular y metabólica (diabetes) y, por otra parte, el acceso limitado a los sistemas de salud y a la calidad de la atención médica heterogénea propician un diagnóstico tardío, al igual que la ausencia de un sistema de cuidados a largo plazo hace que la carga recaiga totalmente sobre la familia.

Según Gutiérrez-Robledo, la proyección del número de mexicanos afectados por demencia para el año 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será aún más grave; asimismo, el impacto económico que tiene el cuidado de una persona afectada con demencia, la falta de una cura que evite el deterioro progresivo, la discapacidad y la dependencia, la fuerte carga física y emocional para la familia y los cuidadores, así como las limitaciones prevalentes en el sistema de salud, se confrontan frecuentemente con dilemas éticos.

La vejez no sólo se asocia al deterioro biológico, sino también se convierte en un problema social en el que el interés fundamental de las instituciones se centra en la enorme carga económica relacionada al incremento de los adultos mayores a nivel mundial y en la incapacidad de los países para enfrentarla. Al respecto, Bourdieu y Wacquant (1995; citados en Acevedo, 1998) comentan que cada sociedad elabora un cuerpo de problemas considerados como legítimos para lo cual crean instituciones y organismos que construyen su propio significado de los problemas sociales a su cargo que le son impuesto por la comunidad. En este sentido, el significado de vejez no es un elemento universal, sino que se define en función de los discursos preponderantes de las diferentes épocas (Ruíz, Scipioni y Lentini, 2008)

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

1. Concepción histórica de la vejez.

La percepción, así como las expectativas y actitudes hacia los viejos se han ido modificando a lo largo de los años, a través de las épocas y en las diferentes culturas y sociedades, cuyo cambio va desde valores de sabiduría, respeto y experiencia, frente a valores de estorbo, senectud y decadencia (Instituto, Nacional de Geriátría, INGER, 2012). A continuación, se presenta una tabla cuyo contenido abarca un breve recorrido por las distintas concepciones que se han tenido sobre la vejez en diferentes épocas retomando a este Instituto, en la que se incluyen además otros autores.

ÉPOCA	CONCEPCIÓN
Prehistoria	La vejez era vista como autoridad. La esperanza de vida no rebasaba los 20 años, por lo que la vejez era considerada entre los 30 y 40 años (Ortiz, 1999: citado en INGER, 2012).
Edad antigua	La vejez hacía alusión a una imagen de sabiduría, veneración y nobleza, así como de individuos dotados con poderes sobrehumanos.
Tradición Hebrea	Los ancianos ocupaban un lugar privilegiado, eran respetados, atendidos y obedecidos. En la literatura de esa época, aunque se habla de las limitantes físicas de la vejez, se plantea que el verdadero anciano no es el que vive mucho tiempo sino el que demuestra sabiduría.
Tradición judía	El Talmud contiene alusiones a la sabiduría y al respeto del anciano. Las personas se vuelven sabias a medida que envejecen.
Imperio romano	La autoridad y el poder que los ancianos tuvieron en esta sociedad se materializaron en la figura y posición que los viejos ocuparon en el Senado. La República fue la época de oro para los ancianos y el cambio al Imperio significó la pérdida de su poder (Alba, 1992; citado en INGER, 2012).
México prehispánico	En México se reconoció a la senectud como huehuetl y las personas que alcanzaban esta etapa se denominaban "huehuetain" o "llamatzin". A las personas que llegaban a la ancianidad en pleno uso de sus facultades mentales eran conocidos como los dueños del fuego o "tleyo mahuizyo" y se les consideraba como los transmisores de los valores y conocimientos familiares.
Edad media	En el siglo IV fue cuando se fundaron los primeros asilos y hospitales, iniciándose el proceso de institucionalización de los ancianos, asumiéndose la vejez como una etapa de retiro voluntario. Sin embargo, éste se llevó a cabo sólo en los niveles altos, ya que el viejo pobre continuaba trabajando para mantener a su familia o vivía en desamparo y abandono.
Siglo XVI	Se buscó combatir a la vejez para prolongar la juventud y la vida, desde la medicina, la brujería, el elixir de la eterna juventud, etc. (Minois, 1987). Prevalció un rechazo a lo viejo y la evasión de la muerte (Carbajo Vélez 2009).
Siglo XVII	Temas esenciales fueron el problema de la muerte y la vejez, existió una dualidad vinculando a la vejez con penas y la severidad de las leyes, pero por otro lado, junto con honores y gloria (Rodríguez Riobo, 1998).
Siglo XVIII	En este siglo surgió el movimiento denominado el "Siglo de las luces" que se caracterizó por un desarrollo de las artes y las ciencias europeas, reafirmando el poder de la razón humana frente a la fé y la superstición. Por lo que reapareció el interés por el envejecimiento desde una visión sociopolítica.

Tabla 1. *Concepción histórica de la vejez. Adaptado de "Construcción de la vejez" (INGER, 2012).*

Es a partir del siglo XIX que se presenta una transición en Europa con cambios en los sistemas de gobierno (de reinados a estados soberanos), la población europea se duplica y en Latinoamérica la mayoría de los estados se independizan. La Revolución industrial en Europa de la mano del capitalismo reforma la producción de artículos, cambia la comunicación entre los pueblos (electricidad y gas), se desarrolla la prensa, surge la medicina preventiva para combatir la proliferación de enfermedades infecciosas.

En cuanto a la representación de los viejos, las revoluciones burguesas resultaron paradójicas *“... en principio, no se ocuparon de ellos y hasta los perjudicaron, aunque después crearon condiciones que beneficiarían a los viejos de generaciones posteriores [...] si un viejo era propietario de un bien, conservaba toda la autoridad que le daban sus propiedades, poseía una autoridad y poder en la familia que lo colocaba en calidad de patriarca”* (Alba, 1992; citado en INGER, 2012).

La longevidad aumentó en este siglo, sobre todo en las clases adineradas y se dio un momento de exaltación de la vejez que perduró hasta el siglo XX (Munick, 2005; citado en INGER, 2012). Al no existir una edad límite para dejar de laborar, el patrón tenía *“toda protestad para despedir a un obrero, cuando por viejo, producía menos”* y si continuaba laborando se le disminuía su salario. Los primeros sindicatos no representaron mejoras relacionadas con los viejos, ni existían leyes de retiro, ya que se consideraba que la edad debía acarrear la miseria y el abandono o se suponía que muy pocos llegaban a viejos (Alba, 1991; citado en INGER, 2012). Fue a finales de este siglo que se comenzó a desarrollar la geriatría que dio como resultado una mirada médica a la vejez.

En el siglo XX los avances en las ciencias dieron continuidad a los del siglo XIX, impactando positivamente en la calidad de la vida de las personas: en la medicina el descubrimiento de los antibióticos ganó de forma contundente la lucha contra muchas enfermedades infecciosas que hasta ese entonces eran mortales, en el ámbito de la protección social, en la primera década del siglo XX se propuso en Inglaterra una ley para otorgar pensiones, no sólo a los pobres sino a todos los viejos; a partir de este momento inicia la creación de distintos sistemas de pensiones reduciendo con el tiempo los límites de edad (65 años) y ampliando el estatus económico para recibir una pensión, ya no sólo a los pobres (INGER, 2012).

Como era de esperarse con el tiempo surgió la preocupación por el excesivo costo de las pensiones, convirtiéndose la vejez y el viejo en una carga económica para los más jóvenes. Así fue como la vejez pasó a ser en un problema social de dependencia y enfermedad, presentando en el siglo XX características que la definieron, las cuales se sintetizaron en cinco puntos (Méndez, 2007).

Problema. La vejez se convirtió en un problema para la sociedad suscitándose una importante contradicción, porque al mismo tiempo que el estado debió garantizar la existencia de un principio de igualdad de todos ante la ley, también despreciaba aquellos elementos que suponían un obstáculo para su progreso.

Trabajo. Quien no trabajaba de alguna manera se convirtió en un ser asocial, pues contaba con una capacidad limitada para ingresar al mercado y para el intercambio de bienes y servicios, es decir, al mundo del consumo.

Tecnología. Hizo que la sabiduría del viejo fuera prescindible. En consecuencia, se convirtió en un ser marginal a quien le tuvieron que crear espacios específicos para viejos, lo que dio como resultado un nuevo objeto de estudio y consumo, porque su aumento en el mundo los convirtió en mercancía para diferentes sectores.

Tiempo y espacio. El viejo estaba fuera de tiempo, “éste no es su tiempo”. Así por los valores e ideales relacionados con la belleza y juventud, dado que el viejo no los tenía, entonces no pertenecía a la actualidad. Por tal motivo, tuvieron que ser creados espacios específicos para ubicarlos en el tiempo que les correspondía con actividades diseñadas especialmente para ellos.

Enfoque médico. La vejez al ser conceptualizada como enfermedad, fragilidad, pérdida y deterioro, da lugar al surgimiento de nuevas disciplinas: la gerontología y geriatría como formas para diferenciar a un grupo poblacional desde un binomio altamente discriminante de salud-enfermedad. Aunque aumentó la esperanza de vida durante el siglo XX, no se logró contrarrestar las actitudes negativas y el incremento en la longevidad hizo a los viejos más visibles, siendo el desafío definir su espacio social.

En conclusión, la revisión histórica de la vejez sirve para identificar sus dos visiones a través del tiempo, una positiva y otra negativa (Minois, 1987). Cada civilización establece su propio modelo de “viejo” y los juzga con referencia a ese patrón. En consecuencia, la vejez se constituye como una construcción social tanto en lo individual como en lo colectivo que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en espacios socio-históricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios, por lo cual, la vejez se debe entender como un proceso dinámico, heterogéneo e histórico en el que tanto el significado que se tiene de ésta y del envejecimiento, así como su práctica, se ven mediado por las relaciones que las instituciones establecen con el anciano a través de sus discursos.

2. Vejez.

Todos los seres vivos tienen un ciclo de vida y en cierto momento de su vida los seres vivos comienzan a envejecer y surgen cambios en ellos, dando lugar a la vejez. La vejez constituye una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferente manera en función de las características histórico-sociales de cada individuo. A través de diferentes épocas y de diferentes culturas, incluso en sociedades distintas en el mismo momento histórico, las categorías de edad adquieren no solo definiciones sino también medidas diferentes (Filardo, 2008).

La vejez puede ser aprehendida como un estado o estatus (Craig, 2001), un estadio vital (Lolas, 2001), un proceso (Langerica, 1985; Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado y Vargas-Guadarrama, 2008; Filardo Llamas, 2011) o una construcción social (Sánchez, 1992; Kehl Wiebel y Fernández Fernández, 2001; Méndez, 2007; Ramos et. al., 2009). Cada uno de estos conceptos contiene un significado de “viejo” y de “vejez”, y con base en ello, se definen las políticas y acciones destinadas a este sector social. Para interpretar la situación actual de la población de viejos es necesario conocer las actitudes e imagen que las sociedades se han formado sobre ellos para entender el problema que enfrentan, así como los mecanismos que las distintas instituciones responsables generan para cubrir sus requerimientos y demandas.

Butler (1963) menciona que a lo largo de la historia se han construido distintas categorías de las personas de acuerdo a la edad, determinadas por la sociedad, la cultura, la economía, la política y la educación, las cuales establecen la forma de percibir los estereotipos, prejuicios y conductas específicas para cada una de las categorías planteadas en cada época, entre las más amplias se encuentra la división entre jóvenes y viejos, pero poco a poco se han ido agregando otras categorías como niñez y adolescencia, representando cada una de ellas no sólo números o etapas, sino actitudes, sentimientos y prácticas.

Para Filardo y Muñoz (2001), el término vejez adquiere innumerables significados en la vida cotidiana, usándose para designar un estado de ánimo, para calificar lo pasado de moda o lo viejo, por lo que es un concepto difícil de emplear al presentarse de formas distintas en función de diversas características como el género, la situación laboral, la posición social, etc., es decir, un hombre y una mujer no envejecen igual, un indigente que una persona adinerada, un obrero que un campesino, un viejo que vive en la ciudad que otro que vive en una zona rural; finalmente, este término también puede fundamentarse en la relatividad, ya que se puede ser muy viejo para algunas cosas y al mismo tiempo ser joven para otras.

Estos autores también comentan que otro factor del cual depende la vejez es la edad cronológica, la cual habitualmente se ha tomado como un indicador para señalar a que edad se es viejo, sin embargo, este criterio siempre resulta arbitrario, pues la vejez no se identifica ni tiene la misma duración en esta época que la que tuvo durante la antigüedad, en el campo o en la ciudad, en la pobreza o en la opulencia, entre hombres o mujeres. Asimismo, ellos expresan que la delimitación del inicio de la vejez resulta elusiva y heterogénea, pues para algunos autores inicia entre los 60 y 65 años, otros la refieren asociada a la jubilación, mientras que algunos más argumentan que comienza a partir de que el individuo se desvincula del sistema productivo o de la ocupación formal, aunque no necesariamente del mundo del trabajo.

A través del tiempo, a las personas que llegan a la vejez se le han dado distintos términos con diferentes definiciones, entre ellas “anciano”, “viejo”, “adulto mayor” (Bourdieu y Wacquant, 1995; citados en Acevedo, 1998).

Desde el punto de vista lingüístico, se utilizan diversos términos para nombrar a las personas que envejecen. Para la Real Academia Española (2015), la palabra viejo se deriva del latín “veclus” y “vetulus” que se refiere a una persona de edad y como adjetivo significa antiguo, perteneciente al tiempo pasado o estropeado por el uso. El Diccionario del Español de México (DEM, 2019) en su definición del término “viejo” establece que es una persona que tiene una edad avanzada y se encuentra en el último periodo de la vida que sigue a la madurez, que tiene mucha edad o que existe desde hace mucho, aunque en ambas definiciones, la palabra “viejo” no conlleva una connotación negativa. El término “anciano” se vincula con un elemento de respeto y su uso tiende a referirse a individuos que desempeñan funciones relevantes, en otras palabras, este contiene una carga de dignidad y reconocimiento (INGER, 2012).

Betes del Toro (2009) comenta que en la actualidad se ha decidido desechar ambos términos del discurso institucional, político y académico ante las supuestas connotaciones peyorativas impuestas a nivel cultural, derivándose una serie de eufemismos para evitar su uso, entre los que se encuentran “tercera edad”, “adulto mayor”, “adultos en plenitud”, los cuales tienen como propósito hacer a un lado los prejuicios y la discriminación asociados a este grupo de edad, pero que lejos de evitarlos, los mantienen y que no hay que disfrazar los nombres con eufemismos, ya que se asocian a lo inactivo, caduco o inútil, entonces lo que se debe de cambiar es el contenido y eso requiere también cambiar el nombre.

Un eufemismo utilizado en el discurso institucional para dirigirse a este grupo es el de la “tercera edad”. Según Riaño (1999; citado en INGER, 2012). Este término surgió en Francia en 1950 y fue propuesto por el Dr. J. A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología, el cual originalmente se refirió a personas de cualquier edad, jubiladas o pensionadas consideradas de baja productividad, bajo consumo y de poca o nula actividad laboral, posteriormente el concepto sólo se aplicó a los jubilados y pensionados mayores de 60 años, enfatizando la connotación de pasividad, carga económica y social. Este concepto ha sido criticado argumentándose que en la práctica tiene como objetivo suavizar la expresión “dura y peyorativa” de la

palabra viejo y que su uso forma parte de la invisibilidad que la sociedad hace de los adultos mayores (Bottini, 2010; citado en INGER, 2012).

Para García Prada (1997) es inoportuno utilizar el término tercera edad debido a que “el viejo ya no pasa a ninguna otra parte que no sea la muerte”, de esta manera ser viejo “ya no es vivir la tercera edad, sino que es ser para morir [...], a mucha gente de nuestros días le resulta inoportuna la muerte y se evita con el eufemismo de tercera edad, por lo que se propone que la psicología moderna ya no esté dispuesta a aceptar los eufemismos que aporten el tema de la muerte.

Un segundo eufemismo es el de “adulto mayor” término que se otorgó para referirse a las personas mayores de 65 años en países desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud en 1994. Este criterio ha sido tradicionalmente empleado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, sobre todo porque en algunos países es el utilizado por los sistemas de pensiones para otorgar los beneficios sociales (Padilla Nieto, 2002).

Michael Romieux (1998) critica este término señalando que intenta disimular la realidad de la vejez que es considerada como un estigma, pasando a ser un conjunto segregado económica y socialmente, definido por la jubilación y la supuesta improductividad, por lo que es visto como uno de los peligros mayores de la sociedad contemporánea por el aumento desmedido de la pirámide de edad.

En contraposición con las posturas que promueven el uso de eufemismos sobre la vejez, se encuentran propuestas para la revalorización de la palabra “viejo”, para dejar de utilizar términos como tercera edad o adultos mayores que lo que hacen es promover la invisibilidad de este sector de la población. La vejez es un estado de la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital, por lo que tanto la vejez como el envejecimiento son objeto de conocimiento multidisciplinario debido a que los seres humanos son entes bio-psico-sociales. Por esta razón, para abordar su estudio se necesitan múltiples disciplinas.

Fernández-Ballesteros (2004) menciona el establecimiento de distintas etapas que ocurren a lo largo de la vida, las cuales varían de unos autores a otros, pero la mayoría coincide en los cuatro periodos esenciales: la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. En las dos primeras etapas se produce la maduración del individuo en estrecha interacción con el medio ambiente familiar y social y es a partir de la edad adulta cuando se tiene la creencia común que a partir de una determinada edad empieza “la vejez”, generalmente establecida a partir de la jubilación que conlleva pérdida, declive y deterioro.

Esta misma autora asegura que se produce una cierta estabilidad de comportamiento en la edad adulta y que se experimentan amplios declives a partir de los 70 años, por lo que se ha concluido que existen ganancias o mejoras en distinta medida a lo largo del ciclo de la vida, aún a los 90 años; así, por ejemplo, mientras existen funciones cognoscitivas que declinan muy tempranamente (a partir de los 20 años), otras habilidades cognoscitivas como la amplitud de vocabulario o los conocimientos, no lo hacen hasta muy avanzada edad (a partir de los 70 años) o, incluso, otras funciones socioafectivas (como el balance entre el afecto positivo y negativo) se articulan mucho mejor en la vejez, por lo que ciertamente existe crecimiento y declive a todo lo largo de la vida.

Bourdieu (2002; citado en INGER, 2012) plantea que la división en etapas definida por la edad, se encuentra entre las categorías más variadas de tipo social y que son objeto de manipulación porque su sentido y significado tiene que ver con la interpretación que se hace de la realidad y a menudo se utiliza

para guiar el comportamiento. Cada definición y significado que se le otorga a la vejez y al viejo, son a su vez producto de los discursos y prácticas de cada época y se asocian con la experiencia o se derivan de la interacción con los otros.

Asimismo, Fernández-Ballesteros considera a la vejez como una etapa de la vida en donde los individuos llegan con muy distintos bagajes y experiencias debido no sólo al estado del organismo en su sentido biológico, sino que depende también de la historia de aprendizaje y de las experiencias que les ha tocado vivir; de hecho, una de las características más notables en el proceso del envejecimiento es la enorme variabilidad que existe, pues a medida que se incrementa la edad aumenta las diferencias existentes entre los individuos debido a la diversidad de circunstancias y de contextos históricos vividos.

De igual forma, ella menciona que la vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia enfermedades crónicas y, lo que es peor, un conjunto de polipatologías que ocasionan discapacidad y dependencia, así como una mayor proximidad a la muerte, todo ello junto a otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente, por lo que es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas como depresión, soledad, malestar y en definitiva sufrimiento.

Fernández-Ballesteros continúa diciendo que en los últimos años han proliferado los estudios sobre la afectividad a distintas edades (desde la juventud hasta la vejez), así como en la vejez, en los jóvenes-viejos (75-84 años) y en los viejos-viejos (mayores de 85 años), tanto en estudios transversales en los que se comparan la experiencia afectiva de personas de entre 18 y más de 90 años en un momento concreto, como en estudios longitudinales en los que se comparan a las mismas personas en el proceso de envejecer y se va siguiendo su experiencia afectiva, en los cuales se llega a los tres siguientes hallazgos expresados por esta autora:

- a. Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten las emociones positivas con igual frecuencia que la gente más joven.
- b. Existe una fuerte evidencia de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años, existiendo más expresión de “felicidad”, “gratitud” y “contento” que de “frustración”, “tristeza” o “rabia”.
- c. En la vejez existe una mayor complejidad y riqueza emocional, se incrementa el manejo adecuado de los afectos y, por lo tanto, existe una mayor “madurez” afectiva.

Finalmente, Fernández-Ballesteros concluye que la vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de ésta, que ambos son objetos de conocimiento multidisciplinario puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social, por lo que el proceso de envejecimiento psicológico no ocurre isomórficamente al envejecimiento biofísico, pues existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente una vez llegado a su máximo desarrollo y existen otras que se mantienen e incluso que se desarrollan a lo largo de toda la vida.

Por lo anterior, la psicología como disciplina científica que se ocupa del comportamiento humano en los niveles de complejidad necesarios, es una disciplina básica de los cambios psicológicos que se producen en el transcurso de la vida incluyendo la vejez.

3. Envejecimiento.

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos y que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo (Rodríguez Bello, Cañizares Obregón, Echemendia Carpio y Macías Estrada, 2013).

En lo que concierne a la especie humana se reconocen diferentes tipos de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el demográfico: el primero se refiere al proceso irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, mientras que el segundo está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, esto es, se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico degenerativas (Cardona Arango y Peláez, 2012).

González, y Ham-Chande, (2007) plantean cuatro formas de envejecimiento, cada una con condiciones e implicaciones diferentes para los sistemas de salud como la creciente carga de las enfermedades crónicas, la familia por los apoyos y estrategias de convivencia y para cada uno de los individuos (capacidad funcional, enfermedades, hábitos, etc.): ideal, activo, habitual y patológico.

- **Envejecimiento ideal.** Las personas son completamente capaces de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no se les diagnostica alguna enfermedad crónica, se perciben en muy buen estado físico, el deterioro cognoscitivo no está presente, llevan un estilo de vida positivo sin consumo de alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- **Envejecimiento activo.** A las personas se les diagnostica alguna enfermedad crónica, presentan dificultad en alguna actividad de la vida diaria (AIVD), consideran que su estado de salud es bueno, no tienen deterioro cognoscitivo y su factor de riesgo es bajo.
- **Envejecimiento habitual.** Las personas tienen más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud regular, tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia, su deterioro cognoscitivo puede ser ligero o no estar presente y su factor de riesgo es bajo o medio.
- **Envejecimiento patológico.** Las personas presentan una mala autoevaluación de su estado de salud, y deterioro cognoscitivo, tienen diagnóstico de enfermedades crónicas, el factor de riesgo no hace diferencia pues su estado de salud está afectado en varias dimensiones cualquiera que sean los hábitos y comportamiento, su sobrevivencia depende de terceros.

Según recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1999), debe procurarse el envejecimiento activo en la población de edad avanzada, cosa que implica disminuir los tipos de envejecimiento habitual y patológico que involucran dependencia por parte de los individuos, situaciones de malestar y una mayor necesidad de recursos tanto humanos como materiales (González y Ham-Chande, 2007).

4. Teorías sobre el envejecimiento.

Diferentes teorías señalan que en el significado de vejez converge la existencia de conocimientos, ideas y creencias que pertenecen a la experiencia socialmente compartida y que dicho significado se plasma en un mundo simbólico que es asimilado a nivel individual desde muy temprana edad, en donde no se puede pasar por alto el proceso socio-histórico, lo que cada persona experimenta en la vida y las creencias, conocimientos e ideas que cada quien tiene de la propia vejez y de la de los otros (Garay y Mancinas, 2010).

Por lo anterior, existen determinadas teorías que explican las causas del envejecimiento y para que se pueda entender mejor este proceso, Negrete (2010) las divide en biológicas, psicológicas y sociales.

- **Teorías biológicas.** Se basan en la explicación del envejecimiento de órganos y sistemas.
- **Teorías psicológicas.** Se centran en aspectos cognoscitivos y de personalidad.
- **Teorías sociales.** Se concentran en las relaciones y estatus que tienen los adultos mayores.

Las teorías biológicas estudian el fenómeno del envejecimiento desde los aspectos genéticos y/o ambientales que influyen en el proceso de envejecer, ya que pueden alterar el funcionamiento de sistemas o aparatos y no ofrecen pautas para tener un envejecimiento exitoso debido a que éste va a estar condicionado por procesos de carácter ambiental, pero sobre todo a nivel intra y extracelular.

Para Negrete, las teorías que ofrecen un mejor manejo de pautas para un envejecimiento exitoso son las pertenecientes a la categoría psico-social, de las cuales se destacan: la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad, la teoría de los roles y la teoría de la continuidad.

4.1. Teoría de la desvinculación.

La teoría de la desvinculación dice que el envejecimiento normalmente conlleva una reducción gradual del involucramiento social y una mayor preocupación por el yo. Sus creadores, Cumming y Henry (1961) argumentan que la desvinculación es una condición universal del envejecimiento, debido a que el declive en el funcionamiento físico desemboca en una inevitable y gradual retirada de los roles sociales, lo que al final conduce a la muerte.

Esta teoría es considerada como defectuosa, ya que presenta problemas para su fundamentación (Negrete, 2010). Por ejemplo David Gutmann (1974, 1977, 1992) argumenta que la “desvinculación” sólo es una transición entre los roles de la adultez media y la tardía, ocurriendo la verdadera desvinculación sólo en las sociedades en las que los ancianos no tienen roles adecuados y bien establecidos para cada etapa de su vida. Aunque la teoría de la desvinculación va en contra de los principios para tener un envejecimiento exitoso, es gracias a ella que se genera desacuerdo y el surgimiento de otras teorías que ofrecen una mejor reflexión para el éxito durante el envejecimiento.

Cumming y Henry (1961) publican el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo perteneciente al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. El estudio se realizó en el ambiente natural en donde vivían las personas, en la comunidad en la que habían establecido vínculos afectivos y desarrollado laboralmente y no en las instituciones que frecuentan las personas mayores. Se observó cómo los individuos en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales, lo que dió lugar a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso inevitable del envejecimiento que

va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una rotura del anciano con la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin unirse a ningún otro. Esta actitud origina una serie de conductas que impulsan la búsqueda del retiro social como lugar óptimo para conseguir la satisfacción personal en la vejez; en pocas palabras, esta teoría argumenta que con el avance de la edad el individuo sufre pérdidas y acepta su propia impotencia por lo que se aísla.

Las críticas a esta teoría no se hicieron esperar y Havighurst, Neugarten y Tobin en 1968, utilizando el mismo método redefinieron esta teoría como una forma posible de envejecer que afectaría a las personas de distinta manera, pero nunca en su totalidad, ya que existen aspectos de la personalidad diferenciadores entre los sujetos que determinan maneras diferentes de afrontar el proceso de envejecimiento, pudiendo producirse una disminución selectiva de actividades, pero se mantienen aquellas que generan aspectos positivos para la satisfacción personal, por lo tanto más que una reducción cuantitativa de actividades, se trata de una reformulación cualitativa de las mismas, proceso denominado “desvinculación-vinculación selectiva”.

Camp en (1988) realizó un estudio en una residencia de ancianos en Texas y verificó que en un entorno favorecedor de las relaciones sociales, un grupo importante de residentes prefieren el mantenimiento de actividades más que el aislamiento y que en ocasiones las actitudes de desapego que experimentan son más bien la consecuencia a los mensajes antagonistas que se emiten sobre ellos.

El propio Cumming (1964) resalta la existencia de una gran variedad de estilos de vida individuales en la vejez, por lo tanto, se puede decir que la desvinculación entre la sociedad y el individuo es un fenómeno que experimentan algunas personas pero no todas, siendo más bien la sociedad quien las aleja y que no se puede afirmar que la desvinculación sea un proceso universal, inevitable o natural, ni que sea una estrategia vital positiva para concluir con una vejez satisfactoria.

4.2. Teoría de la actividad.

La teoría de la actividad es el contrapunto de la teoría anterior, ya que describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuando el individuo realiza más actividades sociales. Surge como una alternativa a la teoría de la desvinculación y asegura que mientras más activas permanezcan las personas, mejor envejecen, por lo que la actividad continua es crucial para el envejecimiento exitoso. Neugarten, Havinghurst y Tobin (1968) descubrieron que los individuos cuyos roles sociales reflejaban altos niveles de actividad mostraban un nivel alto de satisfacción, quienes también aseguraban que los roles de un adulto (trabajador, cónyuge, padre, etc.) son la principal fuente de satisfacción, por lo que mientras mayor sea la pérdida de roles a través de la jubilación, viudez, distancia de los hijos o debilidad, menos satisfecha se encontrará la persona, por lo que los individuos que envejecen exitosamente mantienen tantas actividades como les sea posible y encuentran sustitutos para los roles perdidos.

Tales autores, asimismo encontraron cuatro estilos principales de envejecimiento cuando observaron la personalidad, la actividad y la satisfacción de adultos que envejecían, identificando algunos roles sociales que podían conducir a satisfacción en la vida:

- Las personas integradas funcionaban bien con una rica vida interior, habilidades cognoscitivas intactas y un alto nivel de satisfacción. Los individuos con roles sociales altos en niveles de actividad y los individuos desvinculados estuvieron en tal categoría.

- Las personas acorazadas-defensivas estaban orientadas al logro, competían y eran fuertemente controladoras.
- Las personas pasivas-dependientes eran apáticas o buscaban depender de otros.
- Las personas no integradas eran desorganizadas, tenían poco control sobre sus emociones, mostraban un pobre funcionamiento cognoscitivo y psicológico, teniendo también problemas de afrontamiento.

Entre las investigaciones que se realizaron para demostrar las distintas características de la teoría de la actividad se encuentran las siguientes:

- Havighurst (1961) partiendo de un estudio realizado en Kansas City con una población entre 50 y 90 años concluyó que las personas que vivían más años libres de discapacidad coincidían con las personas que realizaban alguna actividad, ya fuera la misma que habían mantenido anteriormente u otra actividad nueva que les resultara gratificante y concluye que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas.
- Maddox (1963) realizó un estudio con 250 personas ancianas en donde demostró que su satisfacción estaba directamente relacionada con su nivel de actividad e incluso llegó a afirmar que un incremento de actividad en la edad madura predice una moral alta y un descenso de actividad indicaría una moral baja en la ancianidad.
- Más tarde, Havighurst, Neugarten y Tobin (1968) en otro estudio comparando las teorías de la desvinculación y de la actividad, mostraron su acuerdo con los fundamentos de ambas teorías (separación y retiro a una vida reposada y actividad unida a la satisfacción personal) para explicar el envejecimiento saludable, pero señalaron que ni una ni la otra son concluyentes para demostrar esto, cuestionando la existencia en los adultos mayores de estas dos tendencias excluyentes entre sí (separación-integración), ya que pueden existir personas mayores desligados de sus actividades pero que mantienen una interacción social que les reporta una vejez satisfactoria, por tanto, la desvinculación puede ser inadecuada para unos, pero para otros es una respuesta adaptativa.
- Lemon, Bengtson y Peterson (1972) encontraron que la actividad en y por sí misma alberga poca relación con la satisfacción de la vida. Estudios posteriores sugieren que el *tipo* de actividad es lo que importa. Las actividades informales con amigos y familiares son más satisfactorias que las grupales, formales y estructuradas o las actividades solitarias como leer, ver televisión y tener pasatiempos (Longino y Kart, 1982).

Por su parte, Bühler (1961) refiere que la adaptación satisfactoria a la vejez se relaciona con los siguientes patrones conductuales de las personas mayores:

- Anhelar descansar y relajarse porque se ha cumplido el tiempo de trabajo.
- Desear y conseguir mantenerse activos.
- Aceptar las limitaciones para continuar trabajando y verse forzados a resignarse por la evidencia de falta de capacidades.
- Sentimiento de frustración con el tipo de vida vivida.

La teoría de la actividad es muy conocida y sirve de argumento teórico a muchas prácticas de animación entre los mayores y a otros programas de envejecimiento activo, existiendo también un sentir popular sobre que la actividad en las personas mayores no solamente ayuda a un buen envejecimiento, sino que también ayuda a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad (Bühler, 1961).

4.3. Teoría de los roles.

Hernández Izquierdo (2014) define al rol como la función que una persona representa en un grupo social o en la vida y la socialización implica la interiorización de las normas y los valores sociales que contribuyen a conformar la personalidad del individuo y su imagen social. La fuente principal que tiene la sociedad occidental para la asignación de roles proviene de su estructura en grupos familiares, de la ocupación profesional y de la dedicación a actividades lúdicas. Aunque actualmente existen otros agentes socializadores como los medios de comunicación masiva que acosan a los individuos con modelos sociales de comportamiento.

Irving Rosow en 1967 elaboró su teoría de roles aplicada al proceso de envejecimiento con base en los conceptos anteriores, planteando que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de hijo/a, rol de estudiante, rol de trabajador/a, rol de padre/madre, etc., de esta manera, el individuo va adquiriendo un estatus o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personales.

Hernández Izquierdo (2014) indica que los roles por los que atraviesa una persona van cambiando según las distintas etapas de su desarrollo cronológico, es decir, los papeles que la sociedad va asignando a un individuo y la responsabilidad exigida para su cumplimiento, se modifican a lo largo de la vida. Asimismo, Hernández expresa que con la entrada a la jubilación se produce una pérdida progresiva de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida, por lo que se va produciendo una reducción del papel de las personas mayores en la sociedad hasta quedar desposeídas de roles, sin lugar y sin estatus.

Según Hernández Izquierdo, con la jubilación se genera un proceso inverso a la socialización iniciada en la niñez y que se ha dado en llamar “la desaparición social del anciano”, asimilando los viejos este estatus de desposesión de papeles y pasando a ocupar un rol de inactividad, pasividad e irrelevancia social, debiendo tampoco olvidarse que el retiro generalmente va unido a la finalización de la actividad laboral y en ocasiones a la reducción de las actividades socioculturales porque algunas de ellas están ligadas al estatus profesional, coincidiendo habitualmente con la marcha de los hijos del hogar familiar.

Según la teoría de los roles, dice Hernández Izquierdo que la persona que envejece debe ir asumiendo el papel que le corresponde a su edad, por lo que una adaptación positiva a su proceso de envejecimiento estaría condicionada por la aceptación de la pérdida de roles en la sociedad que es lo que se espera de su compromiso social, por lo tanto según este modelo, se produciría mayor satisfacción en la vejez cuanto más adaptado esté el individuo al cambio de roles, al lugar que la sociedad le va asignando en el proceso de envejecimiento; dinámica de socialización y des-socialización que se presenta solamente en las sociedades modernas occidentales, pues en otras culturas en donde el anciano tiene asignado un papel relevante, no se produce esta exclusión social, sino más bien el anciano adquiere un papel principal como sucede en la sociedad norteafricana.

4.4. Teoría de la continuidad.

La teoría de la continuidad propuesta por el gerontólogo Robert Atchley (1989) postula que las personas que envejecen exitosamente son capaces de mantener algo de continuidad o conexión con el pasado en sus estructuras tanto internas como externas a lo largo de su vida: las estructuras internas incluyen conocimiento, autoestima y un sentido de historia personal o lo que Erikson denominó “integridad del yo” y las estructuras externas incluyen tanto roles, relaciones, actividades y fuentes de apoyo social, así como el ambiente físico. Es normal sugiere Atchley, que los adultos que envejecen busquen un equilibrio satisfactorio entre la continuidad y el cambio en sus estructuras de vida, pues demasiados cambios hacen la vida sumamente impredecible aunque algo de cambio es tanto deseable como inevitable. Hay un impulso interno por la consistencia, una necesidad por evitar un rompimiento total con el pasado, tal impulso se refuerza socialmente, pues la gente tiende a esperar que una persona piense y actúe casi del mismo modo que siempre (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Asimismo, Robert Atchley (1971, 1972) considera que la vejez es una prolongación de las etapas anteriores y el comportamiento de una persona estaría condicionado por las habilidades desarrolladas hasta ese momento. Una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento estarían determinados, entre otros factores, por los hábitos, los estilos de vida y la manera de ser y comportarse que se ha tenido a lo largo de la vida en el pasado.

Por su parte, Ortiz de la Huerta (2005) dice que en la teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad, el individuo se concibe en permanente desarrollo y la llegada de la jubilación no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social de las personas, pues en esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que las rodean: la salud, lo social y lo psicológico. Asegura Ortiz de la Huerta que el mantenimiento de las actividades desarrolladas en la edad madura o la adquisición de otras nuevas se convierte en una garantía para una vejez exitosa y a la vez la satisfacción durante la vejez se relaciona con el mantenimiento de la actividad y costumbres anteriores, con el vínculo entre aquellos elementos que le dieron consistencia personal y la situación presente, al igual que la seguridad y autoestima de entonces sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez.

Esta idea gana apoyo entre los investigadores, como lo expone Papalia et al. (2009), quienes demuestran que muchos jubilados son más felices realizando actividades laborales o de ocio similares a las que disfrutaron en el pasado, ya que cuando el envejecimiento produce cambios físicos o cognoscitivos, puede ser difícil mantener la continuidad en el ambiente externo y el “envejecimiento exitoso” puede significar distintas cosas para diferentes personas.

Desde esta perspectiva, la autora anterior afirma que la actividad no es relevante por sí misma, sino en la medida en que representa una continuación del estilo de vida, pues para los ancianos que siempre han sido activos y comprometidos en sus roles sociales puede ser importante continuar con un alto nivel de actividad y otros que han sido menos activos en el pasado pueden ser más felices llevando una vida más tranquila y asimismo la adaptación exitosa podría depender del apoyo de la familia, amigos o instituciones sociales que ayuden a compensar las pérdidas y minimizar la discontinuidad, idea acorde a la creciente tendencia de muchos países que intentan mantener a los ancianos fuera de las instituciones pero dentro de la comunidad ayudándoles a vivir tan independientemente como sea posible.

Apoyándose en un estudio de personas que habían obtenido éxito reconocido en el mundo de las artes, las ciencias o la política cuando tenían edad avanzada, Maddox y Douglas (1973) proponen que las personas después de su retiro laboral deben mantener su actividad el mayor tiempo posible y cuando determinadas actividades ya resulten imposible de realizarse, es aconsejable sustituirlas por otras actividades.

González de Gago (2010) asegura que para comprender la actitud de los mayores ante los cambios que se producen en la vejez debe conocerse la personalidad previa de cada uno de los sujetos, así el proceso de adaptación a los cambios en esta etapa de la vida adquiere garantía de éxito cuando el individuo ha continuado en actividad o se ha mantenido activo, pues la continuidad es la clave y puede ser entendida en sí misma como un objetivo a conseguir para lograr esta adaptación.

Finalmente, se podría establecer un vínculo entre las diferentes teorías relacionadas al envejecimiento. Inicialmente es necesaria la desvinculación porque ésta es la que va a hacer que el adulto mayor acepte sus propias limitaciones, una vez lograda esta aceptación podrá desvincularse de aquellas actividades que realizaba y que ahora ya no puede hacer, lo que obviamente depende de sus características físicas y cognoscitivas, entonces podrá seleccionar nuevas actividades que se acoplen a su nuevo estilo de vida, aquí es en donde entra la reformulación cualitativa de las actividades “desvinculación-vinculación selectiva”, las cuales deben ir de la mano con los nuevos roles que va adquiriendo y la teoría de los roles indica que éstos van cambiando y al final el adulto mayor se queda sin ellos, pero si continúa realizando actividades dentro de la sociedad de acuerdo a las teorías de la actividad y de la continuidad, no se quedará sin ningún rol, al contrario irá adoptando nuevos roles y realizando nuevas actividades que se acoplen a su nuevo estilo de vida y a las nuevas actividades que ha decidido realizar.

Por lo tanto, no se puede considerar una sola teoría, es necesario rescatar lo esencial de cada una de ellas para lograr un envejecimiento exitoso y con calidad de vida, pero sin olvidar las teorías biológicas que aunque solamente explican los cambios a nivel orgánico, se puede hacer uso de su conocimiento para modificar los hábitos relacionados a la salud física que a su vez repercutan en el éxito del nivel psicosocial.

5. Salud en el adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y la Academy Health (2004) 41 definen la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad”. El concepto de salud en los adultos tiene dos dimensiones: diagnóstico y autopercepción: los elementos que componen el diagnóstico son las enfermedades crónicas, la capacidad funcional y el deterioro cognoscitivo, mientras que el factor subjetivo o la autopercepción se refiere a la valoración que los individuos hacen de su propio estado de salud González y Ham-Chande (2007).

La salud permite dar cuenta del bienestar general de la persona, ya sea desde su percepción o con base en un diagnóstico establecido. Asimismo, la autopercepción de la salud en el adulto mayor se prescribe con mayor afinidad, pues es ahí donde se evidencia que la salud está directamente relacionada con las expectativas y calidad de vida con la que se ha asumido el ciclo vital. Algunos factores de riesgo se relacionan a la conducta, actitudes y sensaciones que condicionan el estado de salud de los individuos y pueden ser el consumo de tabaco, alcohol y la falta de actividad física o de ejercicio.

La Organización Mundial de la Salud (2012) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de los valores que viven las personas en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.

Lo que mejor designa la calidad de vida, es la calidad de las vivencias que tienen los sujetos. A medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía o independencia para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, la capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

Entonces se puede decir que la autopercepción de la salud es el indicador que se considera como una herramienta útil para determinar el estado de salud global de la persona y va a servir para predecir sus necesidades y organizar los programas de intervención, los cuales deben buscar preservar la calidad de vida y la independencia para desempeñar las funciones cotidianas (González y Ham-Chande, 2007). Estos mismos autores señalan la importancia que debe tener la autopercepción y la calidad de vida en el adulto mayor, porque mucha de su motivación depende de estos dos factores y para que un programa de intervención sea exitoso y se obtengan buenos resultados, es necesario conjugar ambos.

Muchos factores incluidos la salud física, el ajuste psicológico, el estatus socioeconómico, los eventos de vida y el apoyo social, pueden afectar la salud mental de un anciano (Wykle y Musil, 1993). Factores similares han sido identificados como relevantes en la satisfacción con la vida (Schulz, 1985).

El bienestar tiene muchas facetas, y los diferentes investigadores han usado diversos criterios para medirlo, lo que hace difícil comparar los resultados obtenidos. Carlo Ryff y sus colaboradores (Ryff y Seltzer, 1995; Ryff y Singer, 1998) tomando como base a una serie de teóricos que van desde Erikson hasta Maslow, desarrollaron un modelo multifactorial que incluye seis dimensiones de bienestar y una escala de auto-reporte para medirlas, las cuales son: *autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal*. De acuerdo con Ryff, las personas psicológicamente saludables muestran actitudes positivas hacia ellos mismos y los demás, deciden por ellos mismos, regulan su propio comportamiento y eligen o crean ambientes adecuados a sus necesidades, poseen metas que hacen significativas sus vidas y se esfuerzan por explorar y desarrollarse ellos mismos tan completamente como sea posible.

Entre las características que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de la salud del adulto mayor se encuentran las siguientes: funcionalidad, nutrición, audición, actividad física, tiempo de reacción y coordinación, estrés, relaciones afectivas y sociales, así como apoyo social.

5.1. Funcionalidad.

Un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave en la definición de salud del anciano y por ello la Organización Panamericana de la Salud OPS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo es el estado de independencia funcional.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (Ministerio

de Salud, 2003). Fillenbaum (1984) concuerda con este criterio, sugiriendo la evaluación de la salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

Existen programas en otros países como Chile, en donde se ha buscado fomentar y preservar la funcionalidad y autonomía de los adultos mayores proponiendo la realización de un programa integral de actividades orientadas a satisfacer esta necesidad (Marín, 1998). Gracias a éstas investigaciones se ha podido determinar que si se desea aumentar los niveles de funcionalidad de los adultos mayores, se debe detectar en forma anticipada las situaciones que la pongan en riesgo.

Los cambios naturales y los problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales que alcanzan su mayor expresión en el adulto joven y disminuyen notoriamente en la etapa de envejecimiento (Forcica y Lavizzo-Mourey, 1996).

Los programas educativos destinados a potenciar la funcionalidad de los ancianos deben contener actividades que les ayuden a fortalecer las potencialidades que han permanecido en desuso (Marín, 1993). Entre ellas se pueden mencionar la capacidad de crear, relacionarse, comunicar, aprender, autorrealizarse, dar y recibir afecto, preocuparse por otros, cultivar la espiritualidad y encontrar el sentido de la vida en esta etapa de su existencia (Selby y Griffiths, 1986).

5.2. Nutrición.

El adulto mayor se enfrenta a cambios fisiológicos que determinan o condicionan su consumo de alimentos y su estado nutricional (Rivera y Mandujano, 2003). La mayoría de ellos disminuyen la fuerza de contracción de los músculos de masticación y pierden progresivamente algunas piezas dentales, también se ven alterados los umbrales olfatorios y del gusto. La pérdida de la vista y del olfato son más comunes en las personas mayores de 60 años, disminuye la capacidad para su cuidado personal y en muchas ocasiones no cuentan con una persona que se encargue de su alimentación o de su cuidado (Zayas, 2004).

Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela (2006) mencionan que los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimento, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa. Asimismo dichos autores expresan que al llegar a la vejez muchos de ellos se enfrentan el aislamiento de su familia lo que les dificulta la adquisición de alimentos, viéndose también en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas alimenticios.

De igual forma estos autores resaltan que la conducta alimenticia en esta edad es difícil de modificar por diferentes factores, siendo uno de ellos la tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas transmitidos de generación en generación que marcan pautas de comportamiento, los adultos mayores reconocen la necesidad de cambiar sus hábitos de alimentación para el manejo y control de sus enfermedades, pero igualmente plantean que esto significa renunciar a sus alimentos preferidos, agradables por su sabor y por lo que representan.

Las personas mayores suelen tener muy arraigados sus estilos de vida y sus hábitos alimenticios. Por lo anterior, Aranceta (2002) menciona que la educación nutricional debe plantear simultáneamente la oferta de alimentos, así como los conocimientos y habilidades relacionados con su ingesta, la cual debe realizarse en un clima de respeto y afecto, utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación

saludable con una mejor calidad de vida y un mayor grado de autonomía, por lo que las guías de alimentación y las recomendaciones ajustadas a las necesidades de cada individuo son de gran ayuda para los adultos mayores.

5.3. Audición.

Tanto la audición como la visión están en su máximo potencial alrededor de los 20 años y gradualmente se comienzan a perder antes de los 25, volviéndose más aparente su pérdida después de dicha edad (Papalia, et al. 2009). La mayoría de las personas no notan la disminución de la audición en este periodo debido a que no afecta las frecuencias que se usan en el habla normal, no es hasta los setenta años que la mayoría de los adultos dejan de escuchar palabras en la conversación (Katchadourian, 1987). Es por esto, que los adultos deben examinar su audición cuando encuentran difícil entender palabras; se quejan de que otras personas “mascullan”, no pueden escuchar un grifo que gotea o las notas altas en la música, tienen un silbido o campanilleo en los oídos y no disfrutan de fiestas, la televisión o los conciertos porque no escuchan mucho de lo que sucede (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 1993; Weinstein, 2003).

La pérdida auditiva es la tercera condición crónica más común en los adultos mayores, superada sólo por la artritis y la hipertensión (Schneider y Pichora-Fuller, 2000). La mayor parte del deterioro auditivo relacionado con la edad se debe a degeneración de las estructuras del oído interno, aunque existen muchos tipos de pérdida y dependen de las partes del oído interno que resulten afectadas (Papalia, et al. 2009).

Los auxiliares auditivos que amplifican el sonido, pueden compensar la pérdida auditiva leve en cierta medida. Sin embargo, pueden ser difíciles de ajustar, pues amplifican tanto los ruidos de fondo así como los sonidos que el usuario quiere escuchar. Muchas personas sienten que utilizar un auxiliar auditivo es como traer un letrero que dice “Me estoy volviendo viejo”. Los auxiliares auditivos más nuevos usan tecnología de microchip que proporciona una calidad sonora mejorada.

Las personas que hablan a los ancianos con audición defectuosa pueden seguir algunos pasos simples para mejorar la comunicación con ellos (Hull, 1980; National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2001).

- Cuando se hable con alguien que tenga problemas auditivos debe haber una buena iluminación para que la persona hipoacúsica pueda ver el movimiento de los labios y gestos de la otra persona y los pueda usar como pistas para las palabras que ésta emite.
- Se debe hablar desde una distancia de 1 a 2 metros, nunca hacia el oído de la persona.
- No se debe masticar, comer o cubrir la boca mientras se habla
- No debe hablarse con el radio y la televisión encendidos, debe apagarse o bajarse el sonido de éstos.
- Debe hablarse un poco más fuerte de lo usual, pero no gritar.
- Hablar claramente y no muy rápido.
- No exagerar la articulación, debido a que la exageración puede distorsionar tanto los sonidos como las pistas visuales.
- Si el que escucha no entiende lo que se dice, debe repetirse pero usando oraciones simples y cortas.

5.4. Actividad física (ejercicio).

La actividad física además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, fortalece los músculos, el corazón, los pulmones y los huesos, reduce la presión arterial, protege contra cardiopatías, apoplejía, diabetes, cáncer y osteoporosis. Además de aliviar la ansiedad, el estrés y la depresión, mejora el sueño y prolonga la vida (American Heart Association, 1995; Lee y Paffenbarger, 1992; Lee, Franks, Thomas y Paffenbarger, 1981; McCann y Holmes, 1984; Notelovitz y Ware, 1983; Pratt, 1999). La práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico "y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo" (Costil y Wilmore, 1998).

Varios estudios han demostrado resultados positivos en el estado de salud de aquellas personas que suelen realizar actividad física.

- En un estudio longitudinal, realizado por Blair, Kohl, Paffenbarger, Clark, Cooper y Gibbons (1989) se pusieron a prueba más de 13 mil hombres y mujeres sanos en una caminadora, se clasificaron los resultados obtenidos en cinco categorías que hacían referencia a la buena condición cardíaca y respiratoria. Ocho años después, las tasas de mortalidad de los que tenían menos condición física fueron tres veces más altas que las tasas de mortalidad de quienes estaban mejor acondicionados. Incluso los que simplemente caminaban de media a 1 hora cada día a un ritmo rápido pero cómodo también redujeron los riesgos a su salud a la mitad o más.
- Otro estudio que duró 3 años en el que participaron 500 mujeres entre los 42 y 50 años dio como resultado que el ejercicio moderado diario o incluso caminar enérgicamente 20 minutos sólo tres veces a la semana podía reducir el riesgo de cardiopatías (Owens, Matthews, Wing y Kuller, 1992).

El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc., los cuales reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de las personas mayores, reduciéndose asimismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz (Izquierdo, 1998) 70. Moreno González (2005) señala que la reducción de la actividad física con la edad y esta reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan incoordinación y torpeza motriz, siendo la inmovilidad e inactividad el mejor agravante del envejecimiento y de la incapacidad, de tal forma que lo que deja de realizarse como fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar.

Farrell, Kampert, Kohl, Barlow, Macera, Paffenbarger, Gibbons y Blair (1998) exponen que la actividad física contribuye a la prevención y manejo de una serie de enfermedades, entre las que se destacan las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II (DM II), obesidad, hipertensión arterial (HTA) y depresión, entre otras. Estos autores explican que el efecto de la disminución en la actividad física y la dieta son factores coadyuvantes de la obesidad, así como su asociación con la mortalidad. Al mismo tiempo aseguran que en los adultos mayores, la actividad física contribuye a prevenir el riesgo de caídas, fracturas y pérdida ósea, mediante el fortalecimiento de los huesos y músculos y la mejoría de la agilidad y flexibilidad; también mejora el bienestar psicológico y permite conservar las habilidades para una vida independiente y autónoma.

El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos (Moreno González, 2005).

Papalia et al. (2009) sostiene que el envejecimiento saludable no es solamente cuestión de suerte, los buenos hábitos de salud pueden evitar, demorar o incluso revertir lo que solía considerarse los inevitables estragos del envejecimiento y los adultos también pueden hacer mucho para mantener o mejorar su funcionamiento cognoscitivo, incluso en la vejez.

5.5. Tiempo de reacción y coordinación.

Birren, Wood y Williams (1980) sostienen que los adultos mayores se desempeñan más lentamente que los adultos jóvenes en casi todo tipo de tareas, mientras más compleja sea la tarea, mayor es la diferencia con la edad, señalando que el tiempo de reacción simple que involucra una sola respuesta a un solo estímulo se lentifica aproximadamente 20 por ciento en promedio, entre las edades de 20 y 60 años, dependiendo de la cantidad y tipo de información a procesar y el tipo de respuesta requerida.

Cuando se pide una respuesta vocal en vez de una manual, las diferencias de edad en tiempo de reacción simple se reducen sustancialmente (Johnson y Rybash, 1993). Las tareas que involucran una elección de respuestas (como golpear un botón cuando se enciende una luz y otro botón cuando se escucha un tono) y habilidades motoras complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones como jugar un juego de video o conducir un automóvil, declinan más, pero el declive no necesariamente resulta en rendimiento más pobre. De manera común, los adultos de la etapa media son mejores conductores que las personas más jóvenes (Sterns, Barrett y Alexander, 1985) y los mecanógrafos de 60 años son tan eficientes como los de 20 años (Spirduso y MacRae, 1990). En éstas y otras actividades, la mejoría que viene con la experiencia compensa de manera suficiente los decrementos que vienen con la edad (Papalia, et al. 2009).

5.6. Estrés.

Mientras más estresantes sean los cambios que ocurren en la vida de una persona, más probable es que se enferme en los años por venir. Éste fue el hallazgo de un estudio clásico en el que dos psiquiatras, basados en las entrevistas realizadas a 5 mil pacientes hospitalizados, clasificaron los acontecimientos estresantes que habían precedido a la enfermedad de éstos (Holmes y Rahe, 1976).

Algunos eventos que pueden llegar a parecer cambios positivos como un matrimonio, una nueva casa o logros personales, requieren incluso de ajustes, aunque éstos sean eventos perceptualmente felices y debido a que el cambio puede ser estresante, algunas personas reaccionan al estrés enfermándose. Lakatta también menciona que la habilidad del cuerpo para responder al estrés tiende a deteriorarse con la edad, aunque los sistemas corporales pueden funcionar bien bajo circunstancias normales, cuando se les desafía con situaciones estresantes no responden tan eficientemente como en la juventud, el cuerpo de una persona adulta mayor puede tanto reaccionar de una manera deficiente como sobrereaccionar al estrés, puede no aumentar lo suficiente el ritmo cardíaco durante el ejercicio físico, sino liberar cantidades excesivas de adrenalina y otras hormonas de estrés mucho después de que terminó el evento estresante Lakatta (1990).

5.7. Relaciones afectivas y sociales.

Las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognoscitivo a través de vías psicológicas, de comportamiento y fisiológicas (reactividad cardiovascular, funcionamiento neuro-endocrino y sistema inmune) (Unger, McAvay, Bruce, Berkman y Seeman, 1999, Berkman y Glass 2000). De esta forma, mantener relaciones sociales activas y estar integrado en la familia y en la comunidad puede conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes y sentimientos de autoeficacia,

control y competencia personal (Krause, 2004a). Otras investigaciones han demostrado que desarrollar un papel social contribuye a una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad (Mendes de León, Gold, Glass, Kaplan y George, 2001). A ello se ha de añadir que la integración social facilita el acceso a información sobre la salud y los servicios de salud, anima a comportamientos más saludables y promueve la utilización de cuidados para la salud (Unger et al., 1999).

Las redes sociales hacen referencia al conjunto de individuos con los que se establecen relaciones y vínculos interpersonales y su principal contenido relacional es el apoyo instrumental, emocional, la vinculación social, el desarrollo de roles sociales y la influencia social. Las medidas que enfatizan los componentes estructurales de las relaciones sociales muestran un efecto protector frente a la discapacidad (Unger et al 1999, Mendes de León, Glass, Beckett, Seeman, Evans y Berkman, 1999, Avlund, Lund, Holstein y Due 2003, 2004, Otero et al 2006) e incluso un mayor efecto protector frente a la progresión de la discapacidad a largo plazo que aquellos que enfatizan aspectos funcionales (Mendes de León et al 2001). La red social ha sido identificada como un factor protector frente al declive funcional (Unger et al 1999) al inicio de discapacidad básica (Mendes de León et al 1999, 2001, Otero et al 2006) y asociada a una mayor probabilidad de recuperación tras la misma (Mendes de León et al 1999, Otero et al 2006).

Las dimensiones de salud emocionales son las más favorecidas por la fortaleza de las redes familiares. La autopercepción del estado de salud se ve también favorecida por la frecuencia del contacto con los hijos. De igual forma las limitaciones funcionales e instrumentales parecen verse también favorablemente influenciadas por la fortaleza de las redes familiares.

La convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. De esta forma, la convivencia con la pareja muestra efectos claramente positivos sobre el estado de salud en la vejez. La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores.

Las dimensiones de la salud que se muestran más favorecidas por la fortaleza de las redes familiares son la depresión (sobre la que tienen efectos positivos tanto la convivencia como la frecuencia de los contactos), la salud percibida (sobre la que tienen efectos positivos la frecuencia de los contactos, pero no así la convivencia) y los problemas funcionales e instrumentales, primeras etapas del proceso de discapacidad; por el contrario, indicadores de estados más avanzados de deterioro de la salud, como la discapacidad básica o el deterioro cognoscitivo, parecen verse favorecidos en menor medida por la fortaleza de las redes familiares (Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, 2007).

5.8. Apoyo social.

Papalia, et al. (2009) afirma que para la mayoría de los adultos, el trabajo es una conveniente fuente de contacto social y el contacto social puede ser una relevante fuente de apoyo, en especial conforme la gente envejece. Ella expresa que se ha observado que los ancianos jubilados desde hace mucho tiempo tenían menos contactos sociales que los jubilados más recientes o quienes continuaban trabajando al menos tiempo parcial, pero, aunque la medida de la red social y la frecuencia de los contactos declina, la calidad del apoyo (tener gente para apoyarse en tiempos de crisis) aparentemente no decrece.

La teoría del convoy propuesta por Robert Kahn y Toni Antonucci (1980), distingue las relaciones en términos de su intimidad relativa, dado que sólo los círculos exteriores de contacto social de una persona

son significativamente afectados por la jubilación, ya que los compañeros de trabajo en estos círculos tienden a alejarse, a ser sustituidos por nuevos amigos de ocio, o bien, se pasa más tiempo con otros amigos y conocidos.

Kim y Moen (2001) mencionan que sin importar lo que ocurra a estas amistades relativamente casuales, los jubilados todavía tienen un círculo interno estable de amigos cercanos y miembros de la familia y por tanto no sienten una pérdida del apoyo social o bienestar, las redes familiares y de amistad, así como la afiliación a grupos, promueven el ajuste de la jubilación. La transición de la jubilación es más fácil si los retirados cuentan con amigos y familia que los apoyen en su nuevo papel.

La teoría de selectividad de Laura Carstensen (1991, 1995) se enfoca en los cambios con respecto al funcionamiento de los contactos sociales en la vida adulta. De acuerdo a esta teoría, la interacción social tiene tres funciones: 1) es una fuente de información, 2) ayuda a las personas a desarrollar y mantener un sentido del yo y 3) es una fuente de placer o bienestar emocional. Las primeras dos funciones, información e identidad, declinan porque son menos necesarias conforme pasa el tiempo; pero la función emocional que depende de la calidad del apoyo social, se vuelve central, además los jubilados se tornan más selectivos acerca de sus interacciones sociales, de modo que pueden mantener una calidad alta de apoyo social confiable con personas con las que realmente disfrutaban y con quienes pueden contar en tiempos de necesidad. Por ende, lejos de disminuir el bienestar, las limitaciones sobre la red de apoyo social de una persona que envejece pueden ser positivas y adaptativas.

6. Enfermedades comunes en el adulto mayor.

Las estadísticas constatan que a inicios del año 2000 ha habido cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y muerte de la población envejecida, resaltando los cambios en la estructura de la mortalidad por causas como el incremento de las enfermedades crónicas, el descenso de las infecciones y la discapacidad respecto a la mortalidad (López y Blanco, 1997; citado en González y Ham-Chande, 2007).

El incremento en la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan la calidad de vida. La Organización Panamericana de la Salud realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), para evaluar el estado de salud de la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida la Ciudad de México (Peláez, Pratts, Hennis, Ham-Chande, León Díaz y Lebrão, 2005), registrándose que las enfermedades con más frecuencia fueron: la hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis (Secretaría de Salud, 2001).

Otra alteración que parece ser normal con la edad es la pérdida de la memoria que suele tener una relación directamente proporcional a la demencia (es la regla, no la excepción), sin embargo, también se pueden encontrar personas longevas con una cognición normal y enfrentar en medicina por desgracia, la situación de jóvenes que padecen demencia (Rodríguez Leyva, 2014).

Rodríguez Leyva en 2014 en el V Simposio de medicina geriátrica mencionó que entre las causas de pérdida de la memoria con la edad están la depresión, el abuso de sustancias, la toma de medicamentos (algunos muy populares deberían de ser proscritos, como la cinarizina o la flunarizina e incluso algunos procinéticos que favorecen el deterioro intelectual), la hipoxia y desde luego el envejecimiento (que de manera natural lleva a la apoptosis neuronal), recientemente ha cobrado gran importancia el conocer más acerca de la

neurodegeneración relacionada a las enfermedades ocasionadas por depósitos anormales de proteínas plegadas, formando cuerpos de inclusión entre las que se encuentran el Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica y demencia fronto-temporal.

México cuenta con poca información sobre las características del entorno del adulto mayor y su perfil de salud y nutrición. La información disponible procede de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993), realizada en zonas urbanas y la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000). Ambas encuestas notificaron que los problemas más comunes en las personas mayores de 60 años eran: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipercolesterolemia y algunas enfermedades renales (Shamah-Levy, Cuevas-Nasu, Mundo-Rosas, Morales-Ruán, Cervantes-Turrubiates, y Villalpando-Hernández, 2008).

FUNCIONES COGNOSCITIVAS

1. Definición y clasificación.

Las funciones cognoscitivas son procesos psicológicos de tipo emergente que permiten interiorizar información y autorregular al organismo para facilitar el aprendizaje significativo (Lafrancesco, 2005). Permiten recibir la información del entorno, procesarla, memorizarla y disponer de ella para su utilización posterior (Leturia, Yanguas, Uriarte, 2001).

Es decir, son todos los procesos mentales que el cerebro realiza para llevar a cabo cualquier tarea, permitiendo la adaptación a nuevas situaciones. Entre las principales funciones cognoscitivas se encuentran: la orientación en espacio, tiempo y persona, la percepción, la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, el razonamiento, etc., las cuales se describen en los párrafos siguientes.

1.1. Orientación.

Lezak (2004) define la orientación como la capacidad que permite establecer el nivel de conciencia de nosotros mismos y el estado general de activación en un momento determinado y se divide en tres tipos: orientación en tiempo, espacio y persona.

- **Orientación temporal.** Capacidad para manejar información de diferentes hechos o situaciones y situarlos cronológicamente en el tiempo, como la información relativa al día, hora, mes, año, momentos de realizar acciones, actividades, festividades, estaciones, etc.
- **Orientación espacial.** Capacidad para manejar la información relativa al lugar al que vamos, de dónde venimos, en dónde estamos en un momento específico o cuando realizamos una acción o actividad.
- **Orientación personal.** Capacidad para integrar la información relativa a la historia e identidad personales, como por ejemplo nombre, edad, estado civil o estudios que se han realizado, etc.

1.2. Percepción.

En el apartado de percepción se retomó a Lupón, Torrents y Quevedo (2012), quienes definieron este proceso cognoscitivo como el acto de recibir, decodificar e interpretar a través de las estructuras mentales las señales del medio que los órganos de los sentidos proporcionan al individuo. La percepción a pesar de tener un origen orgánico y físico, al involucrar actividades psíquicas tiene resultados diferentes en cada persona. A diferencia del resto de las funciones cognoscitivas, la percepción presenta la característica distintiva de tener su origen en la interacción física que se da entre el medio y el organismo a través de los órganos sensoriales (vista, oído, olfato, gusto y tacto) que viene a ser el punto de encuentro entre lo físico y lo mental.

La percepción inicia cuando el individuo recibe información y la empieza a transformar en un elemento conocido y comprendido por él mismo y en un segundo momento, prácticamente inmediato, asimila el nuevo significado y lo acomoda a su estructura mental. El proceso de la percepción se ve complementado

con otros como el de la memoria, ya que los nuevos elementos son acomodados junto con los antes conocidos, haciendo incluso más sencillo el proceso cognoscitivo.

La percepción permite que el individuo se adapte mejor al medio en el que se encuentra para desempeñar las actividades que le correspondan. Aquí, es indispensable subrayar nuevamente que el resultado de los estímulos recibidos variará de un individuo a otro. La percepción incluye las siguientes fases:

- a) **Detección:** Cada sentido del cuerpo recibe los estímulos, de acuerdo a las características físicas de éstos.
- b) **Transducción:** La energía emitida por cada estímulo es transformada en impulsos nerviosos por los órganos de los sentidos.
- c) **Transmisión:** Los impulsos nerviosos que contienen la información codificada llegan al cerebro.
- d) **Procesamiento de la información:** En el cerebro se decodifica la información, organizándola e interpretándola en forma de experiencias conscientes.

1.3. Atención.

Para Portellano (2005), la atención es el elemento fundamental que articula todos los procesos cognoscitivos; es un sistema funcional complejo, dinámico, multimodal y jerárquico que facilita el procesamiento de la información, seleccionando los estímulos pertinentes para realizar una determinada actividad sensorial, cognoscitiva o motora; focaliza selectivamente un determinado estímulo, filtrando, desechando e inhibiendo la información no deseada; se interrelaciona con múltiples subfunciones como el nivel de conciencia, orientación, concentración, velocidad de procesamiento, motivación, selectividad o alternancia y su estructura supramodal se articula en tres niveles de complejidad creciente, los cuales son:

- a) **Estado de alerta.** También denominado vigilancia, es la base fundamental de los procesos atencionales y constituye su nivel más elemental, permite que el sistema nervioso disponga de suficiente capacidad para la recepción inespecífica de la información externa e interna y consta de dos componentes: atención tónica y atención fásica.
- b) **Atención sostenida.** Es la capacidad mediante la cual el foco atencional se puede mantener resistiendo al incremento de la fatiga y a las condiciones de distracción, asimismo guarda relación con los factores motivacionales, permitiendo que se active la atención selectiva.
- c) **Atención selectiva.** Es el nivel jerárquico más elevado de los procesos atencionales, comprende la capacidad para la selección e integración de estímulos específicos, así como la habilidad para focalizar o alternar entre dichos estímulos mediante un adecuado tratamiento de la información, selecciona y activa procesos cognoscitivos relacionados a los estímulos o actividades relevantes, anulando los que son irrelevantes, es un proceso activo que en gran medida depende de la motivación e intereses de cada persona.

En la tabla 2 se encuentran las diferentes modalidades de atención descritas por Portellano (2005).

Modalidad atencional	Características
Focalizada	- Capacidad para dar respuesta de un modo diferenciado a estímulos sensoriales específicos. - Permite el procesamiento de determinados estímulos, mientras se ignoran otros. - No existe consenso sobre su origen. Algunos autores sostienen que su naturaleza es sensorial activándose en las fases iniciales del procesamiento atencional, mientras que otros afirman que se trata de un proceso perceptivo que realiza una selección entre varios estímulos después de producirse la recepción sensorial inicial.
Sostenida	- Capacidad para mantener una respuesta conductual mediante la realización de una actividad repetida y continuada durante un período de tiempo determinado.
Alternante	- Capacidad para cambiar el foco de atención de un estímulo a otro, desplazándolo entre varias tareas que exigen distinta respuesta cognoscitiva, pero ejerciendo un control para que la información se atienda de forma selectiva.
Selectiva	- Capacidad para mantener una determinada respuesta ante un estímulo a pesar de la presencia de varios estímulos distractores que de manera simultánea compiten entre sí. - Permite prestar atención a las características del ambiente que son relevantes para la conducta dirigida a metas, excluyendo otros estímulos.
Dividida	- Capacidad para responder simultáneamente a diferentes estímulos y tareas o demandas diferentes durante la realización de una misma tarea. - Permite la realización de varias tareas atencionales de modo simultáneo, como por ejemplo hablar con el acompañante, mirar por el espejo retrovisor o controlar los pedales mientras se conduce un automóvil.
Excluyente	- Capacidad para producir una respuesta inhibiendo otras que no son relevantes para el logro de metas, lo que exige ignorar los estímulos irrelevantes para la realización de una tarea. Por ejemplo las tareas de inhibición tipo Stroop que consisten en decir el color con el que está escrita la palabra en lugar de leerla.

Tabla 2. Modalidades de la atención (Portellano, 2005).

1.4. Memoria.

La memoria según Portellano (2005) es una función que permite registrar, codificar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información previamente almacenada. Mientras que el aprendizaje es la capacidad para adquirir nueva información, la memoria es la capacidad para retener la información aprendida. La memoria archiva la información en tres fases: codificación, almacenamiento y recuperación (Papalia et al., 2009). Cuando los adultos mayores presentan dificultades para recordar se puede deber a problemas en cualquiera de estas fases, las cuales se describen brevemente:

- **Codificación:** La codificación asigna un “código” o “etiqueta” a la información con el fin de prepararla para su almacenamiento en carpetas y así facilitar su localización cuando sea necesario; es decidir, en cuál “carpeta” ponerlo, por ejemplo, “personas conocidas” o “lugares visitados” (Papalia et al., 2009).

Problemas de codificación. Los ancianos parecen tener menos habilidad que los jóvenes para codificar nueva información y recuperarla más fácilmente, además de que ésta parece ser menos precisa (Craik y Byrd, 1982). Por ejemplo, es menos probable que dispongan de material de manera espontánea en orden alfabético o que hagan asociaciones mentales, sin embargo pueden mejorar sus habilidades de codificación con ayuda de entrenamiento o instrucción, pero el beneficio que obtienen en comparación con los adultos más jóvenes depende de la tarea (Craik y Jennings, 1992).

- **Almacenamiento.** Es el proceso mediante el cual se guarda la información (se pone en una carpeta en el archivero) (Papalia et al., 2009).

Problemas de almacenamiento. Hallazgos recientes sugieren que un pequeño aumento en la “falla de almacenamiento” puede ocurrir con la edad (Camp y McKittrick, 1989; Giambra y Arenberg, 1993), aunque la mayoría de los estudios no apoyan la idea de que los ancianos olvidan más rápidamente que los jóvenes (Poon, 1985). No obstante, si los recuerdos se deterioran, aún es posible que permanezcan rastros y que sea posible reconstruirlos o, al menos, reaprender el material rápidamente y una posible explicación para el olvido es que el material almacenado puede deteriorarse tanto que su recuperación se vuelve difícil o imposible (Camp y McKittrick, 1989; Chafetz, 1992).

- **Recuperación.** El último paso es recuperar la información cuando se le requiere (buscar el archivo y tomarlo) (Papalia, 2009).

Problemas de recuperación. Al recuperar la información almacenada en la memoria, los ancianos pueden ser capaces de responder una pregunta de opción múltiple, pero no una abierta. Aunque tienen más problemas que los adultos jóvenes para recordar detalles, se desempeñan casi tan bien como aquéllos en el reconocimiento de lo que conocen (Hultsch, 1971; Lovelace, 1990), pero les toma más tiempo que a los más jóvenes buscar en sus recuerdos (Anders, Fozard y Lillyquist, 1972; Lovelace, 1990). El recuerdo de detalles sobre acontecimientos recientes puede mejorar al ver fotografías o leer descripciones acerca de éstos (Papalia et al., 2009). La diferencia de edad pierde importancia cuando están familiarizados con el material, tienen una oportunidad para practicarlo y pueden trabajar a su propio ritmo (Lovelace, 1990; Poon, 1985).

Los mecanismos involucrados en la codificación, almacenamiento y recuperación pueden variar según la situación, el tipo de información y la manera en que se utilizará dicha información (Lovelace, 1990). Las dificultades en cualquiera de estos pasos pueden deteriorar la memoria (Zacks, Hasher y Li, 2000) y la manera en que se codifica y almacena la información puede afectar su accesibilidad (Lovelace, 1990; Wingfield y Stine, 1989). Un dato que esté mal archivado (codificado de manera inadecuada o almacenado en el lugar equivocado) será difícil de recuperar.

1.4.1. Tipos de memoria.

La descripción de los tipos de memoria se retoma de Portellano (2005), quien refiere dos grandes modalidades en función del tiempo transcurrido para su almacenamiento: memoria de corto plazo y memoria de largo plazo.

A. Memoria de corto plazo (MCP).

La memoria de corto plazo comprende el proceso de retención inicial de la información durante un breve tiempo que oscila desde algunas fracciones de segundo hasta varios minutos, aunque algunos autores sitúan su límite temporal en 30 segundos. Su función es almacenar los recuerdos mientras tienen lugar los cambios fisiológicos necesarios para el almacenamiento de largo plazo que se produce mediante la reverberación de la actividad neuronal, hasta que finalmente se producen cambios estructurales de largo plazo en las sinapsis que posteriormente facilitan que se produzca la misma pauta de actividad.

El sustrato de la MCP se localiza en los circuitos reverberantes locales que implican neuronas corticales o bucles córtico-talámicos, siendo su base la circunvolución angular y supramarginal del lóbulo parietal, existiendo además una disociación hemisférica, ya que el lóbulo parietal izquierdo es responsable del contenido verbal (recuerdo de dígitos o palabras), mientras que el derecho es responsable del recuerdo inmediato de las imágenes.

La memoria de corto plazo comprende varias modalidades: memoria sensorial, memoria inmediata y memoria de trabajo (ver figura 1).

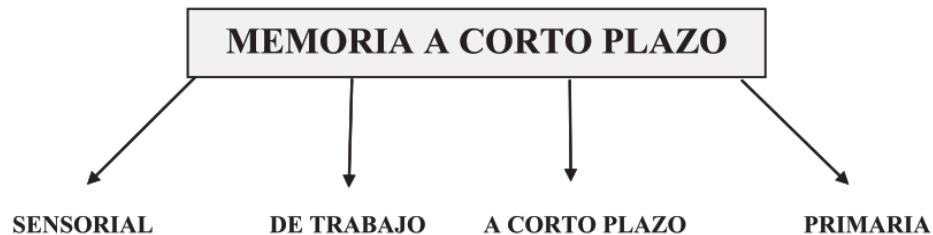


Figura 1. Clasificación de la memoria de corto plazo (Portellano, 2005).

Memoria sensorial.

Es el registro inicial de la información a través de los receptores sensoriales. Tiene una amplia capacidad pero una breve duración debido a que se desvanece rápidamente por lo que la información debe ser transferida a otros sistemas de memoria para su procesamiento. Está formada por un conjunto de sistemas correspondientes a cada uno de los canales sensoriales estimulados dando lugar a la memoria icónica o visual, memoria auditiva o ecoica, memoria táctil, memoria olfativa, memoria gustativa, etc. Comprende dos procesos: el primero consiste en realizar la "fotografía instantánea" del estímulo y el segundo mantiene la huella sensorial durante un período inferior a un segundo para el reconocimiento de los estímulos o la posible participación de la memoria de largo plazo.

Memoria inmediata.

La memoria inmediata es un sistema de retención y almacenamiento con capacidad y duración de varios segundos que permite el archivo sensorial de la información. Tiene una capacidad limitada que engloba el análisis de la información a nivel sensorial en áreas cerebrales específicas. Incluye tareas como la repetición de 6-8 dígitos, el recuerdo inmediato de un número de teléfono, la repetición de una frase, el recuerdo de alguna secuencia visual que acabamos de presenciar o la repetición de una serie rítmica.

Memoria de trabajo.

La memoria de trabajo, también denominada memoria operativa o funcional, es una modalidad de la MCP que resulta esencial para el procesamiento cognoscitivo. Mientras que la MCP es un sistema unitario y pasivo, la memoria de trabajo es un sistema activo. Según Baddeley (1990) la memoria de trabajo es un sistema de almacenamiento con capacidad limitada que permite manipular la información, facilitando el cumplimiento de varias tareas cognoscitivas de modo simultáneo, como el razonamiento, la comprensión

y la resolución de problemas, gracias al mantenimiento y a la disponibilidad temporal de la información. Está formada por los tres módulos siguientes que trabajan de forma coordinada e interdependiente:

- a) **Lazo articulatorio o bucle fonológico.** Consta de un almacén fonológico en donde se guarda la información verbal y un proceso de control articulatorio similar al que se realiza durante la lectura en silencio. Interviene en todas las tareas que guardan relación con el lenguaje, pues toda la información verbal tiene acceso a través del lazo articulatorio. Su función consiste en realizar operaciones de repaso o en la transformación de la información visual en información verbal. El bucle fonológico se localiza en el área de Wernicke, mientras que el bucle para el material articulatorio se encuentra en el área de Broca.
- b) **Agenda visoespacial.** Es el sistema encargado de gestionar y manipular las imágenes visuales, ya que toda la información visual accede de forma obligatoria a través de este sistema. Gracias a la agenda visoespacial se puede codificar la información visual, una situación espacial o recuperar imágenes del almacén de la memoria de largo plazo. Se localiza en las áreas parieto-occipitales del hemisferio derecho.
- c) **Sistema ejecutivo central.** Se encarga de coordinar la actividad del lazo articulatorio y de la agenda visoespacial para planear, almacenar, procesar y tomar decisiones que permiten resolver operaciones cognoscitivas. Según Baddeley (1990), el ejecutivo central controla la atención, para lo cual utiliza el sistema atencional supervisor (SAS) del modelo de Norman y Shallice, el cual regula la actividad rutinaria realizando comprobaciones periódicas de la actuación de las personas. Es un eslabón intermedio entre la memoria sensorial y la memoria de largo plazo y se localiza en las áreas dorsolaterales del lóbulo frontal.

B. Memoria de largo plazo (MLP).

Es la capacidad para retener la información durante periodos más prolongados de tiempo o de manera permanente. Tiene una capacidad teóricamente ilimitada, ya que a lo largo de la vida se puede seguir aprendiendo y almacenando información. En la mayoría de los problemas de memoria que producen amnesia, suele estar afectada alguna modalidad de la MLP. Comprende dos tipos de memoria: declarativa que se divide en semántica y episódica y no declarativa que se divide en priming, condicionamiento y memoria procedimental o de procedimiento (ver figura 2).

Una de las divisiones más frecuentemente utilizadas de la memoria de largo plazo en el marco de la neuropsicología es la de memoria declarativa y no declarativa que hace referencia a la activación de procesos mnémicos conscientes o inconscientes. En la tabla 3 se presenta una comparación de las características de estos tipos de memoria.

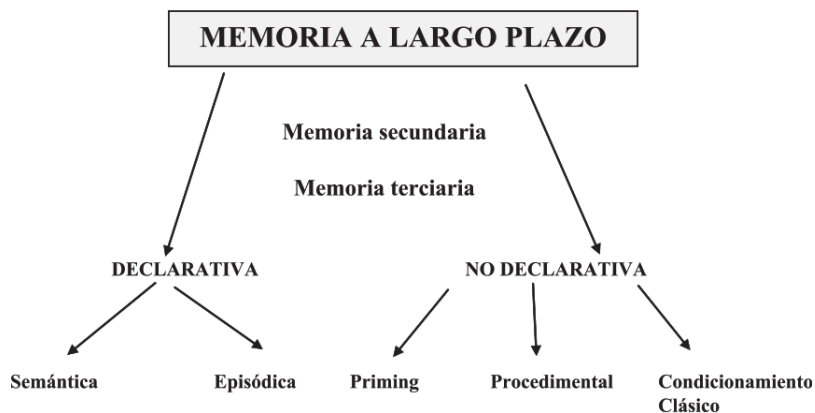


Figura 2. Clasificación de la memoria de largo plazo (Portellano, 2005).

	Memoria declarativa	Memoria no declarativa
Otras denominaciones	- Explícita.	- Implícita. - Inconsciente.
Concepto	- Se refiere a hechos, personas, lugares o cosas que se recuerdan de manera consciente y deliberada. - Es la memoria del “saber qué”.	- Se refiere a las sensaciones, capacidades y habilidades que se recuerdan de modo inconsciente. - Es la memoria del “saber cómo”.
Tipo de procesamiento	- Es un proceso creativo que requiere un proceso de síntesis y reconstrucción. - Permite que el individuo interprete el mundo externo.	- Es un proceso automático que se adquiere mediante repetición.
Afectación en demencias y amnesias	- Muy afectada.	- Generalmente indica un grado de deterioro cognoscitivo más acentuado.
Modalidades	- Semántica. - Episódica. - Autobiográfica.	- Priming. - Codicionamiento. - Memoria de procedimiento.

Tabla 3. Comparación de la memoria declarativa y la memoria no declarativa (Portellano, 2005).

B.1. Memoria declarativa.

La memoria declarativa o explícita es un tipo de MLP que se relaciona a las experiencias, hechos o acontecimientos que pueden ser conscientemente recuperados, aquellos que son directamente accesibles a la conciencia. Es la memoria del “saber qué”. Se relaciona con hechos autobiográficos o con aprendizaje de tipo cultural, acontecimientos, caras o palabras. Se localiza en las estructuras y conexiones del lóbulo temporal, siendo habitual que en la amnesia se produzca su pérdida. Existen tres modalidades de memoria declarativa: semántica, episódica y autobiográfica, clasificación que fue propuesta inicialmente por Tulving (1972) y tiene una amplia utilización en neuropsicología.

Memoria semántica.

Es un tipo de memoria declarativa conceptual de largo plazo que se refiere al conocimiento general de símbolos y conceptos, de las reglas para su manipulación y de los conocimientos generales relacionados con la adquisición de tipo cultural, como la historia de los países, las capitales de los estados o las tablas de multiplicar. También se denomina memoria libre de contexto, ya que no tiene ninguna conexión con el contexto espacio-temporal de los conocimientos culturales del sujeto. Salvo excepciones, la memoria semántica no se pierde en caso de amnesia, aunque sí puede perderse en caso de demencia o de síndrome confusional agudo.

Memoria episódica.

Se trata de una variedad de memoria declarativa de largo plazo que se refiere a los hechos que le han sucedido a una persona. Se asocia a un determinado contexto, ya que almacena información sobre sucesos o episodios fechados espacial o temporalmente. Responde a las preguntas ¿qué sucedió?, ¿cuándo sucedió? y ¿dónde sucedió?. Permite recordar acontecimientos de la vida personal, familiar y social, por lo que se ve más afectada por el olvido debido a la exigencia de referencias espaciales y temporales concretas para recuperar un determinado acontecimiento, ya que es más sencillo recordar los días de la semana que recordar lo que se hizo en un día determinado. Las lesiones del lóbulo temporal tienen mayor susceptibilidad de producir amnesia episódica. Una modalidad específica de este tipo de memoria, es la memoria autobiográfica que hace referencia exclusiva a los acontecimientos que se produjeron a lo largo de la biografía del sujeto, como la fecha y el lugar de su nacimiento, el nombre de sus progenitores, etc.

B.2. Memoria no declarativa.

La memoria no declarativa o implícita no depende de la mediación de la conciencia, es decir no se refiere a adquisiciones mnémicas que se realizan de un modo consciente o deliberado, por lo tanto no puede examinarse de una manera consciente, ni puede expresarse o medirse mediante un sistema simbólico. Es el sistema más importante de adquisición de información en todas las especies animales incluida la humana y permite la adaptación al medio ambiente mediante automatismos, ya que continuamente se registra información en forma inconsciente que luego se utiliza sin que la persona se de cuenta de ello. Un ejemplo de su importancia se presenta en el aprendizaje de la propia lengua que se realiza en buena medida de modo involuntario y no consciente durante los primeros años de vida. No depende de un sistema cerebral simple o específico, sino de múltiples sistemas e incluye tres modalidades: priming, condicionamiento clásico y memoria de procedimiento o procedimental.

Priming (preparación).

El priming o memoria incidental es una modalidad de memoria implícita no declarativa en la cual un estímulo presentado previamente ejerce un efecto facilitador en la detección subsecuente de otros estímulos o en su identificación, es decir, la respuesta a estímulos correspondientes a una categoría está facilitada por la presentación previa de diferentes elementos de la misma clase. P produce una mejora en el rendimiento ante material que había sido previamente presentado, tanto en personas sin déficit de memoria como en amnésicos, aunque éstos últimos no son conscientes de que lo han aprendido y afirman que no lo han hecho. Puede ser semántico o perceptivo según el material utilizado y se localiza en la corteza heteromodal. Un ejemplo de priming semántico consiste en presentar una lista de palabras sin pedir que se memoricen, posteriormente se muestran las raíces de varias palabras y se pide que se

completan. Tanto los sujetos sanos como los amnésicos completan las palabras en función de los estímulos previamente presentados; así, si leyeron la palabra “carpeta”, cuando posteriormente se les presente la sílaba “car” tienen más posibilidades de completar la misma palabra que habían leído anteriormente.

Condicionamiento.

Incluye el aprendizaje asociativo motor y emocional adquirido mediante condicionamiento clásico y operante, así como el aprendizaje no asociativo adquirido mediante habituación o sensibilización. Ambas modalidades de memoria implícita permiten mejorar la adaptación. Se localizan en los ganglios basales y el cerebelo, estructuras comprometidas con el aprendizaje condicionado de tipo motor. También incluye la memoria emocional, siendo la amígdala la principal responsable del aprendizaje emocional realizado mediante condicionamiento.

Memoria procedimental o de procedimiento.

Es la memoria del “saber cómo” y se refiere a todas las destrezas aprendidas, expresándose únicamente a través de la ejecución de actividades como nadar, montar en bicicleta o abrocharse los zapatos después de varios ensayos. Permite adquirir habilidades perceptivo-motoras o cognoscitivas sin hacer referencia explícita a las experiencias anteriores. Esta modalidad de memoria precisa un mayor tiempo de práctica que la memoria explícita, pero es más resistente al olvido y se localiza en los ganglios basales.

1.4.2. Alteraciones de la memoria.

Cuando se presenta una alteración en la memoria se puede producir amnesia retrógrada y anterógrada, división de la MLP que se utiliza para definir los cuadros amnésicos producidos por traumatismos craneoencefálicos o por enfermedades cerebrovasculares. La amnesia retrógrada se refiere a la pérdida de la memoria de hechos sucedidos con anterioridad a un determinado momento o previos a la aparición de una lesión cerebral y la amnesia anterógrada es la incapacidad para retener nuevo material a partir de un determinado hecho y sucede posterior al momento en el que se produce una lesión cerebral.

1.5. Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo (Gilbert y Burgess, 2008; Lezak, 2004). Entre los procesos cognoscitivos que permiten realizar se encuentran la organización y planeación, la flexibilidad cognoscitiva, la capacidad de filtrar interferencias, el control de las conductas dirigidas a metas, la habilidad de anticipar las consecuencias de las conductas, el manejo simultáneo de diversos subsistemas necesarios para realizar una tarea y también incluyen la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia (Ardila y Rosselli, 2007).

Los objetivos abordados por las funciones ejecutivas pueden ser tanto de naturaleza cognoscitiva como de índole socio-emocional y requieren tener en cuenta tanto las consecuencias inmediatas como los resultados a mediano y largo plazo de las conductas seleccionadas (Barkley, 2001; Bechara, Damasio y Damasio, 2000). Vergara (2008) menciona que su importancia radica en reconocerlas como el ejecutivo que monitorea o regula el comportamiento humano no sólo en el aspecto conductual, sino también

cognoscitivo y hasta moral y que son indispensables en el proceso de aprendizaje, debido a que un individuo aprende en tanto sus dispositivos básicos funcionen adecuadamente.

Con el propósito de alcanzar los objetivos planteados, los mecanismos ejecutivos se coordinan tanto para recuperar información almacenada en el pasado, como para estimar y anticipar los posibles resultados de distintas opciones de respuesta en el futuro (toma de decisiones); por lo tanto, las funciones ejecutivas se nutren tanto de recursos atencionales como de recursos mnésicos, pero su función es la de proporcionar un espacio operativo y un contexto de integración de estos procesos con objeto de optimizar la ejecución en función del contexto actual y de la previsión de los objetivos futuros, constituyendo mecanismos de integración intermodal e intertemporal que permiten proyectar cogniciones y emociones desde el pasado hacia el futuro con objeto de encontrar la mejor solución a situaciones novedosas y complejas (Fuster, 2000, 2004; Quintana Fuster, 1999).

Lopera (2008) 126 y Batista Núñez (2012) plantean que las funciones ejecutivas contienen aspectos muy variados de programación y ejecución de las actividades cerebrales entre los cuales se puede destacar: iniciativa, creatividad, capacidad de planeación y organización, fluidez y flexibilidad para la ejecución de los planes de acción, atención selectiva concentración, memoria operativa, monitoreo y control Inhibitorio.

Stuss y Benson entre 1984 y 1986 propusieron un modelo jerárquico de las funciones mentales constituido por tres niveles, en el cual la corteza prefrontal realizaría un control supramodal sobre las funciones mentales básicas localizadas en estructuras basales, control que sería llevado a cabo a través de las funciones ejecutivas que a su vez también se distribuirían de manera jerárquica aunque con una relación interactiva entre ellas, funciones que no serían de ejecución, sino del control de la activación de las acciones mediante la anticipación, la elección de los objetivos que se desea conseguir, la planeación y la selección adecuada que supone la selección de una respuesta y la inhibición de otras.

- **Primer nivel.** Se refiere a la autoconciencia o autoanálisis mediante el cual se representan las experiencias subjetivas actuales en relación con las previas, controla la propia actividad mental y utiliza el conocimiento adquirido para resolver nuevos problemas y guiar la toma de decisiones para el futuro.
- **Segundo nivel.** Se relaciona a las funciones que realizan el control ejecutivo o cognoscitivo del resto de las funciones mentales: anticipación, selección de objetivos, formulación y planeación previa de posibles soluciones e iniciación de la respuesta con control de la misma y de sus consecuencias.
- **Tercer nivel.** Corresponde a las siguientes funciones:
 - a) El impulso (drive) que engloba la capacidad de iniciar y mantener una actividad mental y una conducta motora, concepto que se relaciona con la noción de motivación que se define como la energía necesaria puesta a disposición para lograr algo deseable o evitar algo indeseable y que se relaciona con el estado emocional del sujeto.
 - b) La organización temporal, que hace referencia a la capacidad de mantener secuencias de información y percibir el orden temporal de los sucesos.

Posteriormente, Stuss (1992, 1994) redefinió su modelo de sistema de control ejecutivo pero mantuvo la premisa de que las funciones de la corteza prefrontal forman un sistema con funciones jerárquicas independientes pero interactivas. Cada uno de los tres componentes descritos contendría subsistemas y

un mecanismo de control de tres elementos básicos: entrada de información que tendrá su especificidad en función del nivel de representación de la información, un sistema comparador que analiza la información en relación con las experiencias pasadas del sujeto y un sistema de salida que traduce los resultados de la evaluación comparativa hacia un tipo determinado de respuesta.

1.5.1. Modelo integrador de las funciones ejecutivas.

Tirapu, Muñoz-Céspedes y Pelegrín (2002) elaboraron un modelo basado a su vez en los modelos de memoria de Baddeley (2003), las funciones jerarquizadas de Stuss y Benson, el sistema atencional supervisor (SAS) de Shallice y la hipótesis del marcador somático de Damasio, Tranel y Damasio, el cual se puede entender como un modelo que explica el proceso al tener en cuenta los distintos componentes y sus subsistemas (ver figura 3).

El primer componente representa el sistema sensorial y perceptual. Si el estímulo se reconoce al acceder a la memoria de largo plazo (declarativa o procedimental), las respuestas correspondientes pueden ser simples o complejas, pero siempre son conductas sobreaprendidas, automáticas y rápidas. Este tipo de procesos pueden darse sin la participación de la conciencia, por lo que serían implícitos y son la base de muchos comportamientos que se exhiben en la vida cotidiana. Un ejemplo de este primer componente es la conducción de un vehículo, ¿qué ocurre si un ciclista conduce por el carril lateral mientras en ese momento se habla con el acompañante. Norman y Shallice (1986) sugieren que las decisiones a este nivel pueden tomarse de manera automática mediante el dirimente de conflictos, por el cual algunas reglas simples sobre la importancia relativa de las tareas se incorporan al sistema y operan de forma automática. Se entiende que el dirimente de conflictos actúa de forma rápida y con programas habituales, pero a través de la memoria de trabajo que mantiene la imagen mental en la agenda visuoespacial u opera con el bucle fonológico. Estas conductas, al ser sobre aprendidas, no precisarían de la participación del marcador somático porque no dejan lugar a “la voluntad”, por lo que actuarían a través del “bucle como si”, compuesto por dispositivos neurales que ayudan a sentir “como si se tuviera un estado emocional”, como si el cuerpo se activara o modificara.

Este proceso se daría en el bulbo raquídeo y permitiría ser más rápidos y consumir menos energía. La asociación entre esa percepción (ver al ciclista) y la conducta (dejar de hablar) se habría adquirido al asociar esas imágenes con emociones negativas, por ejemplo, ver en televisión el anuncio del atropello de un ciclista, su imagen determinada dispara un dispositivo de desvío que permite ser más eficaces.

El segundo componente se activaría cuando la acción se reconoce como novedosa o no rutinaria, entonces se ponen en marcha los procesos de anticipación, selección de objetivos, planeación y control. En cada uno de estos procesos actuaría la memoria de trabajo y el sistema atencional supervisor. No debe olvidarse que el sistema atencional supervisor actúa ante tareas novedosas cuando no existe una solución conocida y se precisa tomar decisiones.

En términos neurales, esto depende probablemente del realce de las pautas de actividad neural (que soporta una determinada imagen mientras se reduce la pauta neural del resto) y de la actividad de la memoria operativa (que mantiene imágenes durante un período necesario para crear representaciones organizadas). El marcador somático es el responsable de tal función, ya que fuerza la atención y la memoria operativa hacia las consecuencias a las que puede conducir una acción determinada.

De esta manera, se puede entender a las funciones ejecutivas como un sistema extendido en donde el funcionamiento del sistema atencional supervisor y de la memoria de trabajo crea posibilidades y el marcador somático fuerza la atención hacia una de ellas, lo que permite expandir la atención y la memoria operativa hacia el siguiente proceso de deliberación, en donde, a su vez, el marcador somático resalta una posibilidad, lo que permite extender la memoria de trabajo y la atención hacia el proceso siguiente y así sucesivamente a través de los procesos de anticipación, selección, de objetivos, planeación y control. Una vez realizado el proceso se pondrán en marcha las conductas motoras que a través del sistema efector, conducen hacia la respuesta deseada.

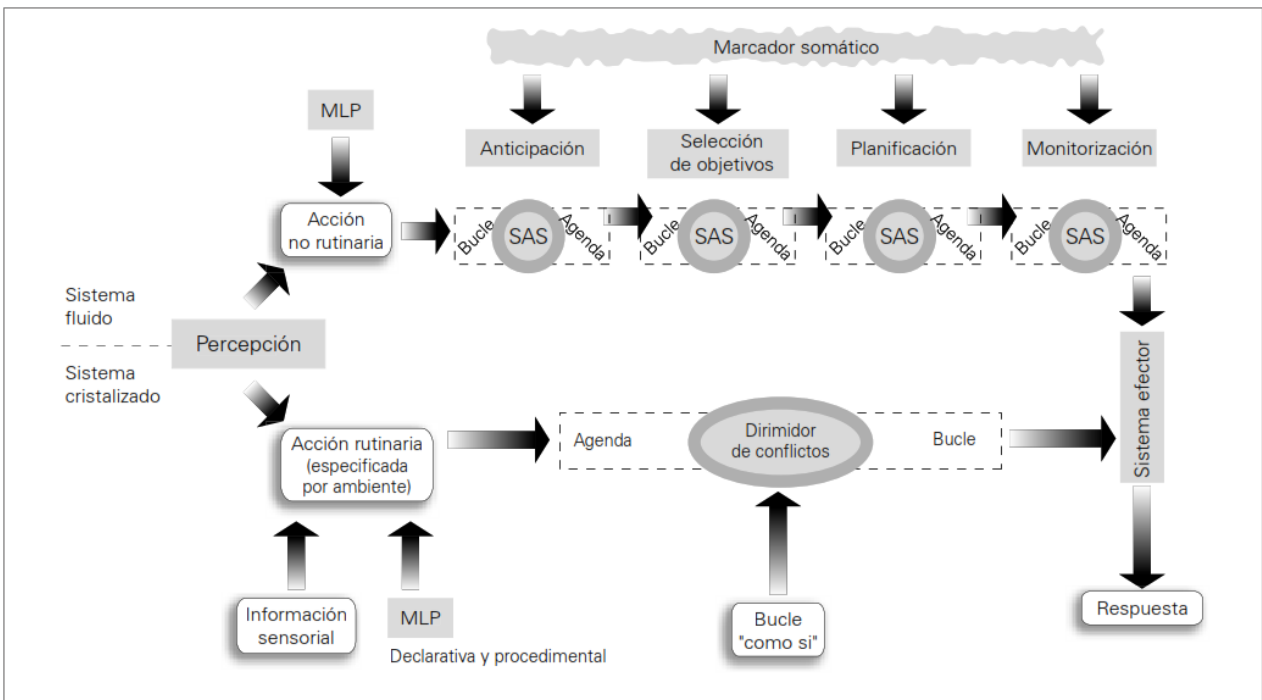


Figura 3. Modelo integrador de Tirapu et al. (2002). MLP = memoria de largo plazo, SAS= sistema atencional supervisor.

1.6. Lenguaje.

Portellano (2005) define al lenguaje como un sistema de comunicación simbólico que se manifiesta a través de las lenguas que son sistemas estructurados de signos que expresan ideas a través de la palabra y la escritura, mediante los órganos efectores musculares de las extremidades superiores y del sistema bucofonatorio a nivel periférico y de los sistemas motores voluntarios a nivel central en los que intervienen las vías piramidales y las vías que regulan los automatismos motores de tipo extrapiramidal.

Este autor establece tres niveles del lenguaje de mayor o menor complejidad:

- Monemas.** Son las unidades de la primera articulación o unidades más pequeñas dotadas de significado. Pueden tener un contenido semántico (lexemas) o bien una función gramatical (morfemas).

b) **Fonemas.** Son las unidades de la segunda articulación, las unidades menores de sonido y constituyen una lista cerrada que en el caso del idioma español está formada por 24 fonemas. De su combinación surgen los monemas.

c) **Rasgos pertinentes.** Las unidades de la tercera articulación se denominan rasgos pertinentes, que son los movimientos elementales del aparato bucofonatorio que permiten la emisión de fonemas de acuerdo con las convenciones fonéticas de cada lengua.

Existen varios instrumentos para evaluar las alteraciones del lenguaje. Uno de los más utilizados para la evaluación neuropsicológica de la afasia y de los trastornos relacionados es el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (TBDA), desarrollado por Harold Goodglass y Edith Kaplan (1996), que evalúa 8 áreas y en cada una de ellas se valora el grado de severidad del déficit entre 0 y 5 puntos en función del mayor o menor grado de alteración. También la batería creada para el Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (DNA; Luria, 1976), desarrollada a partir del material de Luria organizado y sistematizado por su discípula Anne Christensen (2014). Incluye una escala para la evaluación del lenguaje bajo la denominación de “Área del lenguaje oral” que valora dos grandes apartados: habla receptiva y habla expresiva, sin embargo, una de sus limitaciones radica en que no evalúa la lectura ni la escritura y para realizar un diagnóstico cualitativo del lenguaje se deben evaluar diversas áreas relacionadas con el lenguaje oral y escrito (ver tabla 4) (Portellano, 2005).

Parámetro	Evaluación
Lenguaje expresivo	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitud del lenguaje espontáneo. - Estructura sintáctica y gramatical del lenguaje oral. - Fluidez verbal. - Estructura melódica. - Estructuración sintáctica. - Gestualidad y prosodia expresiva que acompañan al lenguaje.
Lenguaje comprensivo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión auditiva del lenguaje hablado. - Comprensión de la entonación y prosodia. - Comprensión del significado simbólico del lenguaje (refranes, metáforas).
Repetición	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición de palabras. - Repetición de oraciones.
Denominación	<ul style="list-style-type: none"> - Denominación de objetos reales. - Denominación de dibujos y fotografías.
Lectura	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidez lectura oral. - Lectura silenciosa. - Comprensión lectora. - Paralexias.
Escritura	<ul style="list-style-type: none"> - Grafomotriz (copia). - Audiognósica (dictado). - Gnosomotriz (composición escrita). - Paragrafías.
Cálculo	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de número. - Capacidad para el cálculo. - Capacidad para la resolución de problemas.
Otras alteraciones	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos sensoriales.

	- Trastornos motores. - Otros trastornos cognoscitivos: memoria, atención.
--	---

Tabla 4. Principales parámetros para la evaluación clínica del lenguaje (Portellano, 2005).

2. Pérdida de las funciones cognoscitivas.

La pérdida de las funciones cognoscitivas como parte del envejecimiento es una falsa idea que se tiene y que provoca que el pronóstico de vida del adulto mayor sea poco relevante para la sociedad y que muy poca gente se interese en conocer medidas de prevención para evitar o lentificar el deterioro cognoscitivo.

Fernández-Ballesteros (1996) comenta que teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sistemas sensoriales y su procesamiento tiene como soporte al sistema nervioso central, en el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento de éstos y como consecuencia del sistema cognoscitivo, por lo que la persona mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con la más joven, sobre todo cuando las tareas requieren muchos recursos atencionales y que el procesamiento de la información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información y las personas mayores requieren de un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayor tiempo de ejecución en comparación con las más jóvenes que tienen una amplia capacidad de aprendizaje, pero también es conviene resaltar que esos cambios o declive en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Esta autora también señala que las funciones cognoscitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica, la inteligencia, que puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes y, por supuesto, es el producto interactivo entre los factores biológicos y ambientales. Ella también hace referencia a la inteligencia fluida que aglutina aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, la cual se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente a partir de los 30 años, pero que sin embargo, la inteligencia que abarca aptitudes, información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzado cierto nivel se mantiene constante o incluso puede incrementarse hasta edades más avanzadas de la vida. En resumen, existen funciones intelectuales que declinan con la edad y existen otras que se mantienen a lo largo de la vida.

2.1. Deterioro cognoscitivo.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012) se denomina deterioro cognoscitivo a la pérdida o deterioro de las funciones cognoscitivas en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como orientación, memoria, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje y reconocimiento visual, aunque el paciente suele tener principalmente queja de memoria que puede o no corroborarse con pruebas neuropsicológicas, ya que generalmente es multifactorial, esto es, depende de factores como la depresión, déficit auditivo y visual, los efectos adversos de medicamentos, entre otros; padecimiento y amerita una evaluación integral para determinar si el paciente puede llegar a desarrollar una demencia o algún otro problema. Así, un alto porcentaje de personas mayores afirman fallar en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana (Ruíz-Vargas, 2002).

Por su parte, la Secretaría de Salud (2009) considera que a pesar de que el deterioro cognoscitivo y la demencia son conceptos similares, se deben diferenciar por el grado de afectación de la funcionalidad y que el deterioro cognoscitivo en la vejez parte de una idea pesimista y desoladora, ya que la pérdida cognoscitiva en esta etapa se asocia a la creencia de que puede constituir un síntoma inicial de un deterioro irreversible y adquirir algún tipo de demencia. Por eso es importante conocer la diferencia entre ambos conceptos, así como los factores de riesgos y las formas de prevención existentes.

Deterioro cognoscitivo leve.

De la Vega y Zambrano en 2018 definieron al deterioro cognoscitivo leve (DCL) como un estado transicional entre los cambios cognoscitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de demencia. En la actualidad, se reconoce al deterioro cognoscitivo leve como una condición patológica y no como un proceso normal asociado a la edad y se utiliza para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognoscitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia, ya que no presentan un compromiso esencial con las actividades de la vida diaria.

Demencia.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2012) define a la demencia como un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas, caracterizado por el desarrollo de déficit en diversos procesos cognoscitivos incluido el deterioro de la memoria y la presencia de cambios conductuales y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento ocupacional y social. La demencia a menudo es llamada "demencia senil", lo que refleja la creencia incorrecta que un deterioro mental grave es una parte normal del envejecimiento.

La demencia puede ser causada por una combinación de varias condiciones médicas y también puede deberse a condiciones como enfermedades cardiovasculares, VIH o el abuso de sustancias, pero no todas las personas que presentan estas condiciones desarrollan demencia (Papalia et al., 2009). Asimismo, muchas otras condiciones pueden provocar síntomas de demencia, entre ellas algunas reversibles como los problemas de tiroides y la deficiencia de vitaminas (Moralejo y Fuertes, 2004). Es por esto que es fundamental conocer los factores de riesgo para la aparición de esta alteración.

Gold (2003) señala que la forma más común de demencia entre los ancianos es la *demencia del tipo Alzheimer*, cuyo inicio es progresivo y degenerativo, y que la siguiente forma de demencia más común es la *vascular* (anteriormente llamada *demencia multiinfarto*), la cual constituye un síndrome en el que el cerebro se daña por una serie de pequeñas apoplejías o por una amplia variedad de enfermedades vasculares, incluida la arteriosclerosis y la anormalidad crónica de la presión arterial, que tanto baja como alta, puede conducir a la demencia vascular y a un deterioro cognoscitivo.

Papalia et al., (2005) refiere que las personas con demencia presentan una pérdida progresiva de la habilidad para aprender nueva información, recordar la antigua o ambas y deterioro en al menos una de las siguientes áreas: habla y escritura, actividades motoras, reconocimiento de objetos y personas, así como planeación, ejecución y monitoreo de su propio comportamiento (por lo general funciones de los lóbulos frontales). Ella misma asegura que para que estos problemas sean diagnosticados como demencia, el deterioro debe ser lo suficientemente severo para causar problemas en el trabajo, en las actividades diarias o en las relaciones sociales; por ejemplo, problemas para empacar una maleta, mostrar pobreza de juicio, volverse violentos o suicidas, tropezar y caer con frecuencia, hacer bromas pesadas, dejar de bañarse y no preocuparse por otras convenciones sociales, incluso acusar a los miembros de la familia de

robar sus pertenencias, con frecuencia no son conscientes de su condición y hacen planes completamente irreales.

El desconocimiento por parte de la población respecto a la demencia, provoca la ausencia de medidas de prevención ocasionando a largo plazo que el sistema de cuidados de los adultos mayores recaiga totalmente sobre la familia y ésta se vea también afectada en su calidad de vida. Para que esta alteración se pueda lentificar depende de la causa subyacente y también del cronograma y la efectividad del tratamiento, teniendo consecuencias graves en la calidad de vida de las personas con un diagnóstico tardío.

Es recomendable que la atención médica que reciban los adultos mayores con demencia sea de forma completa, por eso la importancia de que existan servicios no sólo de atención médica integral, sino de información y psicoeducación que incluya al grupo de especialistas médicos y la participación de la familia. Tener los conocimientos adecuados para un mejor diagnóstico, tratamiento y poder tomar las medidas de prevención pertinentes, podría evitar o lentificar el desarrollo de los síntomas cognoscitivos asociados a esta alteración, mejorando la calidad de vida tanto de las personas que la padecen como de sus familiares.

3. Prevención y estimulación cognoscitiva.

En los últimos años se ha acumulado evidencia respecto a que es posible prevenir o retardar la incidencia de la demencia. Su prevalencia en algunos países occidentales ahora es menor de lo esperado, posiblemente como resultado de cambios en el estilo de vida y la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares. Resultado que si bien, pertenece a otro tipo de poblaciones y culturas, indica que tomar las medidas adecuadas en el momento oportuno puede llegar a ser beneficioso, entre las que se encuentra la estimulación cognoscitiva, no sólo para la persona que llegue a padecer deterioro cognoscitivo, sino también para su círculo familiar, ya que es la familia la que principalmente padece las consecuencias que la demencia trae consigo.

El ser humano tiene una serie de capacidades cognoscitivas, funcionales, motoras, emocionales y psicosociales que le permiten adaptarse al entorno. Estas capacidades son susceptibles de poder ser mejoradas a través de la práctica y la experiencia, mediante la estimulación cognoscitiva que actúa sobre las capacidades cognoscitivas que muestran una alteración clínicamente significativa (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014).

La estimulación cognoscitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognoscitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, aprendizaje y funciones ejecutivas, etc.) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “programas de entrenamiento cognoscitivo” (Ginarte, 2002). Tiene su base científica en el cuerpo de conocimientos que aportan la neuropsicología, la psicología cognoscitiva, así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y la motivación humana y entre sus objetivos prioritarios se encuentran conseguir un aumento de la calidad de vida y del bienestar personal (Francés, Baradiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

La estimulación cognoscitiva no sólo se centra en la cognición, sino que aborda otros factores, tales como la afectividad y las esferas conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir de forma integral (Ginarte, 2002). Permite estimular las capacidades cognoscitivas existentes para mejorar su funcionamiento y disminuir la dependencia del adulto mayor, siendo una de sus principales funciones

trabajar las capacidades que aún se conservan y no las que ya se han perdido, logrando así evitar la frustración de las personas, además contribuye a una mejoría global de la conducta y del estado de ánimo como consecuencia de una mejoría en la autoeficacia y autoestima (Francés, Baradiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

Se dirige de un modo más específico a mejorar el funcionamiento cognoscitivo de las personas con deterioro cognoscitivo o demencia, potenciando las capacidades y habilidades cognoscitivas todavía preservadas y enlenteciendo el proceso de deterioro. Es importante destacar que no se dirige a recuperar o frenar definitivamente procesos degenerativos, aspecto que hoy por hoy es inalcanzable desde cualquier aproximación terapéutica.

En la actualidad, la estimulación cognoscitiva se consolida como una herramienta útil, versátil y con un razonable costo-beneficio para mejorar las manifestaciones clínicas y la calidad de vida, tanto de la persona con demencia como de sus cuidadores. Se fundamentan esencialmente en la: plasticidad cerebral, reserva cognoscitiva, capacidad de aprendizaje, dependencia de uso y redundancia de sistemas, procesos que se describen en apartados posteriores.

3.1. Plasticidad cerebral.

Según Kolb, Mohamed y Gibb (2010), la plasticidad cerebral se define como la capacidad del sistema nervioso para cambiar su estructura y funcionamiento a lo largo de la vida como reacción a la diversidad del entorno. Aunque este término se utiliza hoy en día en psicología y neurociencias, no es fácil de definir y habitualmente se refiere a los cambios en diferentes niveles del sistema nervioso. Las tres formas de plasticidad más importantes son: la plasticidad sináptica, la neurogénesis y el procesamiento funcional compensatorio, los cuales se describen brevemente de acuerdo a (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014).

Plasticidad sináptica. Se logra a través de mejorar la intercomunicación en las sinapsis entre las neuronas, construyendo vías o circuitos neuronales que se crean en el cerebro a través del aprendizaje. Cada vez que se adquieren nuevos conocimientos por medio de la práctica repetida, la transmisión sináptica entre las neuronas implicadas se ve reforzada. Una mejor comunicación entre las neuronas significa que las señales eléctricas viajan de manera más eficiente a lo largo del nuevo camino. Por lo tanto, la plasticidad sináptica es un concepto muy importante para explicar la maleabilidad del cerebro (Zehndera, Martina, Altgassenb y Clarec, 2009).

Neurogénesis. Se refiere al desarrollo y proliferación de nuevas neuronas en el cerebro. Esta hipótesis fue negada hasta la segunda mitad del siglo XX. Hoy en día se sabe que tanto las neuronas como las células de la neuroglia se siguen produciendo por la diferenciación de células madre durante toda la vida de los seres humanos. Desde 1944, pero sobre todo en los últimos años, la existencia de la neurogénesis se ha comprobado científicamente y ahora se conoce que cuando las células madre se dividen en dos células, se produce una nueva célula madre y la otra célula puede desarrollarse en una célula glial o en una neurona que migrarán hacia los bulbos olfatorios y la corteza prefrontal en donde son requeridas, permitiendo de esta manera que el cerebro mantenga su capacidad neuronal. Las últimas investigaciones en este campo han abierto la esperanza a una nueva generación de tratamientos para combatir las enfermedades neurodegenerativas o asociadas al cerebro, como el autismo, la enfermedad de Alzheimer y el mal de Parkinson (Sanai, Nguyen, Ihrrie, Mirzadeh, Tsai, et al, 2011).

Plasticidad funcional compensatoria. Permite explicar los hallazgos clínico-neuropatológicos en pacientes que no han estado clínicamente demenciados, pero que en el estudio postmortem sí cumplen con criterios neuropatológicos de una demencia tipo Alzheimer (Mortimer, Snowden y Markesbery, 2008). Existen varios trabajos que han demostrado que una de cada tres personas mayores de 80 años fallecidas tenía lesiones típicas de la enfermedad de Alzheimer en su cerebro incluso cuando no mostraban ningún síntoma de esta enfermedad (Bennett, Schneider, Arvanitakis, 2006).

(Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014) aseguran que la utilización de nuevos recursos cognoscitivos refleja estrategias de compensación y en presencia de déficits relacionados con la edad y la muerte neuronal que acompañan al envejecimiento, el cerebro pone de manifiesto la plasticidad cerebral para reorganizar sus redes neurales que puede activarse mediante el aprendizaje o el entrenamiento mental.

3.2. Reserva cognoscitiva.

La reserva cognoscitiva es la capacidad que tiene el cerebro para tolerar cierta cantidad de lesión cerebral sin que aparezcan síntomas cognoscitivo-conductuales de una posible enfermedad neurodegenerativa, si se incrementa dicha reserva se retrasa la expresión clínica de los procesos neurodegenerativos y está directamente relacionada con el nivel educativo alcanzado y el grado de estimulación cognoscitiva a lo largo de la vida (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014). Se conoce que aquellas personas que han tenido estimulación cerebral a lo largo de la vida en forma de adquisición de conocimientos, actividades sociales o físicas tienen una mayor reserva cerebral demostrado en el estudio realizado por Riley Snowden, Desrosiers y Markesbery (2006) sobre envejecimiento y enfermedad de Alzheimer.

Tárrega en 1998) presupone que estos pacientes presentan una cierta reserva cognoscitiva por el tipo de estrategias que utilizan para la resolución de los problemas, el mayor número de neuronas, la densidad de sus conexiones neurales o la cantidad de tejido cerebral funcional presente, lo que posibilita preservar sus capacidades cognoscitivas. Diversos autores afirman que esta reserva cognoscitiva o plasticidad reduce la expresión clínica de la demencia y fundamenta el hecho de que pueda incidirse en ella mediante la estimulación cognoscitiva.

Díaz-Orueta, Buiza-Bueno y Yanguas-Lezaun (2010) dicen que la reserva cognoscitiva se desarrolla como resultado de aspectos neurobiológicos como el volumen cerebral y los efectos de las experiencias de vida, tales como la educación, la complejidad laboral, el ejercicio físico, las actividades de ocio, el estilo de vida o las tareas cognoscitiva; actividades que desarrollan mecanismos que facilitan la compensación de los efectos de las lesiones cerebrales, los cuales están íntimamente relacionados con la capacidad cognoscitiva de cada sujeto, de ahí el nombre de reserva cognoscitiva.

Esta capacidad de tolerancia o reserva actúa como un factor protector, de modo que durante el envejecimiento e incluso durante estadios iniciales de un proceso neurodegenerativo, se pueden utilizar los recursos acumulados para compensar parcialmente la influencia de la edad o de una neuropatología (Zamarrón, Tárrega, Fernández-Ballesteros, 2008).

Son ya innumerables los estudios que demuestran que las personas con un mayor nivel educativo, que desarrollan trabajos o aficiones con mayores requerimientos cognoscitivos o que tienen más relaciones sociales que la media, presentan menos riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer u otras demencias

que aquellas otras con menos estudios, con trabajos y aficiones menos exigentes cognoscitivamente y con una red social más pobre (Valenzuela y Sachdev, 2006). Se explica así el hecho de que el analfabetismo y la soledad son dos importantes factores de riesgo para este tipo de procesos.

3.3. Capacidad de aprendizaje.

La posibilidad de seguir aprendiendo de las personas con enfermedad de Alzheimer se había negado hasta hace pocos años, pues se pensaba que se producía una merma esencial en la capacidad de aprender que aparece en los primeros estadios de la enfermedad, verificada por la disminución de la memoria inmediata y la consolidación de la información, por lo tanto cualquier intento de intervención cognoscitiva presentaría efectos muy reducidos o nulos, sin embargo, en los últimos años se ha comprobado que las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer en la fase leve o moderada, aunque de forma limitada desarrollan mecanismos de aprendizaje por lo que son capaces de aprender (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014). Mahieux y Gély-Nargeot (1997) explican las bases biológicas de esta capacidad de aprendizaje que proceden de la amplia evidencia empírica sobre la capacidad de las neuronas lesionadas para establecer nuevas conexiones, plasticidad del sistema nervioso (neuroplasticidad) que existe en el cerebro anciano, incluso en el de aquellos que están cursando una demencia en fase leve o moderada, aunque no ocurre lo mismo en fases graves de la enfermedad debido a la gran pérdida de neuronas y a la falta de conexiones sinápticas.

El aprendizaje es un proceso múltiple que involucra diversos mecanismos perceptivos, motores y asociativos o relacionales. Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014) apuntan que a lo largo de la vida de todo ser humano existe una capacidad de aprendizaje que se pone de manifiesto en los posibles cambios de conducta, en la adecuación a nuevos estímulos y ambiente, en la mejora de las habilidades instrumentales y en la adquisición de nuevas estrategias y esquemas cognoscitivos y que dicha capacidad de reserva o aprendizaje tiene su base en la plasticidad adaptativa que posee el encéfalo, el cual tiende a modificarse estructural y funcionalmente mientras se aprende o reaprende, pero que sin embargo, la recuperación posterior de un material aprendido o bien la máxima eficacia de una capacidad cognoscitiva depende de su grado de utilización.

Los distintos tipos de aprendizaje y memoria pueden verse afectados de manera diferencial, ya que mientras la memoria explícita muestra una gran alteración en pacientes demenciados y amnésicos, la memoria implícita puede estar esencialmente intacta y es aquí en donde puede centrarse la intervención no farmacológica en las personas con demencia (Mahieux y Gély-Nargeot, 1997).

3.4. Dependencia de uso y redundancia de sistemas.

La *dependencia de uso* es un término postulado por Mahieux y Gely-Naergeot (1997), para quienes las únicas sinapsis neuronales que persisten en el tiempo son las que se activan de manera regular al presentarse reiterativamente una respuesta cognoscitiva o emocional, mientras que aquellas sinapsis que no son utilizadas se degeneran por falta de uso y en consecuencia son eliminadas, por tanto bajo este supuesto, cabe esperar que la estimulación de las funciones cognoscitivas residuales en el paciente con demencia retrase su degeneración por el uso de los circuitos neuronales implicados.

Por otra parte, Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014) postulan que la redundancia *de sistemas* consiste en que una misma función cognoscitiva puede ser ejecutada por diversos subsistemas cerebrales, término

propuesto por Luria en 1976 que asevera que cuando se produce una lesión cerebral y como consecuencia un déficit cognoscitivo, ésta podría compensarse, bien tras la recuperación espontánea o bien tras la rehabilitación o estimulación cognoscitiva por la activación de otros subsistemas corticales o córtico-subcorticales conservados o no dañados, los cuales podrían sustituir a las estructuras cerebrales lesionadas y ejercer un control sobre la función neuropsicológica para su preservación o recuperación.

4. Métodos conductuales y programas de intervención.

La *medicina conductual* definida por Schwartz y Weiss en 1978, como un campo interdisciplinario que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, se ha aplicado a técnicas para la prevención, evaluación y rehabilitación. Se enfoca en la modificación conductual, la cual puede ser utilizada para la prevención como estrategia para resolver problemas de salud (Borda, López, Pérez y Blanco, 2000).

Nezu, Nezu y Geller (2003) expresan que la medicina conductual plantea la necesidad de fomentar en el individuo comportamientos saludables contemplando las variables psicológicas que pudieran dificultar el aprendizaje y para lograrlo una de las herramientas de las que se pueden disponer es la *psicoeducación*, la cual consiste en la entrega de información al paciente en aspectos que hacen referencia a su problema y la manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas.

Un programa de intervención tiene como fin satisfacer una necesidad, permitiendo el mejor uso de los recursos disponibles para correr el menor riesgo posible de fracaso. Es una propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución o reducción de la magnitud de un problema que afecta a un individuo o a una comunidad. Se debe plantear la magnitud, características, tipos, periodo y recursos requeridos considerando las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas implicadas en el desarrollo del proyecto. Los materiales que pueden emplearse son medios visuales e impresos como trípticos, folletos o carteles.

Existen diferencia entre una intervención individual a una centrada en la comunidad. La psicología comunitaria es la disciplina que plantea la valoración de la acción llevada a cabo a través de modelos que respondan a las realidades con las que se trabaja, cuyas líneas de acción se orientan hacia la intervención comunitaria que sigue un proceso de fases no estrictamente secuenciales y con cierto grado de retroalimentación mutua.

El Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (2000) define a la intervención comunitaria como el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo la autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo.

Un programa de intervención comunitario no es un proceso único, pues depende: del ámbito, del nivel de la intervención que se va a llevar a cabo (en una región, centro u organización), así como de las estrategias usadas y objetivos perseguidos (Sánchez, 1991). Éste debe ser integral y dinámico en la medida que los pasos se dan tanto en forma simultánea como secuencial e interrelacionada porque enfrenta causas y efectos, cuya condición o característica principal es contar con un espacio físico-social concreto (sector

foco) participando los sujetos activamente en la transformación de su realidad a partir de sus problemas concretos (Asun y Páez Rovira, 1994).

Mori Sánchez en el 2008 propuso ocho fases en la intervención comunitaria dirigidas a diseñar, desarrollar y evaluar las acciones desde la propia comunidad con el acompañamiento del facilitador (psicólogo), promoviendo la movilización de sus miembros, fases que buscan realizar un trabajo en conjunto con la comunidad y aplicar a la vez una metodología que pueda ser incorporada por ésta. Mori dice que las acciones serán más eficaces cuanto más se logre involucrar, desde la primera fase, a todos los actores que forman parte del escenario social y que Las estrategias y secuencia deben estar claramente establecidas y detalladas a fin de facilitar la apropiación del recurso por parte de la comunidad, ya que es ella quien debe implementar los programas de desarrollo y evaluar la pertinencia de los mismos.

Cada una de las fases presenta los objetivos generales y específicos, así como las técnicas que se emplean para la obtención y análisis de los datos, en donde las técnicas cualitativas de recolección y análisis de éstos permiten alcanzar la confiabilidad y validez en cada una de ellas (Mori Sánchez, 2007), las cuales se encuentran en la tabla 5.

FASES		TÉCNICAS
1.- Diagnóstico de la comunidad		
Etapa 1: Evaluación Preliminar	<ul style="list-style-type: none"> •Análisis de los datos •Revisión de archivos •Mapeo y lotización •Construcción del instrumento •Aplicación de la entrevista 	1. Técnicas cualitativas de recolección de datos: revisión de archivos, observación, entrevista, reporte anecdótico. 2. Técnicas cualitativas de análisis de datos: análisis de contenido, análisis crítico. 3. Técnicas participativas de análisis: árbol de problemas.
Etapa 2: Diagnóstico Participativo	<ul style="list-style-type: none"> •Sensibilización •Taller participativo 	
2.- Características del grupo		1. Técnicas cualitativas de recolección de datos: revisión de archivos, observación, entrevista, reporte anecdótico. 2. Técnicas cualitativas de análisis de datos: análisis de contenido, análisis crítico.
3.- Evaluación de las necesidades del grupo		1. Técnicas cualitativas de recolección de datos: observación, reporte anecdótico. 2. Técnicas cualitativas de análisis de datos: análisis crítico. 3. Técnicas participativas de análisis: árbol de problemas.
4.- Diseño y planificación de la intervención		
5.- Evaluación inicial		1. Técnicas cualitativas de recolección de datos: observación participante, entrevista, reporte anecdótico. 2. Técnicas cualitativas de análisis de datos: Análisis de contenido, análisis crítico. 3. Técnicas participativas.
6.- Ejecución e implementación		Técnicas participativas.
7.- Evaluación final		1. Técnicas cualitativas de recolección de datos: observación participante, entrevista, reporte anecdótico. 2. Técnicas cualitativas de análisis de datos:

	análisis de contenido, análisis crítico. 3. Técnicas participativas.
8.-Diseminación	Técnicas participativas.

Tabla 5. Fases de intervención comunitaria, técnicas cualitativas y participativas (Mori Sánchez, 2008).

4.1. Evaluación de 3 terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer (Evaluation de 3 Thérapies Non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer, ETNA3) 167.

Para evaluar la efectividad de tres tipos diferentes de intervención cognoscitiva, la neuropsicóloga y epidemióloga Hélène Amieva (2016), investigadora del Instituto Nacional de Salud e Investigaciones Médicas de la Universidad de Burdeos, Francia, realizó un estudio que remarca la importancia que tiene la búsqueda de alternativas en la intervención no farmacológica, en particular en las terapias orientadas a la cognición. En esta investigación se compararon tres tipos principales de intervención orientadas a la cognición: entrenamiento cognoscitivo, terapia de reminiscencia y rehabilitación cognoscitiva individual.

Entrenamiento cognoscitivo. Consistía en un programa estructurado con tareas diseñadas para involucrar diferentes funciones cognoscitivas: memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas. Cada tarea involucraba varios niveles de dificultad para adaptarse a las capacidades de cada paciente.

Terapia de reminiscencia. Se conformaba de un programa centrado en un tema personal diferente como días escolares, cumpleaños, boda, vida en el trabajo, vacaciones, etc.

Rehabilitación cognoscitiva individual. Consistía en un programa hecho a la medida llevado a cabo a través de sesiones individuales. Esta intervención tenía las siguientes características:

- Las dos primeras sesiones se dedicaban exclusivamente a seleccionar actividades significativas (actividades de la vida diaria o de ocio) con el paciente y su cuidador.
- Las actividades a ser entrenados se seleccionaban de acuerdo con las metas personalmente relevantes para los pacientes. El programa se adaptaba a las habilidades cognoscitivas de los pacientes con el fin de anticipar y evitar posibles fallas.
- En cada sesión se valoraba la importancia de llevar a cabo la actividad seleccionada y en su caso se podría cambiar en cualquier momento durante el programa.
- Durante los tres primeros meses, el cuidador recibía una llamada telefónica semanal en donde podía expresar alguna dificultad en particular o hacer cualquier pregunta.
- Posteriormente, los contactos telefónicos se llevaron a cabo cada seis semanas.

Se incluyeron 655 pacientes mayores de 50 años diagnosticados con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada inscritos en 40 centros de Francia. Se dio seguimiento a la enfermedad a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses después de iniciarse la intervención no farmacológica. Los participantes se dividieron en cuatro grupos de forma aleatoria: en tres de ellos se aplicaron los tres tipos de intervención cognoscitiva mencionados y el cuarto grupo fue el control. Los resultados arrojaron una mejoría clínica con la rehabilitación cognoscitiva individual, en particular con los pacientes que tenían una incapacidad funcional menor y una institucionalización retardada, quienes mostraron una disminución funcional menor en la visita de 24 meses que los otros grupos, reflejado en las dos escalas de evaluación funcional de habilidades. Se observaron efectos favorables en los trastornos del comportamiento, en la carga de los cuidadores y

en la utilización de recursos, además se encontró un impacto significativo en las tasas de institucionalización. Por lo tanto, este tipo de intervención debe ser considerado para retrasar la institucionalización de los pacientes con un diagnóstico de leve a moderada de la enfermedad de Alzheimer.

MÉTODO

1. Objetivo general.

Diseñar e implementar un programa de intervención para la estimulación cognoscitiva dirigido a los adultos mayores que presenten deterioro cognoscitivo leve (DCL).

2. Objetivos específicos.

1. Elaborar un folleto psicoeducativo de estimulación cognoscitiva para los adultos mayores con DCL.
2. Dar a conocer a los adultos mayores con DCL de manera individual, el contenido del folleto psicoeducativo.
3. Identificar las estrategias de estimulación cognoscitiva que los adultos mayores con DCL están dispuestos a implementar.
4. Realizar el seguimiento y la evaluación de los avances del programa de estimulación cognoscitiva implementado.

3. Tipo y diseño de estudio.

El presente estudio fue de tipo no experimental-longitudinal. Fue no experimental porque la muestra no se seleccionó al azar sino de manera intencional y no hubo manipulación de las variables de estudio y fue longitudinal de panel debido a que participaron los mismos sujetos en tres momentos diferentes. Asimismo, fue un estudio cualitativo porque los datos se registraron en forma descriptiva y se elaboraron matrices de consistencia para su presentación, sin realizarse un análisis estadístico de los mismos, obteniéndose únicamente frecuencias y porcentajes de las variables de estudio.

4. Escenario.

El estudio se realizó en una institución de salud pública que brinda atención médica de tercer nivel en forma personalizada e integral. La población principal que se atiende es de adultos a partir de los 18 años. Muchos de los pacientes que acuden a dicha institución han ido envejeciendo a lo largo de los 70 años que ésta lleva laborando, por lo que ahora se han convertido en personas de la tercera edad con diferentes tipos de alteraciones, entre las que se encuentra el deterioro cognoscitivo leve. Motivo por el que se eligió a esta institución como escenario de estudio, la cual proporcionó las instalaciones y los datos de las personas mayores que participarían en el programa de estimulación cognoscitiva de la presente tesis.

5. Participantes.

Colaboraron 12 adultos mayores con edades entre 68 y 75 años y solamente una mujer de 90 años: nueve mujeres y tres hombres con un promedio de 9 años o más de escolaridad. Posteriormente dos adultos mayores abandonaron el programa de estimulación cognoscitiva por diversas razones, quedando para el análisis final de los datos solamente 10 adultos mayores, quienes conformaron un sólo grupo.

6. Diseño muestral y selección de los participantes.

Los 12 sujetos participantes fueron seleccionados de la consulta de psicogeriatría de la institución de salud pública participante, debido a que era el lugar al que acudían los adultos mayores con deterioro cognoscitivo leve, los cuales integraron un sólo grupo de estudio.

El diseño muestral fue de tipo intencional debido a que los adultos mayores que participaron en el programa de estimulación cognoscitiva no fueron seleccionados al azar, sino que se escogieron de la base de datos de la institución de salud pública, considerando los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el método del presente trabajo.

7. Criterios de inclusión.

- Contar con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve o queja de memoria.
- Haber cursado la educación básica (primaria y secundaria) o tener al menos una escolaridad de 9 años o más.
- Mostrar interés, tiempo y disposición para participar en el programa de estimulación cognoscitiva.

8. Criterios de exclusión.

- Tener un diagnóstico psiquiátrico de algún trastorno mental o diagnóstico diferente al DCL.
- Tener una escolaridad menor a 9 años de estudio.
- No mostrar interés en participar en el programa de estimulación cognoscitiva.

9. Variables de estudio.

9.1. Estimulación Cognoscitiva.

Definición conceptual. Conjunto de técnicas y estrategias utilizadas para optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas funciones cognoscitivas (Ginarte, 2002).

Definición operacional. Actividades y ejercicios realizados y recomendaciones seguidas por los adultos mayores relacionados a las estrategias de estimulación cognoscitiva descritas en el folleto psicoeducativo.

9.2. Estrategias.

Definición conceptual. Serie de acciones planeadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles, las cuales se orientan a alcanzar una meta siguiendo una pauta de acción y utilizando una serie de tácticas que son medidas más concretas para conseguir uno o varios objetivos (Schendell y Hatten, 1972; citados en Castellanos Castillo y Castellanos Machado, 2011).

Definición operacional. Realización y mantenimiento de los ejercicios y actividades relacionadas a las estrategias seleccionadas a lo largo del programa de estimulación cognoscitiva.

10. Indicadores.

Agenda y/o calendario. Escribir la fecha, hora y lugar para mantenerse orientado en tiempo y espacio en relación a citas y actividades cotidianas.

Autobiografía. Reunir fotografías y recuerdos, así como escribir sobre la propia vida.

Asistencia a cursos o talleres. Acudir a diversos cursos o talleres para aprender cosas nuevas, así como conocer a otras personas.

Listas. Elaborar listas para recordar las compras del supermercado.

Ejercicios. Realizar crucigramas, sopas de letras, juegos de mesa, mandalas, etc.

Cálculo mental. Realizar operaciones básicas al realizar compras.

Lectura. Leer diariamente por lo menos 10 minutos.

Evitar dos actividades al mismo tiempo. Realizar solamente una sola actividad en lugar de dos o más.

11. Procedimiento.

1. Durante el tiempo que se realizó el servicio social en el área de geriatría de una institución de salud pública, se observó que ésta adolecía de ciertas necesidades al igual que la población de adultos mayores que acudían a la misma, identificándose y describiéndose éstas.
2. Se solicitó permiso a la encargada del área para implementar un programa de intervención en estimulación cognoscitiva basado en las necesidades identificadas y con el apoyo de un folleto psicoeducativo.
3. Se revisó la literatura para la realización del folleto psicoeducativo de estimulación cognoscitiva.
4. Se tomó un curso de estimulación cognoscitiva individual basado en el estudio ETNA3, impartido por un especialista en intervenciones no farmacológicas orientadas a la cognición para prevenir o ralentizar la enfermedad de Alzheimer y conocer a fondo este estudio.
5. Con la información recabada y el apoyo neuropsicológico y geriátrico de los encargados de la institución de salud pública, se elaboró el folleto psicoeducativo de estimulación cognoscitiva.
6. Se diseñó el programa de intervención para la estimulación cognoscitiva de los adultos mayores, el cual incluía una sesión individual que se llevó a cabo de manera presencial y tres sesiones de seguimiento vía telefónica.
7. Se elaboraron los cuestionarios de evaluación de las sesiones psicoeducativa individual y de seguimiento.
8. Se consultó la base de datos para la selección de los participantes que cubrieran los criterios de inclusión.
9. Se invitó de manera oral a los adultos mayores seleccionados a participar en el programa de intervención y se determinó con ellos lugar, fecha y hora para llevar a cabo la sesión psicoeducativa individual.

10. Se llevó a cabo la sesión psicoeducativa individual con cada adulto mayor y al finalizar ésta se aplicó la primera evaluación, en la que cada participante seleccionó las estrategias que estaría dispuesto a seguir a lo largo del programa.
11. Se les dejó tarea en casa que consistía en leer el folleto psicoeducativo de estimulación cognoscitiva completo, así como la implementación de las estrategias que eligieron.
12. Se llevó a cabo el seguimiento y evaluación vía telefónica con cada adulto mayor por tres meses.
13. Se registraron los datos obtenidos utilizando matrices de consistencia y se realizó el análisis cualitativo de éstos.
14. Se elaboraron las tablas y gráficas de los resultados mediante el programa Excel.
15. Se elaboraron las conclusiones a partir del análisis cualitativo de los resultados.

12. Consideraciones éticas.

En el presente proyecto se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

1. Se obtuvo la autorización con los responsables del Área de Geriatria de la institución de salud pública participante, a quienes se les explicaron las características, propósitos y beneficios del programa.
2. Se mantuvo la confidencialidad de la identidad, tanto de la Institución como de la información proporcionada por esta sin revelar a lo largo del documento datos que la identificaran.
3. Se solicitó de manera verbal la autorización de los participantes a quienes se les explicaron las características y objetivos del programa de intervención en estimulación cognoscitiva e igualmente se mantuvo la confidencialidad de los datos de identificación proporcionados por ellos. De igual forma, se les explicó los beneficios y riesgos mínimos de participar en el mismo, pudiendo abandonar el programa en el momento en que ellos lo decidieran sin que se tomaran represalias o fueran perjudicados por la institución.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA DEL ADULTO MAYOR

El programa de estimulación cognoscitiva se basó en la propuesta de Mori Sánchez (2007), la cual como ya se mencionó en el apartado de funciones cognoscitivas, consta de ocho pasos secuenciales para una intervención en psicología comunitaria, los cuales se adaptaron y dividieron en las siguientes 4 fases:

- Identificación de necesidades.
- Diseño del material psicoeducativo.
- Implementación del programa de intervención.
- Evaluación del programa de intervención.

Para algunas características del diseño, implementación y evaluación se utilizó como referencia el estudio ETNA 3, realizado por la neuropsicóloga Hélène Amieva (2016), en cuya investigación se comprobó una mejoría clínica con la rehabilitación cognoscitiva no farmacológica llevada a cabo de forma individual para retrasar la institucionalización de los pacientes con un diagnóstico de leve a moderada de la enfermedad de Alzheimer. De esta intervención se tomaron algunas características que se adaptaron al presente programa de estimulación cognoscitiva.

1. Objetivo general.

Que los adultos mayores conozcan y adopten estrategias de estimulación cognoscitiva para prevenir o ralentizar el deterioro cognoscitivo leve.

2. Objetivos específicos.

Que los adultos mayores:

- Asistan a la sesión psicoeducativa individual para que conozcan el programa y el folleto psicoeducativo.
- Lean el folleto psicoeducativo para que seleccionen y conozcan las estrategias descritas en el mismo.
- Realicen y mantengan las estrategias seleccionadas a lo largo de los tres meses de seguimiento para que mejoren el funcionamiento cognoscitivo.
- Conocer las estrategias cognoscitivas que usaron los adultos mayores y el tiempo que las mantuvieron para determinar su utilidad en la vida cotidiana.

3. Identificación de necesidades.

Para la detección de las necesidades no se utilizó un instrumento escrito sino que se realizó por medio de la observación, ya que durante el tiempo que se estuvo apoyando a la institución de salud pública, llamó la atención el hecho de la presencia de diversas necesidades tanto a nivel de la institución como en la población atendida, entre los que se encuentran las que se describen en los párrafos siguientes.

3.1. Necesidades institucionales.

Entre las necesidades de tipo institucional se detectaron: la falta de presupuesto para invertir en nuevas propuestas, así como de personal, espacio y programas de intervención.

Presupuesto. A pesar de ser la institución de salud pública participante, un instituto de alta especialidad existen muchas carencias económicas y de falta de presupuesto, debido a esto no se puede invertir en programas de intervención, en campañas de prevención o incluso en la contratación de nuevo personal para atender a todas las personas que solicitan sus servicios.

Personal. La institución no contaba con el personal suficiente para poder prestar los servicios que se ofrecen en ésta, por lo que muchos estudiantes realizan voluntariado, prácticas profesionales o servicio social, quienes apoyan y son la base para la realización de muchas de las actividades requeridas en la misma.

Espacio. Asimismo, la institución de salud pública no contaba con espacios disponibles para su libre uso y para la implementación de nuevas propuestas de intervención, terapia o consulta debido a la alta demanda de los servicios que brinda, por lo que los consultorios son compartidos por los diferentes especialistas, asignándose a cada uno horarios específicos de uso.

Programas de intervención. También entre las necesidades institucionales se encontró la falta de programas de intervención. Si bien se organizan campañas de prevención para la salud del adulto mayor, son pláticas informativas anuales con temas muy variados sobre la salud por lo que no están enfocadas solamente a la demencia o al deterioro cognoscitivo. Además estos eventos se caracterizan por que tienen muy poca difusión, cada exposición dura menos de una hora, asignan muy poco tiempo para las dudas de las personas que asisten y no todos los años se expone sobre la demencia y la estimulación cognoscitiva. Así, realmente existen pocos espacios en donde se expongan estos temas a los adultos mayores.

3.2. Necesidades de la población.

Respecto a las necesidades de la población atendida se encontró que los pacientes no tenían información sobre sus enfermedades, no contaban con un seguimiento debido a la falta de un diagnóstico de demencia, se desconocían las necesidades individuales de éstos y tenían dificultad para acudir a sus consultas.

Información. La mayoría de los adultos mayores que llegaban a la consulta de psicogeriatría sabían que su finalidad era descartar o confirmar el diagnóstico de algún tipo de deterioro cognoscitivo o demencia. Algunos negaban su queja de memoria o la justificaban diciendo que era debido a su edad, mientras que otros tenían miedo de padecer algún tipo de demencia; sin embargo, tanto unos como otros, desconocían en qué consisten realmente este tipo de alteraciones. Esa falta de información causaba no solo ideas erróneas en las personas, desde pensar que es normal la pérdida de las funciones cognoscitivas como la memoria, hasta manejar un destino fatalista al considerar que al ser diagnosticados con demencia ya no había nada por hacer.

Necesidades individuales. Es evidente que cada adulto mayor es diferente, no sólo por sus características de personalidad e incluso aunque tengan un mismo diagnóstico como el deterioro cognoscitivo leve que conlleva diferentes necesidades y dificultades en el área cognoscitiva, en su alimentación, en las actividades que hacen diariamente, es sus gustos o en el resto de las enfermedades que padecen al mismo tiempo que el deterioro cognoscitivo leve. Por lo tanto, las

pautas de cuidado y atención deben ser individuales y diferentes para cada persona. Sin embargo, en las instituciones de salud pública esto es difícil, no sólo por la alta demanda de sus servicios, sino también por la inversión de tiempo que se requiere. Si bien los médicos tratan de informar y dar el trato más adecuado a cada persona, es evidente la falta de tiempo para ello, así como para ganar su confianza y poner especial atención a las preocupaciones que tienen sobre su salud, incluso los propios pacientes les tienen poca confianza para preguntar sobre su enfermedad y aclarar sus dudas.

Seguimiento. Tanto los adultos mayores que no cumplen con los criterios para ser diagnosticados con demencia porque su queja de memoria no es tan severa como para afectar sus actividades cotidianas, como aquellos que tampoco padecen un envejecimiento normal porque solamente presentan una leve queja de memoria relacionada al deterioro cognoscitivo leve, no son candidatos para ser enviados a la clínica de memoria en donde se da seguimiento a este problema. Por lo tanto, el sector de la población diagnosticada con esta alteración es muy vulnerable y se queda sin seguimiento hasta por más de un año debido a la alta demanda que existe en la institución de salud pública. El deterioro cognoscitivo leve es la antesala de la demencia y si las personas no son atendidas a tiempo por algún especialista tienen el riesgo latente de desarrollarla durante el año que se quedan sin revisión y sin seguimiento (ver la figura 4).

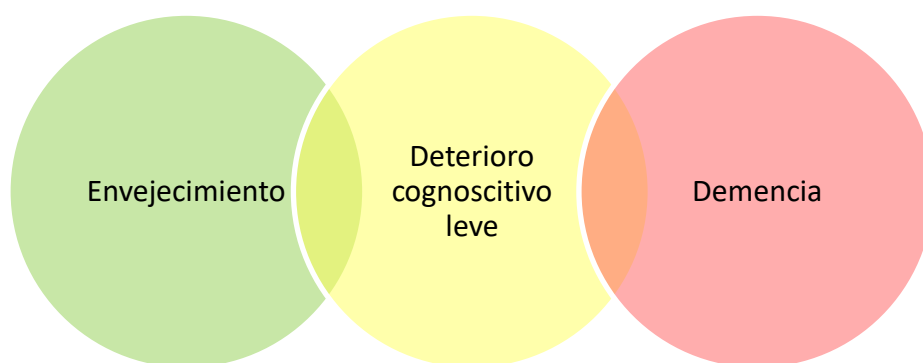


Figura 4. Deterioro Cognoscitivo Leve. Adaptado de Petersen y Morris (2005).

Dificultad para asistir a consulta. Por ser una institución de alta especialidad, la institución de salud pública participante tiene mucha demanda y recibe a pacientes provenientes tanto de la propia Ciudad de México como foráneos de diferentes lugares de la República Mexicana. Los pacientes locales debido a la lejanía de sus domicilios suelen llegar tarde ó no acudir a consulta y es común que los pacientes foráneos también lleguen tarde o falten con frecuencia a sus consultas por falta de tiempo o dinero para poder viajar al provenir en muchas ocasiones de lugares muy lejanos.

4. Diseño.

Con base en las necesidades del Instituto, las características de la población y la falta de información, se determinó el diseño del programa de intervención en estimulación cognoscitiva, el cual se dividió en lo siguiente: folleto psicoeducativo, sesiones de intervención (individual y de seguimiento), implementación y evaluación.

4.1. Folleto Psicoeducativo.

Como primer paso se elaboró un folleto psicoeducativo para cubrir la falta de información que fuera de fácil acceso y se orientara a prevenir el desarrollo del deterioro cognoscitivo de los adultos mayores poniendo énfasis en las estrategias de estimulación que éstos debían seguir. Su objetivo principal se centraría en ofrecer una guía estructurada de ejercicios, estrategias y recomendaciones de estimulación cognoscitiva para un envejecimiento saludable que ayudaran a promover cambios en la conducta, favorecieran la salud y aminoraran la progresión del deterioro cognoscitivo leve. Éste estaría dirigido a las personas y familiares que desearan prevenir la pérdida de la atención y la memoria y de otras funciones cognoscitivas, así como al personal de salud que atiende a pacientes con alteraciones cognoscitivas.

Para la elaboración del folleto psicoeducativo se tomó como base la información recabada mediante seminarios académicos, integración de casos de la consulta psicogeriátrica, revisión de casos geriátricos, así como en manuales y materiales ya existente sobre estimulación cognoscitiva en adultos mayores. La información se organizó de manera simple y clara, utilizando un lenguaje sencillo y de fácil comprensión para el público en general. Posteriormente se determinó la estructura y las secciones que lo conformarían: actividad física, dieta, cuidado de los órganos de los sentidos, relaciones sociales y ejercicios cognoscitivos.

Con el apoyo de la neuropsicóloga especializada que atendía la consulta de psicogeriatría, se especificó cada dominio cognoscitivo: orientación en tiempo, espacio y persona, atención y concentración, memoria, lenguaje, percepción visual, cálculo mental, lectura, escritura y funciones ejecutivas. Se revisaron las sugerencias para la vida cotidiana y se determinaron los ejercicios que correspondían al dominio cognoscitivo. Finalmente se consideraron las indicaciones médicas generales sobre ejercicio, dieta y salud con los geriatras (ver figura 5).

El contenido del folleto psicoeducativo quedó integrado por lo siguiente: una introducción que contiene una breve explicación sobre las terapias de estimulación cognoscitiva y la importancia de las mismas para la prevención del deterioro cognoscitivo, una descripción breve de la importancia de una dieta nutricional adecuada, las estrategias para mantener una vida saludable y la realización de actividades físicas que conduzcan a mejorar el funcionamiento cerebral, el cuidado de los órganos sensoriales y la importancia de mantener relaciones sociales.

Asimismo, se describen los distintos tipos de intervención cognoscitiva y se hace hincapié en la importancia de la terapia individual, para finalmente enfocarse en los ejercicios y estrategias para mantenerse mentalmente activos, las cuales se dividieron considerando las siguientes funciones cognoscitivas: orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, percepción visual, cálculo mental, lectura, escritura y funciones ejecutivas. En los apartados de cada función se incluyó una breve explicación de la misma, sugerencias para la vida diaria, actividades y ejemplos de ejercicios cognoscitivos que pueden realizar las personas en su día a día para reforzar y estimular cada una de ellas. Finalmente, éste quedó conformado por 23 sesiones en las que se especifica: los objetivos, el contenido, las actividades propuestas y el material que se tenía que utilizar en cada una (ver en el anexo el cuadro descriptivo del folleto psicoeducativo).

La institución de salud pública proporcionó algunos de los recursos con los que contaba como fotocopias y el uso de una computadora. Por ello, se decidió imprimir el folleto psicoeducativo como la mejor opción para poder tener un mayor alcance de la difusión del mismo, además se buscó que la información fuera lo más concisa y clara para utilizar la menor cantidad de papel y ahorrar gastos. Por lo tanto, debido a que se

brindaría la información de manera escrita, se requería que las personas hubieran aprendido a leer y escribir y mostraran comprensión lectora, por lo que los adultos mayores que serían incluidos en el programa de intervención debían cubrir este requisito.

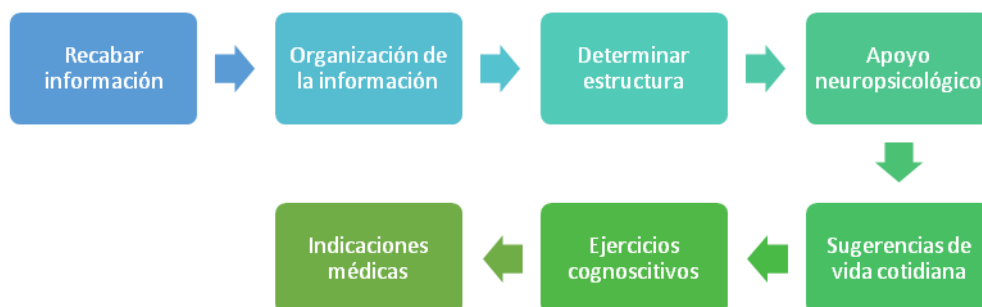


Figura 5. Proceso de la elaboración del folleto psicoeducativo.

4.2. Sesiones de intervención.

Se realizaron 4 sesiones de intervención. Una primera sesión individual denominada “sesión psicoeducativa” con duración de una hora para explicar el contenido del folleto psicoeducativo a cada uno de los adultos mayores de manera individual, identificar sus necesidades y conocer las estrategias que estarían dispuestos a realizar. Posteriormente se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento al mes, dos meses y tres meses para conocer los avances del programa y evaluar lo realizado por ellos en estos meses (ver la tabla 6).

Sesiones	Objetivo	Procedimiento	Material
Sesión psicoeducativa individual	Explicar el contenido del folleto psicoeducativo para que los adultos mayores pudieran realizar los ejercicios y estrategias propuestas en casa de manera adecuada y resolver las dudas que tuvieran.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar al paciente. 2. Explicar el procedimiento del programa de estimulación cognoscitiva. 3. Exponer el folleto psicoeducativo. 4. Resolver las dudas. 5. Aplicar la evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo. - Presentación en Power point. - Marcador o pluma. - Cuestionario de evaluación.
1ª, 2ª y 3ª sesiones de seguimiento	Conocer los ejercicios y estrategias que los adultos mayores realizaron el mes anterior, si los mantuvieron y/o realizaron nuevos. Si conservaron y/o leyeron el folleto psicoeducativo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamar al paciente por teléfono. 2. Aplicar el cuestionario de evaluación de seguimiento. 3. Realizar la evaluación de proceso. 4. Hacer recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teléfono. - Folleto psicoeducativo. - Cuestionario de evaluación de seguimiento. - Matrices de evaluación de proceso.

Tabla 6. Sesiones inicial y de seguimiento del programa de intervención.

Sesión psicoeducativa individual.

Pensando en las necesidades de los adultos mayores y para tener un encuentro inicial con cada uno, se determinó explicar en una sesión psicoeducativa individual el contenido del folleto psicoeducativo, poniendo énfasis en las dudas específicas de cada persona en cuanto a la información dada, al igual que para poner especial atención en las características de cada adulto mayor.

Para la sesión psicoeducativa individual se resumió de forma breve la información contenida en el folleto psicoeducativo, organizándola de forma entendible y poniendo énfasis en la estimulación cognoscitiva. Con dicha información se hizo una presentación en Power point que fuera llamativa para su fácil comprensión.

Cuando estuvo listo el folleto Psicoeducativo se practicó con base en éste la presentación indicando de forma puntual en donde se localizaba la parte que se iba mencionando. Finalmente se hicieron los ajustes pertinentes a la presentación con base en el tiempo asignado para ello, dado que la duración de la sesión informativa debía ser de aproximadamente una hora incluyendo la aclaración de las dudas, por lo que debía tenerse tiempo suficiente para su realización (ver figura 6).

Asimismo, para la sesión psicoeducativa individual se pidió permiso a la institución de salud pública para el uso de un consultorio durante la consulta de psicogeriatría, permitiendo su uso solamente por una hora. También se permitió el uso de la computadora y el proyector que en él se encontraban para la presentación en Power point que se había preparado sobre el contenido del folleto psicoeducativo como apoyo visual.



Figura 6. Preparación de la presentación del contenido del folleto psicoeducativo.

4.3. Selección de los participantes.

Las personas que asistían a la consulta de psicogeriatría eran adultos mayores de 60 años. Su escolaridad era variable, desde analfabetas sin ningún grado de escolaridad, hasta personas con un alto grado de estudios, incluyendo algunos con maestría y doctorado. Su principal padecimiento era la queja de memoria, por ello eran enviados a la consulta de psicogeriatría para ayudar al diagnóstico de una posible demencia o deterioro cognoscitivo. Sin embargo, la mayoría padecía más de una enfermedad, ya que también podían tener hipertensión arterial, diabetes mellitus y sobrepeso.

Tomando en cuenta que uno de los sectores vulnerable de la población eran los pacientes diagnosticados con deterioro cognoscitivo leve (DCL) y que las pautas de estimulación cognoscitiva se enfocaban a estimular las funciones cognoscitivas durante las actividades diarias, las personas que participaron en el

programa de intervención debían ser adultos mayores que fueran independientes en la mayoría de las actividades que realizaran. Por esto se determinó que las personas idóneas para participar en el programa de intervención debían ser aquellos diagnosticados con DCL, porque eran los que tenían queja de memoria pero que seguían realizando sus actividades cotidianas, además de ser un sector vulnerable para desarrollar demencia con el paso del tiempo. De igual forma se excluyó a los pacientes que contaran con algún tipo de diagnóstico psiquiátrico.

Al revisar la base de datos de los adultos mayores con diagnóstico de DCL y que contaran con estudios de al menos educación básica, se observó que la ubicación de los domicilios de la mayoría estaban bastante alejados de la institución de salud pública, por esto se decidió que para evitar la deserción al programa la sesión psicoeducativa individual se programaría el día que los pacientes acudieran a consulta y teniendo su consentimiento previo para disponer de su tiempo. De la misma forma se determinó que el seguimiento de los pacientes fuera vía telefónica, ya que en el estudio ETNA 3, el seguimiento se realizaba por este medio de comunicación una vez al mes a lo largo de seis meses.

Se encontró que 12 adultos mayores contaban con los criterios de inclusión, a quienes se les invitó a participar de manera oral en el programa de intervención y con su consentimiento se especificó el lugar, la fecha y la hora con cada uno de ellos para la sesión psicoeducativa individual y la entrega del folleto psicoeducativo.

5. Implementación.

Para la implementación se programaron una sesión individual y 3 sesiones de seguimiento en las que se incluyó la evaluación, las cuales se describen en los apartados siguientes.

5.1. Sesión psicoeducativa individual.

Se llevó a cabo la sesión psicoeducativa de forma individual el día que los adultos mayores acudieron a consulta. Al iniciar ésta, se solicitó su consentimiento de forma verbal y se les agradeció por disponer de su tiempo. Posteriormente, se hizo la presentación en Power point y se aplicó la evaluación destinada a esta primera sesión.

La duración de la sesión psicoeducativa sería de aproximadamente 60 minutos en la que se explicaría el contenido del folleto psicoeducativo de manera oral, haciendo la entonación adecuada y poniendo especial énfasis en la estimulación cognoscitiva con el apoyo de la presentación en Power point. Debido a que se contaba con el conocimiento previo de las condiciones de cada participante, a medida que transcurría la sesión y conforme se iba brindando la información se ponía énfasis en las estrategias específicas para las necesidades de cada uno de ellos. Asimismo, durante el desarrollo de la misma se iba señalando y marcando con un plumón en el folleto psicoeducativo la parte que se iba explicando y se daban ejemplos para ilustrar lo que se iba exponiendo (ver tabla 7).

Solamente se asignaron 10 minutos a los temas introductorios, los cuales se tocaron de manera breve para dejar tiempo suficiente al resto de la información, siendo éstos: introducción a las teorías de estimulación cognoscitiva, cómo mantener un estilo de vida saludable, recomendaciones para la realización de actividad física, cómo mantener una dieta para favorecer el rendimiento cerebral y la importancia de las relaciones sociales.

Se pidió a los adultos mayores que posteriormente leyeran con detenimiento en casa la información completa respecto a estos temas en el folleto psicoeducativo que se les entregaría al terminar la sesión. Se puso especial atención y se explicó con mayor detenimiento las propuestas para mantenerse mentalmente activos (la agenda y el libro de vida), qué es la estimulación cognoscitiva y las terapias orientadas a la cognición, así como las pautas de estimulación cognoscitiva por cada función cognoscitiva, dedicando a esta parte la mayor parte del tiempo (45 minutos aproximadamente). Finalmente, los últimos 5 minutos se dedicaron a la aplicación de la evaluación y la resolución de las dudas finales.

Recursos	Duración	Lugar	Seguimiento	Evaluación
-Presentación en Power Point. -Folleto Psicoeducativo. -Pluma ó plumón.	60 minutos aproximadamente por cada participante.	Consultorio.	1, 2, 3 meses	Cuestionario con 9 preguntas de opción múltiple.

Tabla 7. *Parámetros de la sesión psicoeducativa individual.*

Al finalizar la sesión psicoeducativa individual, se brindaron recomendaciones de estimulación cognoscitiva específicas a las necesidades de cada adulto mayor, se resolvieron las dudas que externaron y se les dejó de tarea en casa que leyeran el folleto psicoeducativo completo y seleccionaran las estrategias que ellos seguirían a lo largo del mes, cosa que se les preguntaría en las sesiones de seguimiento. Asimismo, se les indicó que en los siguientes tres meses, se les llamaría por teléfono para resolver las dudas que tuvieran, conocer si habían realizado los ejercicios, estrategias y recomendaciones planteadas y si habían realizado algún cambio en sus hábitos diarios gracias a lo explicado en la primera sesión y en lo que habían leído en el folleto psicoeducativo.

5.2. Sesiones de seguimiento.

Para la primera llamada del seguimiento vía telefónica, se tomó como base los comentarios y respuestas que habían proporcionado en la evaluación realizada en la sesión psicoeducativa individual, para la segunda y tercera llamadas se tomó como base la evaluación de seguimiento anterior. En éstas, se les preguntaba si aún conservaban el folleto psicoeducativo, si lo habían leído, sobre las actividades y estrategias que habían realizado a lo largo del mes, comprobando si éstas correspondían a las que habían seleccionado en la sesión individual y la periodicidad con la que las realizaban. Cuando reportaban que se les había dificultado alguna actividad, se les preguntaba el por qué, se les daban recomendaciones sobre las diferentes formas en que podían realizarla y se le explicaba la importancia de hacerla. Finalmente, se registraba todo lo que cada adulto mayor comentaba en matrices de consistencia para su análisis posterior.

Algunas personas requirieron de apoyo sobre todo emocional, debido a que mostraban la necesidad de expresar las distintas emociones y sentimientos que iban teniendo a lo largo de la intervención como felicidad por sentirse mejor, preocupación por el estado de su memoria o incluso enojo por la falta de efectividad que notaban en la intervención. En estas situaciones las llamadas tomaban más tiempo del estimado (ver tabla 8).

Recursos	Duración	Lugar	Evaluación
-Folleto psicoeducativo. -Evaluaciones previas. -Cuestionario de evaluación.	30 minutos aproximadamente.	Hogar de los participantes.	Cuestionario de 9 preguntas de opción

-Matrices de consistencia. -Pluma.	Antes de comenzar, se preguntaba si la persona estaba desocupada y con tiempo disponible para tomar la llamada. Si no era así, se reprogramaba para otro día.		múltiple con la cual se guiaba la entrevista.
---------------------------------------	---	--	---

Tabla 8. *Parámetros del seguimiento vía telefónica.*

6. Evaluación.

Para el seguimiento de los avances, se diseñaron dos tipos de evaluación: la primera se aplicaría terminando la sesión psicoeducativa individual, en donde se les preguntaría que tal útil les había resultado la información recibida y conocer las estrategias que estaban dispuestos a realizar. La segunda se aplicaría en las tres llamadas telefónicas de seguimiento, enfocándose las preguntas en la lectura y conservación del folleto psicoeducativo, la periodicidad en la semana del empleo y tipo de ejercicios, recomendaciones y estrategias que habían realizado a lo largo de cada mes. Las llamadas de seguimiento tuvieron una duración estimada de 30 a 60 minutos.

Como se mencionó, para conocer si se había comprendido lo explicado en la sesión psicoeducativa individual y los cambios en los tres meses siguientes en las sesiones de seguimiento, se realizó la evaluación en 3 momentos: evaluación inicial, evaluación de seguimiento y evaluación de proceso. Las dos últimas se realizaron vía telefónica 1, 2 y 3 meses posteriores a la sesión psicoeducativa, para lo cual se pidió el nombre y el número de teléfono a los adultos mayores y el horario en que se les podía llamar.

Evaluación inicial. La evaluación inicial se realizó en la sesión psicoeducativa individual y se aplicó al finalizar la presentación en Power point. Dicha evaluación consistió en un cuestionario con 9 preguntas las cuales abarcaban temas respecto a la comprensión de los conceptos explicados, la utilidad del Folleto psicoeducativo y el compromiso de cada participante respecto a los cambios que estaban dispuestos a hacer en sus actividades diarias (ver los cuestionarios de evaluaciones en el anexo).

Una vez terminada la evaluación de la sesión psicoeducativa individual y para finalizar ésta, se le informó a cada participante que en un mes se le llamaría por teléfono para saber si habían surgido nuevas dudas al leer el folleto psicoeducativo en casa y conocer si estaban realizando cambios en sus actividades diarias acordes a las pautas dadas y las estrategias seleccionadas en la evaluación inicial. También se les pidió sus datos telefónicos y el horario en que se les podía llamar.

Evaluación de seguimiento. Debido a que cada participante asistió a la sesión psicoeducativa individual en diferente fecha dependiendo de sus citas médicas, las fechas de seguimiento al mes, 2 meses y 3 meses de cada uno se basó en forma particular considerando esta fecha. Al inicio de cada llamada en los tres meses posteriores, se les aplicó la evaluación de seguimiento, la cual consistió de 9 preguntas que abarcaban temas respecto a la utilidad del folleto psicoeducativo, las actividades y estrategias que estaban dispuestos a hacer (ver cuestionario de evaluación de seguimiento en el anexo). Posteriormente se realizó la evaluación de proceso.

Evaluación de proceso. Una vez terminada la evaluación de seguimiento, se aplicaba la evaluación de proceso, la cual no estaba estructurada, pero que en algunos participantes fue necesaria debido a la necesidad de expresar sus emociones, la cual sirvió para profundizar en la generación de los cambios que iba teniendo mes con mes cada uno de ellos y así poder dar recomendaciones acordes a los avances y dudas que iban teniendo. Los datos aportados se registraron en matrices de consistencia, las dudas, dificultades, sentimientos, expectativas, malestares médicos, así como los logros que iba teniendo cada

uno, para de esta forma hacerles nuevas recomendaciones de estimulación cognoscitiva que debían practicar en el siguiente mes. En los casos que se tuvo que realizar esta evaluación de proceso el promedio de duración de la llamada fue de aproximadamente 30 minutos a 1 hora. Al finalizar cada llamada, se les indicaba que aproximadamente en un mes se les volvería a llamar para conocer sus avances. Este mismo procedimiento se hizo a lo largo de los dos meses de seguimiento con cada participante y en el último mes se les agradeció su participación, se les recordó las estrategias que habían seleccionado, así como los avances que tuvieron a lo largo de los tres meses de seguimiento y se les motivó para que continuaran esforzándose (ver figura 7).



Figura 7. Proceso de evaluación a lo largo del programa de intervención.

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA

1. Datos sociodemográficos.

En el *programa de estimulación cognoscitiva* participaron inicialmente 12 adultos mayores, 9 mujeres (75%) y 3 hombres (25%), con edades entre los 68 y 90 años. El 42 % asistió acompañado por algún familiar a la sesión psicoeducativa individual, a tres las acompañaron sus hijas, a dos personas su esposo y el resto acudió solo.

Sin embargo, posteriormente, durante el seguimiento del primer mes un hombre y una mujer fueron dados de baja del *programa*. La mujer debido a que fue diagnosticada con demencia y uno de los requisitos de exclusión era padecer un trastorno diferente al deterioro cognoscitivo leve y el hombre ya no contestó las llamadas durante las sesiones de seguimiento.

2. Sesión psicoeducativa individual.

En la sesión psicoeducativa individual, todos los adultos mayores se mostraron atentos e interesados en el *programa de estimulación cognoscitiva*, algunos participaron más que otros, pero todos expresaron sus opiniones y dudas. Ninguno se mostró renuente a colaborar y todos estuvieron muy motivados.

De las 8 estrategias propuestas en el cuestionario de evaluación inicial aplicado en esta sesión, 2 adultos mayores (17%) estuvieron dispuestos a realizar de 7 a 8, mientras que 10 de ellos (83%) seleccionaron solamente de 5 a 6.

3. Sesiones de seguimiento.

En las sesiones de seguimiento, 8 adultos mayores reportaron no haber leído el folleto psicoeducativo en casa y que los cambios que empezaron a tener se debieron más bien a la información que recibieron en la sesión psicoeducativa individual, así como a las sugerencias y recomendaciones que se les hacían cuando se les llamaba por teléfono.

Un elemento importante fue el rapport y el apoyo personal que se estableció con los participantes a lo largo del programa de estimulación cognoscitiva, a pesar de no haberse contemplado este efecto. Ocho (80 %) mostraron una mayor motivación y alegría al recibir las llamadas preguntando por sus logros mes con mes y comentaban que se disponían a realizar cambios en sus actividades porque sabían que recibirían una evaluación para conocer su grado de avance.

Nueve (90 %) adultos mayores no se limitaron solamente a contestar las preguntas del cuestionario de la evaluación de seguimiento, ya que abiertamente platicaban sobre todas las actividades que habían realizado ese mes, incluyendo sus sentimientos, relaciones personales y padecimientos médicos. Debido a esto, algunas llamadas se llegaron a extender hasta por una hora.

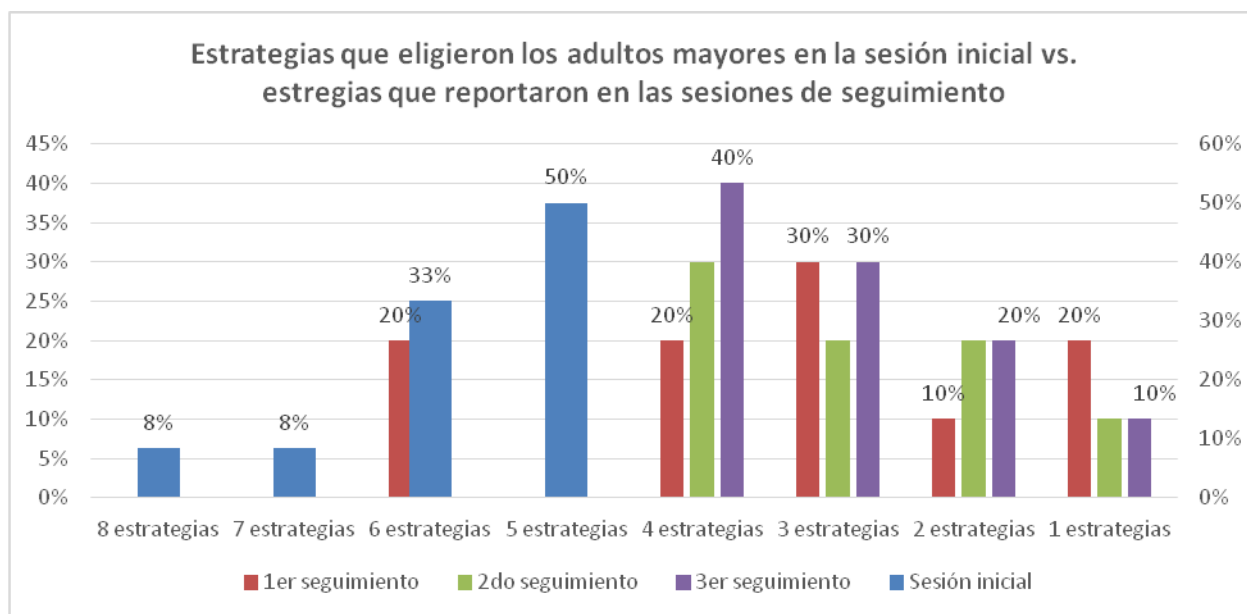
Uno de los participantes fue diagnosticado con cáncer, por lo que se adaptaron algunas de las actividades a su condición física, pero debido a que empezó a recibir quimioterapia se le dificultó la implementación de algunas de ellas, sin embargo a pesar de ello mostró cambios positivos.

Sólo dos adultos mayores (20%) se mostraron renuentes a pesar de que en la sesión psicoeducativa individual se habían mostrado interesados y dispuestos, sin embargo durante las evaluaciones de seguimiento y de proceso expresaron enojo al recibir las llamadas, pero aún así siguieron participando.

En el primer mes de seguimiento el 20% de los adultos mayores utilizó seis estrategias, el 20% utilizó cuatro y el resto correspondiente al 60% solamente hizo uso de una a tres, por lo tanto, sólo el 40% cumplió con cuatro ó más. Mientras que más de la mitad sólo implementó de una a tres. En el segundo mes de seguimiento la mitad se mantuvo usando entre tres y cuatro, mientras que la otra mitad sólo uso dos a ninguna (ver gráfica 1).

En el último mes de seguimiento, la utilización de tres a cuatro estrategias aumentó a un 70%, disminuyendo paralelamente el uso de una a dos al 30%. La utilización de cuatro fue la que presentó un aumento del 10% cada mes a lo largo del seguimiento, mientras que el uso de dos a tres aumentó y disminuyó un 10% a lo largo del tiempo, pero en general se mantuvo estable, entre un 10 y un 20% en su utilización.

En conclusión se puede decir, que en un inicio las expectativas fueron muy altas porque los pacientes se encontraban muy motivados, pero conforme fue pasando el tiempo, el uso real de las estrategias propuestas que se cumplió fue menor (4) a la cantidad que la mayoría de los participantes había elegido realizar, esto es de 5 a 6.



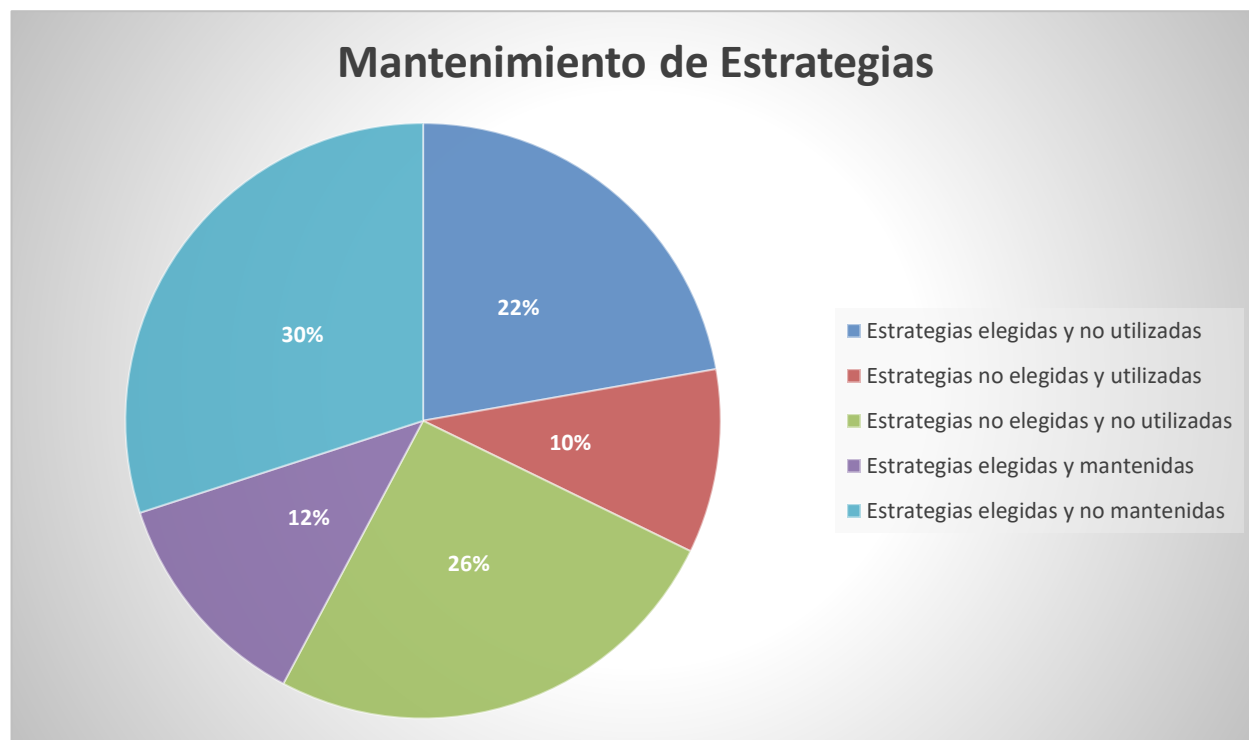
Gráfica 1. Porcentaje de estrategias que eligieron realizar los adultos mayores en la sesión inicial vs. el número de estrategias que reportaron en las sesiones de seguimiento.

4. Estrategias cognoscitivas.

Para conocer el cumplimiento de mantener la realización de las estrategias a través del tiempo, se agruparon en cinco formas distintas, como se muestran en la gráfica 2, las estrategias que eligieron pero que no utilizaron, las estrategias que no eligieron pero que en el seguimiento si las usaron, aquellas

estrategias que no eligieron y que tampoco emplearon, las que eligieron y se mantuvieron a lo largo del seguimiento y finalmente las que eligieron pero no se mantuvieron a lo largo de éste.

Se obtuvo la suma de las estrategias que los adultos mayores seleccionaron en el cuestionario de evaluación inicial, dando un total de 90 respuestas. Las estrategias que los adultos mayores eligieron pero que no se mantuvieron a lo largo del tiempo fueron las que obtuvieron el mayor porcentaje con un 30%, mientras que el porcentaje que se obtuvo de las estrategias que se mantuvieron hasta el final fue tan sólo del 12%.



Gráfica 2. Cumplimiento de las estrategias elegidas por los adultos mayores y utilizadas o mantenidas a lo largo de las sesiones de seguimiento.

Entre las estrategias más utilizadas a lo largo de los 3 meses de seguimiento (ver gráfica 3), se destacaron los ejercicios cognoscitivos, cuya utilización fue en aumento a lo largo del tiempo, empezando con un 70% y terminando con un 90%. Los participantes que las empezaron a utilizar desde el principio las mantuvieron. La practicidad, la inversión de tiempo que dependía de las necesidades de cada uno, así como sus gustos, se considera fueron algunos de los motivos por los que este tipo de ejercicios tuvo un mayor uso.

Otra estrategia que fue utilizada por el 50% de los pacientes, fue la lectura, cuyo uso bajó en el último mes un 10%. Esta estrategia igualmente dependía de los gustos de cada participante, a quienes se les pidió que por lo menos invirtieran 10 minutos al día.

La utilización de la agenda se mantuvo constante a pesar de ser la estrategia que más trabajo les costó a los participantes. Solían empezar a usarla y la olvidaban por unos días, pero con el tiempo la volvían a retomar. Durante las llamadas de seguimiento se recomendaba mucho su uso.

De las estrategias que utilizaron menos del 50% de los participantes pero que mostraron un buen mantenimiento y un aumento en el último mes, fue la orientación respecto a la fecha y hora, para lo cual se proponía el uso de un calendario y un reloj, reforzándose con la utilización de la agenda.

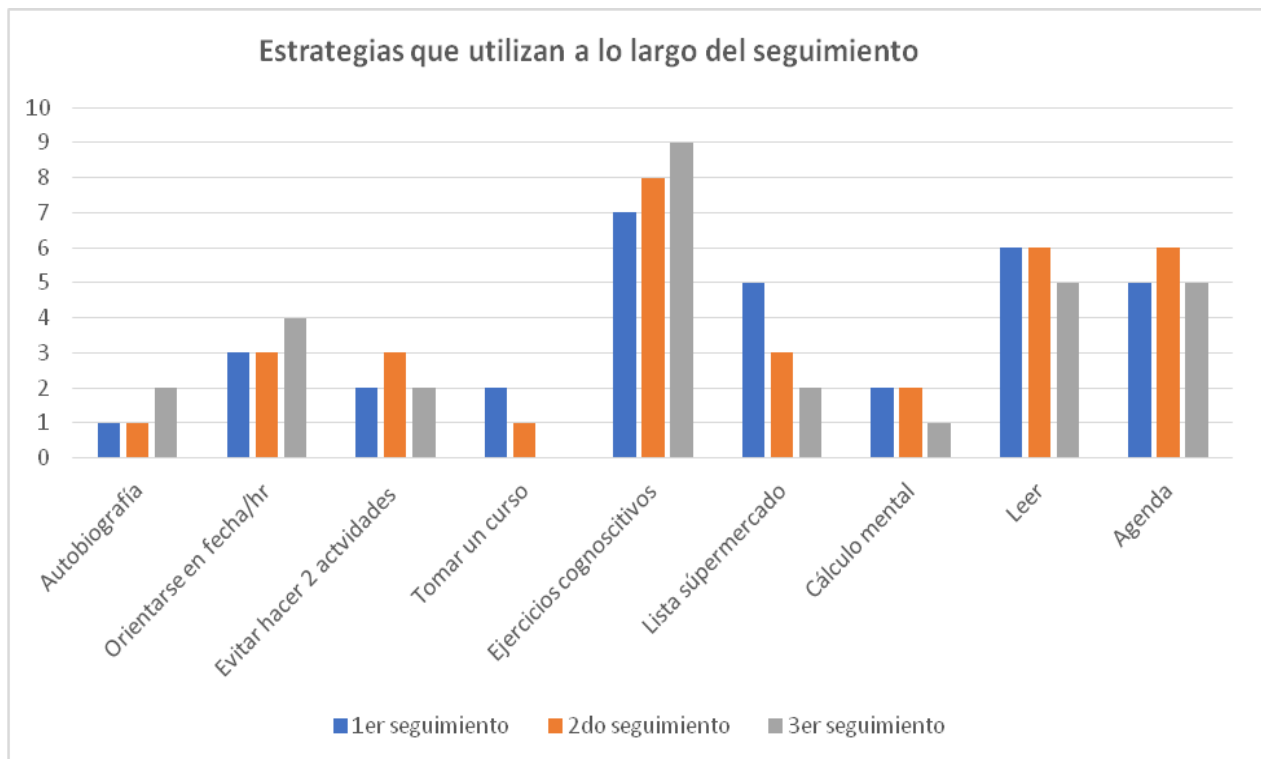
En relación a la autobiografía aunque sólo un 10% estuvo dispuesto a realizarla, al final un 20% de los pacientes la empezaron a hacer.

Las estrategias que los pacientes seleccionaron pero que las dejaron de realizar o las descartaron a lo largo del tiempo fue el tomar un curso para aprender alguna actividad nueva, principalmente por la falta de tiempo o el acompañamiento de otras enfermedades que les impedía trasladarse de su casa al lugar en donde se impartía el curso. Solo el 20 % mostró interés en asistir a un curso, el 10% lo dejó por falta de tiempo y el otro 10% debido a enfermedad.

Hacer la lista del supermercado, si bien es una actividad sencilla, la falta de tiempo que se vive constantemente no permite la realización de este tipo de actividades cada que se va de compras. El cálculo mental, fue una de las actividades que menos realizaron los participantes y su uso fue disminuyendo a lo largo del tiempo, debido a que a los adultos mayores les cuesta más trabajo realizar este tipo de actividades y probablemente la evitaban porque la velocidad de procesamiento se vuelve más lenta, además de que se requiere una gran cantidad de memoria de trabajo.

Finalmente, muy pocos adultos mayores evitaron hacer dos actividades al mismo tiempo para mejorar la atención focalizada, ya que sólo un 30% la llevó a cabo. Tomando en cuenta que el 80% de los participantes eran mujeres y dado que la atención dividida está más desarrollada en el sexo femenino, ellas estaban acostumbradas a realizar varias actividades al mismo tiempo por lo que les era difícil dejar de hacerlo a pesar de darse cuenta que al dedicarse a una actividad descuidaban las otras y ya no las realizaban con la calidad adecuada, olvidando detalles importantes de las mismas.

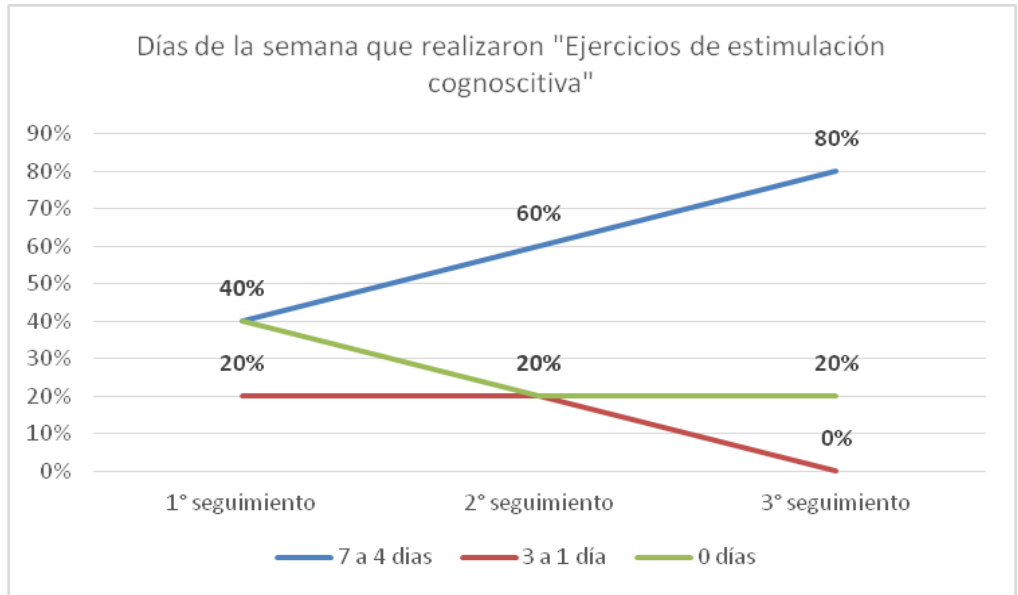
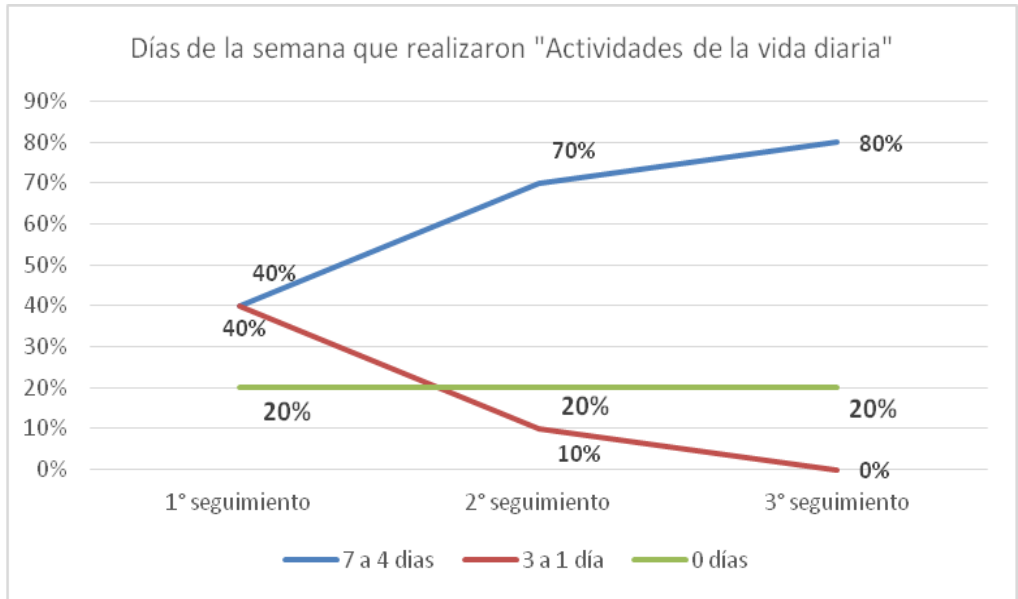
Algo importante de mencionar es la motivación para la realización de las actividades, ya que las estrategias de mayor uso fueron aquellas que dependían de los gustos de cada adulto mayor. Los ejercicios cognoscitivos incluyen una larga serie que van desde crucigramas, sopas de letras, juegos de mesa, coloreado de mandalas, etc., las cuales se les proponía hacer en tiempos libres pequeños, como por ejemplo en la espera de sus consultas. Este tipo de ejercicios por ser prácticos de llevar y realizar en cualquier lugar, fue la estrategia que más se utilizó, incluso mediante el uso de aplicaciones en sus teléfonos celulares para aquellos que los utilizaban.



Gráfica 3. Estrategias que utilizaron los participantes a lo largo del seguimiento.

Las actividades de la vida diaria propuestas en el folleto psicoeducativo corresponden a las actividades básicas y necesarias que el ser humano realiza y que estimulan las funciones cognoscitivas de una manera práctica mientras se realizan de forma cotidiana, a diferencia de los ejercicios a los que se les debe dedicar tiempo y cuyo objetivo es estimular funciones cognoscitivas específicas, los cuales dependen del diseño y el tipo de acción que se pide se realice en cada uno. Existen ejercicios que estimulen solamente una función cognoscitiva, mientras que otros pueden llegar a combinar la estimulación de varias al mismo tiempo. En el folleto psicoeducativo se incluyen propuestas de ambos tipos y en las evaluaciones de seguimiento se les preguntó a los participantes, cuales realizaban con mayor frecuencia para saber las que eran más fáciles y atractivas para ellos.

Para conocer estos datos se les preguntó a los adultos mayores cuantos días a la semana llevaban a cabo las actividades de la vida diaria y cuantos días llevaban a cabo los ejercicios de estimulación cognoscitiva. Las gráficas 4 y 5 muestran el porcentaje de participantes que realizaron cada actividad a lo largo de una semana. No se observaron muchas diferencias en la utilización de unas u otras, aunque hubo cierta preferencia por las actividades de la vida diaria, pero al final del seguimiento ambas fueron incorporadas por el 80% de los participantes a su rutina, haciéndolas de 4 a 7 días a la semana aproximadamente.



Gráficas 4 y 5. Comparación de los días de la semana en que los participantes realizaban "Actividades de la vida diaria vs la realización de los ejercicios de estimulación cognoscitiva".

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Adulto mayor AM 1. Era una mujer activa que mostró mucha motivación y una actitud positiva. Seguía laborando con su esposo, con quien salía mucho por trabajo o visitaban a su hija.

Presentaba problemas principalmente de memoria. Reportó haber olvidado algunos recuerdos del pasado pero conservaba los más significativos. Se desorientaba a veces con la fecha, la cual tardaba en recordar pero finalmente lograba hacerlo. Comentó no recordar los nombres de algunas personas con las que a veces se encontraba, sabía que las conocía pero tardaba en recordar su nombre. En ocasiones su esposo la ayudaba y con su apoyo podía llegar a recordar a la persona y el lugar en donde la conoció.

En la sesión psicoeducativa individual, a la cual asistió sola, se mostró muy motivada y entusiasmada, realizó muchas preguntas y platicó sobre sus actividades diarias y los problemas de memoria que solía tener. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a hacer cambios en sus labores diarias, a realizar actividades físicas y sociales. Se le recomendó evitar hacer dos actividades al mismo tiempo, porque reportó mucho estrés debido a la gran cantidad de cosas que hacía diariamente.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 1 en el anexo) reportó mejoría en la orientación de la fecha y la hora, realizó ejercicios de estimulación cognoscitiva para mejorar la memoria pues leía diariamente y participaba en juegos de mesa (scrable y memorama). Se le dificultó utilizar una agenda por lo que se le recomendó y ella así lo prefirió, utilizar un calendario para organizar sus actividades. También se le recomendó que empezara a hacer su autobiografía, que asistiera a un curso o taller y que evitara hacer dos actividades al mismo tiempo.

En la segunda sesión reportó que se mantuvo orientada en la fecha y la hora, continuó haciendo ejercicios cognoscitivos para mejorar la memoria (principalmente jugar memorama), leía diariamente y empezó a evitar hacer dos actividades al mismo tiempo, lo cual le costaba trabajo, pero lo intentó. Comenzó a organizar mejor sus actividades utilizando un calendario en lugar de una agenda. Empezó a hacer ejercicio físico. No encontró un curso que se acomodara a sus necesidades y decidió posponerlo. No inició su autobiografía porque estuvo fuera de casa por varios días y no le dio tiempo. Se le insistió que comenzara a escribirla.

En la tercera sesión continuó con las actividades que había estado haciendo. Dejó de hacer ejercicio por tener mucho trabajo, pero pensaba retomarlo, se le recomendó que no dejara de hacerlo aunque fuera en periodos más cortos de tiempo. Siguió sin escribir su autobiografía por falta de tiempo, por lo que se le recomendó que hiciera una caja de recuerdos que es una variante de la autobiografía para que fuera recolectando y organizando fotos y cosas que tenía sobre su historia de vida, para posteriormente, cuando tuviera tiempo, se le facilitara escribir ésta.

Conclusión. Mostró constancia, motivación y disposición para realizar las sugerencias que se le hacían, aunque por falta de tiempo no hizo algunas, pero dedicaba tiempo a las actividades que se le facilitaban y las mantuvo a lo largo del tiempo. Se mostró siempre accesible y agradecida del seguimiento que se hizo. Conservó y revisó el folleto psicoeducativo 5 veces en los tres meses de seguimiento.

Adulto mayor AM 2. Era una mujer de edad avanzada, se mostró siempre muy amable, tranquila y despreocupada. Actualmente se dedicaba al hogar, tenía una persona que la ayudaba en casa con algunas actividades domésticas y la acompañaba cuando necesitaba salir. Ella llevaba sus propias finanzas y seguía realizando sola las actividades de cuidado personal como bañarse, vestirse, tender la cama, etc. Sus hijas estaban preocupadas por sus problemas de memoria. Comentó que le costaba trabajo recordar en donde dejaba las cosas, citas y eventos, pero con ayuda si era capaz de recordar lo que se le olvidaba.

En la sesión psicoeducativa inicial se mostró muy atenta, la acompañó una de sus hijas. Casi no hizo preguntas, pero se mostró muy accesible cuando se le preguntaron datos o cuando se le comentó que se le llamaría por teléfono. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a hacer cambios en sus labores diarias sobre todo en la realización de las actividades físicas y ejercicios de estimulación cognoscitiva. Se le recomendó colorear mandalas porque tenía mucho tiempo libre y era una actividad que le agradaba. Como era capaz de llevar sus finanzas, se le recomendó que hiciera los cálculos de lo que iba a pagar de manera mental, así como hacer la lista de lo que iba a comprar en el supermercado y recordarla sin verla.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 2 en el anexo) reportó realizar solamente los ejercicios de atención del folleto psicoeducativo y el coloreado de mandalas. Se le recomendó utilizar una agenda para organizar diariamente sus actividades, realizar más ejercicios cognoscitivos, hacer su lista del supermercado y hacer cálculos mentales cuando fuera a pagar.

En la segunda sesión, volvió a reportar la realización de los ejercicios cognoscitivos de atención y seguir coloreando mandalas. Comentó haberse ido de vacaciones con sus seres queridos y haber salido a caminar mucho. Se le recomendó organizar sus actividades en una libreta, anotar diariamente lo que iba a realizar al otro día, por lo menos tres actividades por día.

Finalmente, en la tercera sesión reportó seguir coloreando mandalas. Continuó haciendo sus actividades domésticas y como no podía hacer ejercicio físico, salía a caminar al jardín. Hablaba diariamente por teléfono con su hermana. Empezó a organizar lo que iba a hacer al otro día pero sin utilizar una libreta, lo hacía mentalmente la noche antes de dormir, como preparar su ropa y las cosas que utilizaría al otro día. Se le recomendó utilizar una agenda o libreta para organizar sus actividades de manera escrita y seguir en contacto con su hermana.

Conclusión. Mostró constancia en las actividades que disfrutaba como el coloreado de mandalas. El cambio en la organización de sus actividades diarias fue lento por lo que se le hacían constantes sugerencias y se le daban opciones diferentes para organizar sus días. Al final mostró interés y empezó a hacerlo, aunque no de la manera en que se le recomendó. Fue siempre amable y accesible durante las llamadas de seguimiento y se interesó en las sugerencias que se le hacían, aunque no las realizara. Conservó el folleto psicoeducativo, pero no lo revisó en los tres meses de seguimiento.

Adulto mayor AM 3. Era una mujer relativamente joven que además de reportar problemas de memoria, padecía artritis por lo que presentaba dolores constantes en las articulaciones, los cuales en ocasiones le impedían trabajar y hacer sus actividades diarias. Era arquitecta, le gusta dibujar y decorar. Mostró mucha motivación e iniciativa para compensar los problemas de memoria que había empezado a padecer, sin embargo en ocasiones se mostraba muy angustiada y preocupada debido a éstos. Se desesperaba por sentirse imposibilitada debido al artritis que en ocasiones le impedía moverse completamente, además los medicamentos que tomaba para el dolor le provocaban náuseas.

Reportó queja de memoria, pérdida de la orientación en el espacio, ya que olvidaba hacia donde se dirigía por lo que cuando le daba indicaciones al taxista para que la llevara a su casa, solía equivocarse y dar la antigua dirección en donde había vivido años atrás. Olvidaba algunas palabras al hablar, tardaba en recordarlas, pero con ayuda lograba hacerlo.

Asistió sola a la sesión psicoeducativa inicial, se mostró muy motivada, entusiasmada y con mucha iniciativa. Participaba constantemente platicando las actividades que solía hacer en casa y realizaba preguntas para saber si lo que hacía, lo estaba haciendo de forma correcta. Se mostró emotiva debido a que lloró en ciertos momentos de la sesión por la angustia que su problema de memoria le generaba. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a hacer cambios en sus labores diarias sobre todo en la realización de actividades físicas, alimentación y el uso de sus anteojos porque en ocasiones los olvidaba. Se le hizo la recomendación de utilizar una agenda con fechas para tener una mejor organización de sus actividades, ya que, si bien utilizaba una libreta en donde acostumbraba hacer la lista de lo que tenía que comprar o hacer, no le estaba funcionando porque se le seguían olvidando hacer algunas cosas.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 3 en el anexo), reportó que empezó a diseñar su propia agenda utilizando papel y características especiales, porque ninguna agenda comercial le gustó. Empezó a realizar muchas actividades de estimulación cognoscitiva ella sola y en compañía de su hija, cambió su dieta por recomendación de su cardiólogo. Planeaba inscribirse a un curso de jardinería, pero siguió mostrando angustia porque en ocasiones seguía olvidado a donde ir cuando tomaba taxis, pero aunque tardaba en recordar, al final lo lograba. Se le recomendó seguir motivada, empezar a utilizar la agenda y no angustiarse cuando se le llegaran a olvidar las cosas, pensar con calma antes de pedir el taxi a donde se iba a dirigir y una vez que estuviera segura, tomara éste.

En la segunda sesión comentó que hubo días en que se sintió bien y siguió realizando actividades de estimulación cognoscitiva, pero algunos días presentó mucho dolor debido a su artritis, por lo que dejó de realizar algunas actividades como terminar de hacer su agenda, incluso hubo días en que dejó de ir a trabajar y se la pasó acostada todo el día. Se le recomendó que comprara un calendario para organizar sus actividades mientras terminaba su agenda, para que pudiera anotar diariamente lo que hacía a través de dibujos o escribir solamente una palabra para que le fuera fácil recordar la actividad y no tuviera que escribir tanto para evitar el dolor. Se le recomendó seguir motivada y aunque se mantuviera en casa, que intentara estar ocupada en actividades que no requirieran esfuerzo físico, que escuchara música o que leyera un libro. También se le recomendó hacer una caja de recuerdos, que empezara a recolectar fotografías para que los días que se sintiera bien pudiera comenzar a escribir su autobiografía.

En la tercera sesión ya no reportó tanto dolor, empezó a utilizar el calendario que se le recomendó, siguió realizando ejercicios cognoscitivos y empezó a dar clases de dibujo a sus amigas un día a la semana. Comenzó a buscar las fotografías para su caja de recuerdos. Estaba muy motivada porque en su trabajo la habían ascendido de sacar copias a recepcionista, aunque se le dificultaba contestar el teléfono porque le costaba trabajo encontrar las palabras al hablar o se le olvidaban algunas, aunque sabía lo que quería decir, se tardaba en encontrar como decirlo y también le costaba trabajo tener que escribir muy rápido debido a su artritis, lo que la angustiaba mucho. Se le recomendó no angustiarse cuando se equivocara porque la misma desesperación podría dificultar aún más sus actividades, se le propuso que viera las dificultades de su trabajo como un nuevo reto, se le hizo hincapié en las capacidades que ha demostrado para poder ser ascendida de puesto. Se le indicó que continuara dando clases una vez a la semana y que

organizara sus actividades diariamente. Reportó tener a la mano en todo momento el folleto psicoeducativo.

Conclusión. Era una mujer muy comprometida y motivada. Hizo caso de todas las recomendaciones que se le hicieron. Se angustiaba y estresaba con facilidad cuando no lograba hacer las cosas debido al dolor que sentía, sin embargo mantuvo una actitud positiva. Las llamadas de seguimiento con ella solían ser extensas por el apoyo emocional que requería. Reportó tener a la mano siempre el folleto psicoeducativo y lo revisó 6 veces en los tres meses de seguimiento.

Adulto mayor AM 4. Era una mujer laboralmente activa, escritora que se dedicaba a leer y escribir. Le gustaba asistir a exposiciones, así como a eventos culturales y literarios a los que la invitaban. Se mostró siempre accesible, amable y flexible a las recomendaciones que se le hicieron. Reportó queja de memoria, pues olvidaba citas o en donde había dejado las cosas. Sin embargo, no mostró demasiada preocupación, ya que consideraba que hasta cierto punto eso era normal por su edad.

Asistió sola a la sesión psicoeducativa, en la cual se mostró muy interesada. En ocasiones comentó los planes que tenía para el futuro cuando se jubilara y tuviera más tiempo para las actividades diarias y los ejercicios cognoscitivos. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a realizar mayor actividad física, mejorar su alimentación, utilizar sus anteojos porque en ocasiones los olvidaba y hacer más ejercicios de estimulación cognoscitiva. Se le recomendó utilizar una agenda para organizar sus actividades diarias, evitar hacer dos actividades al mismo tiempo y realizar ejercicios cognoscitivos.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 4 en el anexo) comenzó a evitar hacer dos actividades al mismo tiempo aunque le costaba mucho trabajo, realizó los ejercicios cognoscitivos del folleto psicoeducativo, reportó que le gustaría hacer más y finalmente comentó que no acostumbraba organizar sus actividades diariamente pero que le gustaría hacerlo. Se le recomendó utilizar una agenda para organizar éstas y se le hicieron sugerencias en donde encontrar más ejercicios cognoscitivos.

En la segunda sesión reportó que había intentado evitar hacer dos actividades al mismo tiempo, pero que le costaba trabajo porque era una mujer muy activa, buscó ejercicios cognoscitivos y descargó una aplicación en su celular. Empezó a asistir a un curso en un museo. Siguió sin utilizar la agenda, pero comenzó a anotar las cosas importantes en un cuaderno. Se le señaló la importancia de tener organizadas por fecha sus actividades diarias, se le recomendó utilizar un calendario en lugar de la agenda.

En la tercera sesión reportó haber descargado una aplicación en su celular en donde realizaba diariamente ejercicios cognoscitivos. Compró una agenda que utilizó al principio, pero con el tiempo se le olvidaba anotar sus actividades. Dejó de asistir al curso en el museo debido a malestares físicos que la hicieron ir al doctor y la mantuvieron en casa dos semanas. Debido al fracaso con la agenda, se le recomendó que el uso de un calendario mensual y que lo colocara a la vista o en un lugar en el que pudiera verlo diariamente para que comenzara a organizar sus actividades considerando el tiempo.

Conclusión. Demostró interés en hacer cambios en su vida, pero le costaba trabajo modificar su rutina diaria y necesitaba constantes recomendaciones y recordatorios para que lo intentara nuevamente. Integró fácilmente a sus tareas diarias las actividades que disfrutaba como los ejercicios cognoscitivos, descargando aplicaciones de fácil acceso en su teléfono celular. No revisó el folleto psicoeducativo, pero lo hizo en el último mes para realizar los ejercicios cognoscitivos que ahí se sugerían.

Adulto mayor AM 5. Era una mujer activa, laboraba con su esposo e hija en un negocio familiar. Se mostró amable pero preocupada por su problema de memoria. Reportó que solía ser muy impulsiva y enojona con su esposo y regañaba a los demás cuando no hacían las cosas como ella quería que se hicieran. Se trababa al hablar porque olvidaba las palabras que tenía que usar, motivo por el que se ponía nerviosa. Se preocupaba cuando no podía recordar las palabras y se enojaba con ella misma. Presentó un problema familiar con su hijo que se resolvió durante la intervención.

Asistió a la sesión psicoeducativa acompañada de su hija, en la cual se mostró muy atenta e interesada y en ocasiones ella y su hija planteaban dudas. Se mostró feliz cuando se le indicó que iba a haber un seguimiento por varios meses y fue muy accesible los meses siguientes cuando se le llamó por teléfono. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a hacer los ejercicios cognoscitivos y utilizar sus anteojos porque constantemente los olvidaba. Se le recomendó utilizar una agenda.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 5 en el anexo) reportó hacer ejercicios de estimulación cognoscitiva como sopas de letras y leer diariamente en voz alta para evitar olvidar las palabras, comentó que esto le había estado funcionando. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. Expresó que le costaba trabajo no hacer corajes con su esposo, pero lo había estado intentando. Compró una libreta para empezar a organizar diariamente sus actividades, pero aún no lo hacía. Se le recomendó empezar a utilizar el cuaderno en forma de agenda y evitar hacer corajes.

En la segunda sesión reportó que había empezado a controlar mejor sus enojos. Continuó haciendo los ejercicios cognoscitivos, leía diariamente y evitaba hacer dos actividades al mismo tiempo. Comenzó a hacer cálculos mentales cuando iba al supermercado y utilizó su libreta como agenda. Se le recomendó empezar a hacer su autobiografía, seguir utilizando su libreta y leer novelas cortas, ya que reportó que era una actividad que disfrutaba hacer.

En la tercera sesión reportó que había seguido haciendo los ejercicios cognoscitivos y que leía el periódico porque aún no compraba novelas cortas como se le había recomendado. Comenzó a hacer su autobiografía. Reportó tener una mejor organización usando su libreta como agenda y compró un calendario para organizar sus actividades considerando el tiempo. Se le recomendó continuar con las actividades y estrategias que hasta el momento había realizado, no olvidar comprar novelas cortas y, sobre todo, no dejar de utilizar el calendario y su libreta como agenda.

Conclusión. Se mostró motivada y accesible. Siguió todas las recomendaciones que se le hicieron y conforme iba integrando las actividades a su vida, se le sugerían otras para que realizara actividades nuevas. Se le brindó apoyo emocional durante las llamadas y mostró un avance en el control de sus emociones. Reportó conservar el folleto psicoeducativo, pero no lo leyó durante la intervención. Dependía de las llamadas de seguimiento.

Adulto mayor AM 6. Era un hombre jubilado que se dedicaba a cuidar de sus nietos por las tardes. Su esposa había reportado su queja de memoria, por este motivo se le invitó a participar en el programa, al cual accedió de manera respetuosa, asistió sin problema a la sesión psicoeducativa inicial y se mostró interesado, sin embargo, conforme fueron avanzando las sesiones de seguimiento mostró una actitud apática y cortante, comentando que se encontraba en perfecto estado de salud y que no necesitaba de un seguimiento.

Asistió solo a la sesión psicoeducativa, se mostró amable y atento, casi no participó ni mostró dudas. Consideró la información útil y estuvo dispuesto a hacer cambios en la actividad física, en su alimentación y realizar ejercicios de estimulación cognoscitiva. Se le recomendó utilizar una agenda para la organización de sus actividades, ya que reportó que sólo lo hacía mentalmente.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 6 en el anexo) expresó realizar actividades de recreación con sus amigos y conocidos, que no había utilizado una agenda para organizar sus actividades, pero que no la necesitaba porque revisaba constantemente su hoja de citas o su esposa le recordaba las actividades que tenía que realizar. Afirmó que estaba en perfecto estado de salud. Se le recomendó la utilización de una agenda personal para registrar sus citas y no tener que estar revisando su hoja médica o que su esposa le tuviera que recordar éstas.

En la segunda sesión se mostró un poco molesto por las llamadas de seguimiento porque reiteró que estaba en perfecto estado de salud. Comentó que no necesitaba utilizar una agenda, que era una persona muy ocupada y que todo lo recordaba perfectamente. Se le insistió en utilizar una agenda.

Finalmente, en la tercera sesión reportó que mentalmente estaba perfecto y que el único cambio que había empezado a realizar era el ejercicio físico por sugerencia de su médico, ya que tenía sobrepeso y debía bajar de peso. Se le recomendó seguir las indicaciones de su médico y utilizar en un futuro la agenda, ya que era importante escribir las actividades que debía realizar diariamente, aunque él considerara que no lo necesitara.

Conclusión. Se mostró renuente al cambio. Se encontraba en una etapa de negación de padecer alguna queja de memoria y desde el primer mes reportó haber perdido el folleto psicoeducativo.

Adulto mayor AM 7. Era una mujer de alta escolaridad que estaba realizando su tesis de maestría. Expresó que en ocasiones se sentía muy presionada por las actividades que tenía que hacer diariamente, sin embargo, siempre se mostró tranquila, flexible y accesible a las recomendaciones que se le daban. Reportó queja de memoria en las actividades que hacía diariamente, pues siempre olvidaba hacer algo porque tenía muchas cosas que hacer.

Asistió sola a la sesión psicoeducativa, se mostró interesada y atenta, no planteó dudas ni participó, pero fue muy accesible durante el seguimiento de los siguientes meses. Consideró la información útil, estuvo dispuesta a realizar actividad física y ejercicios de estimulación cognoscitiva. Se le recomendó la utilización de una agenda para organizar sus actividades diarias y evitar hacer dos actividades al mismo tiempo.

En la primera sesión (ver AM 7 en el anexo) reportó que comenzó a utilizar una agenda, que hacía semanalmente su lista del supermercado e intentaba recordarla y empezó a hacer una bitácora de lo que comía diariamente por recomendación del médico debido a que tenía problemas con su dieta. Leía diariamente porque estaba realizando su tesis de maestría, se mostró estresada y presionada por su trabajo y tesis. Se le recomendó seguir utilizando su agenda y hacer actividades de recreación que disfrutara para evitar estar estresada todo el tiempo.

En la segunda sesión reportó que siguió haciendo las actividades que había empezado a hacer: lectura para su tesis, la bitácora diaria de alimentos y recordar la lista del supermercado. Dejó de utilizar la agenda pero comenzó a usar su celular para organizar sus tareas y poner la alarma para recordar las mismas. Se

le recomendó seguir utilizando las estrategias que había empezado a utilizar y realizar actividades de recreación o sociales para evitar estar estresada todo el tiempo.

En la tercera sesión siguió haciendo su tesis, leyendo, escribiendo y además comenzó a preparar una conferencia. Siguió utilizando la agenda de su celular y comenzó a hacer una lista de prioridades. Empezó a hacer ejercicios cognoscitivos como sudoku, pero cuando no lograba resolverlos se frustraba. Se le sugirió hacer actividades de ocio para desestresarse y disfrutar de los ejercicios cognoscitivos que seleccionara.

Conclusión. Era una mujer muy activa con muchas tareas que realizar cada día, por eso en ocasiones olvidaba hacer algunas cosas y por lo tanto estaba estresada constantemente. Sin embargo, por las sugerencias que se le fueron brindando, fue capaz de ir las adecuando a sus necesidades. Reportó altos niveles de estrés y ansiedad incluso en las actividades que se le pidió que disfrutara. Guardó el folleto psicoeducativo, aunque no lo volvió a leer en el transcurso de los 3 meses, pues dependía más de las llamadas de seguimiento.

Adulto mayor AM 8. Era un hombre jubilado de alta escolaridad, pero que seguía trabajando porque disfrutaba hacerlo. Le gustaba asistir a eventos culturales, obras de teatro y pasar tiempo con sus nietos. Durante la intervención fue diagnosticado con cáncer, hospitalizado para ponerle un catéter y comenzó a recibir quimioterapia. Reportó queja de memoria en las actividades que hacía diariamente.

Asistió solo a la sesión psicoeducativa, se mostró interesado y atento. En ocasiones participaba con dudas o comentarios de cosas que solía hacer o de cosas que no iba poder hacer debido a que fue diagnosticado pocos días antes de la sesión con cáncer e iba a empezar a recibir quimioterapia. Consideró la información útil, estuvo dispuesto a hacer mayor actividad física y ejercicios de estimulación cognoscitiva. Se le recomendó utilizar una agenda para organizar diariamente sus actividades.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 8 en el anexo) reportó haber empezado con la quimioterapia y las limitantes que tuvo para hacer actividad física, debido a esto comenzó a tener una rutina diaria, utilizar su teléfono celular para organizar sus actividades y poner alarmas cuando le tocaba tomar medicamento. Se dedicó principalmente a realizar actividades de ocio para que la quimioterapia no le afectara tanto su estado de ánimo. Se le recomendó utilizar una agenda, seguir haciendo actividades de recreación y que cuando se encontrara en casa y no pudiera salir, escribiera su autobiografía.

En la segunda sesión, empezó a reincorporarse a sus actividades laborales, comenzó a hacer su autobiografía y a utilizar una agenda. Su familia lo visitó mucho durante este mes, reportó disfrutar mucho armando rompecabezas o haciendo ejercicios cognoscitivos con su nieto. Se le recomendó seguir en contacto cercano con su familia y hacer actividades en conjunto mediante los ejercicios cognoscitivos o las actividades de recreación. En el lapso entre la segunda y tercera sesión fue hospitalizado dos semanas para colocarle un catéter.

Finalmente, en la tercera sesión comentó que se comenzó a sentir mucho mejor, se reincorporó a sus actividades laborales, siguió realizando actividades de recreación con su familia y ejercicios cognoscitivos. Incorporó la utilización de la agenda y empezó a hacer su biografía. Se le recomendó continuar con las estrategias que ya había empezado a realizar: actividades de recreación, los ejercicios cognoscitivos y el uso de su agenda.

Conclusión. A pesar de presentar dificultades debido a la quimioterapia y al diagnóstico de cáncer que sorprendentemente le dieron antes de iniciar la intervención, se mostró todo el tiempo motivado y poniendo en práctica las sugerencias que se le daban. Reportó que le agradó el seguimiento debido a su condición de salud. Guardó el folleto psicoeducativo y aunque reportó no haberlo vuelto a leer pues dependía más de las llamadas de seguimiento, si comentó que lo compartió con familiares y amigos.

Adulto mayor AM 9. Era una mujer que en un inicio se mostró interesada, pero a lo largo de la intervención estuvo renuente al cambio, le molestaba el seguimiento de cada mes, aunque agradecía la preocupación. Se quejaba constantemente de las recomendaciones, pensaba que eran innecesarias debido a que consideraba que sus problemas de memoria eran normales por su edad y que ya no había nada que hacer. Reportó queja de memoria, se le olvidaba en donde dejaba las cosas y se quejaba constantemente de los problemas que esto le ocasionaba.

Asistió sola a la sesión psicoeducativa. Se mostró atenta, alegre, respetuosa y participativa comentando que muchas de las estrategias que se le proponían hacer, ella ya las realizaba. Al finalizar la sesión consideró la información útil, estuvo dispuesta a realizar actividad física y ejercicios de estimulación cognoscitiva. Reportó que todas las sugerencias que se le hacían ella ya las realizaba y que aun así seguía presentando problemas de memoria.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 9 en el anexo) reportó que no necesitaba de una agenda escrita porque siempre había utilizado la agenda de su celular. Comentó que si había realizado ejercicios cognoscitivos como sopas de letras y que diariamente leía el periódico. Se le sugirió leer novelas cortas para que disfrutara la lectura, hacer más variedades de ejercicios cognoscitivos y seguir utilizando la agenda de su celular.

En la segunda sesión se reportó molesta porque según ella se le hablaba a cada rato. Comentó que el folleto psicoeducativo no le sirvió porque ella ya hacía las actividades que ahí le sugerían. No realizó ninguna de las estrategias recomendadas, solamente continuó utilizando la agenda de su celular. Se le propuso abandonar el programa de intervención si así lo deseaba, para que ya no tuviera que recibir más llamadas, pero se negó. Comentó que sus problemas de memoria ya no tenían remedio, que ya estaba vieja y estaba segura que aunque hiciera las estrategias sugeridas, su problema ya no se le iba a quitar.

En la tercera sesión siguió reportando quejas sobre las sugerencias del folleto psicoeducativo porque a ella no le servían, sin embargo, se mostró menos molesta. Expresó que los únicos cambios que había hecho eran la actividad física, había empezado a hacer caminata, pero por muy poco tiempo porque le dolía una pierna. Se le sugirió utilizar notas adhesivas o notas pegadas en un pizarrón para recordar lo que se le olvidaba, pero comentó que no iba a hacerlo porque su casa parecería cárcel al llenarla de notas adhesivas.

Conclusión. Era una mujer pesimista y poco flexible, no aceptaba sugerencias a pesar de que en un inicio decidió participar en el programa. Se mostró molesta en el proceso, pero renuente a abandonarlo. Mostró actitudes contradictorias. No intentó hacer ningún cambio en su vida a pesar de darle opciones y nuevas formas de llevar a cabo las estrategias para ver si le podían funcionar. Conservó el folleto psicoeducativo durante los tres meses, pero no lo volvió a leer porque no lo consideró necesario, dijo que no lo tiró porque ella no tira nada, pero que no le sirvió.

Adulto mayor AM 10. Mujer de edad avanzada, se mostró amable y muy accesible. Se dedicaba al hogar. Padecía distintos dolores musculares y de columna, debido a esto sus hijas se dedicaban a cuidarla y no le permitían realizar muchas de las actividades que a ella le gustaría hacer, no la dejaban salir sola y le organizaban sus actividades diarias. Comenzó a padecer queja de memoria, por lo que sus hijas mostraron especial preocupación, una de ellas al ser psicopedagoga le comenzó a organizar actividades diarias de estimulación cognoscitiva, aceptaron la invitación al programa debido a que las hijas lo consideraron como una guía para poder trabajar adecuadamente las actividades de estimulación cognoscitiva con su madre.

Asistió acompañada de sus dos hijas a la sesión psicoeducativa, se mostró atenta y accesible. Sus hijas fueron las que mostraron mayor interés, participaron y tuvieron muchas dudas. Una de las hijas (psicopedagoga) llevó el material didáctico que utilizaba en las actividades de estimulación cognoscitiva que solía hacer con su madre, preguntando si estaba bien la forma en que lo hacían. Consideraron la información útil, la participante estuvo dispuesta a hacer actividad física, cambios en su alimentación y ejercicios de estimulación cognoscitiva. Reportó que su hija es la que le organizaba sus actividades diarias, por eso se le recomendó que empezara a hacerlo ella misma.

En la primera sesión de seguimiento (ver AM 10 en el anexo) reportó que su hija seguía organizándole sus actividades y trabajando con ella ejercicios cognoscitivos diariamente, pero que empezó a hacer la lista del supermercado ella sola y recordarla sin verla. Comentó que disfrutaba de actividades como salir al parque y que se cansaba mucho al realizar los ejercicios cognoscitivos que le ponía a hacer su hija. Se le recomendó llevar su propia agenda, pero no de las actividades que hacía con su hija, sino de las actividades que ella hacía diariamente en su casa. Se le sugirió no saturarse de ejercicios de estimulación cognoscitiva porque podían llegar a estresarla, se le recomendó hacerlos cada tercer día y que eligiera ejercicios que ella disfrutara realizar.

En la segunda sesión comenzó a escribir en una libreta las actividades que hacía diariamente, evitó hacer dos actividades al mismo tiempo, siguió realizando ejercicios cognoscitivos con su hija, pero ahora cada tercer día. Comentó que ya no podía salir a caminar porque la iban a operar de la columna y ya no le permitieron salir sola de casa por el dolor que padece al caminar. Se le recomendó no hacer esfuerzo físico por la condición de su columna y que si quería salir a caminar lo consulte con su médico. Se le propuso buscar actividades que pudiera hacer sin tener que salir de casa.

En la tercera sesión comenzó a organizar sus actividades diarias en un cuaderno, continuó evitando hacer dos actividades al mismo tiempo y siguió realizando ejercicios cognoscitivos con su hija cada tercer día. Se le recomendó que empezara a hacer actividades de recreación que a ella le agradaran y que pudiera hacer en casa por el dolor que padece en la columna.

Conclusión. Seguía las recomendaciones que se le daban, en un inicio se mostró muy dependiente de sus hijas, pero poco a poco se fue mostrando más independiente sobre todo en sus actividades diarias. Comentó que conservaba el folleto psicoeducativo, pero no lo volvió a leer en el periodo de tres meses que duró la intervención.

Adulto mayor AM 11. Era una mujer que se mostró preocupada por no poder realizar las actividades que anteriormente hacía, ya que su problema de memoria iba aumentando de manera muy acelerada conforme pasaba el tiempo. Olvidaba las palabras al hablar, le costaba trabajo organizar y recordar. Se le

invitó a participar en el programa de intervención esperando que le ayudara a desacelerar el deterioro cognoscitivo que presentaba.

En la sesión psicoeducativa se mostró atenta y alegre, no participó ni tuvo dudas. La acompañó su esposo, quien fue mucho más participativo expresando sus dudas. Ambos se mostraron muy agradecidos al final de la sesión por haberlos invitado a participar en el programa de intervención. La participante consideró la información útil, estuvo dispuesta a realizar actividad física, ejercicios de estimulación cognoscitiva y realizar actividades en donde pudiera relacionarse socialmente. Su esposo comentó que desde que empezó a presentar problemas de memoria, él le comenzó a organizar sus actividades diarias en una tabla.

En la primera sesión de seguimiento fue incapaz de sostener la llamada telefónica debido a la dificultad en su habla. Se platicó con su esposo, quien reportó un deterioro cognoscitivo acelerado y considerable en su esposa. Le organizó ejercicios de estimulación cognoscitiva y contrató a una persona para que la apoyara diariamente a lo largo del día, sin embargo se mostró renuente a hacer todas las actividades y peleaba constantemente con la persona encargada de apoyarla. Al esposo se le recomendó tomar en cuenta los gustos y opiniones de su esposa para la organización de sus actividades diarias, las cuales ella debía disfrutar y que la persona que la apoyara debía establecer una buena relación con ella.

En la segunda sesión continuó sin querer realizar las actividades que el esposo le organizaba, quien empezó a buscar tratamientos alternativos. Se le mandaron a hacer estudios complementarios debido a su condición tan acelerada de deterioro cognoscitivo y se le confirmó el diagnóstico de demencia, por lo que abandonó el programa de intervención. No se realizó la tercera llamada telefónica de seguimiento.

Conclusión. El deterioro cognoscitivo progresó de forma muy acelerada por lo que tuvo que abandonar el programa de intervención.

Adulto mayor AM 12. Era un hombre que se mostró preocupado por su salud. Expresó que le gustaba hacer ejercicio y practicar diariamente natación. Reportó queja de memoria pues olvidaba en donde dejaba las cosas y las citas de eventos importantes.

Asistió solo a la sesión psicoeducativa, se mostró preocupado y accesible, participó con unas cuantas dudas, intervino de forma breve y parecía estar muy interesado. Consideró la información útil y estuvo dispuesto a realizar ejercicios de estimulación cognoscitiva.

En la primera sesión de seguimiento comentó que se le complicó hacer las sugerencias del folleto psicoeducativo y que no lo había podido leer en casa. Se le recomendó leerlo con calma, que empezara a realizar los ejercicios de estimulación cognoscitiva que considerara necesarios y se le comentó que se le llamaría en un mes.

En la segunda y tercera sesiones no contestó las llamadas telefónicas de seguimiento. Se intentó en varias ocasiones e incluso se le mandó mensaje de texto a su celular, pero nunca respondió.

Conclusión. Abandonó la intervención después del primer mes de seguimiento, en el cual no se reportó ningún cambio o interés por participar.

DISCUSIÓN

Uno de los elementos del programa de estimulación cognoscitiva que resultó ser útil para la intervención fue la sesión individual, la cual sirvió como presentación de la información mediante la exposición oral, gráfica y escrita, tanto del programa como del folleto psicoeducativa. Recibir la información por más de un sistema sensorial permite que el aprendizaje se procese en forma múltiple al involucrar diversos mecanismos perceptuales como la visión, la audición y el tacto, al igual que otros procesos relacionados a las áreas cognoscitiva, emocional y motivacional. Por lo tanto, se logra un aprendizaje más asociativo utilizando distintas estructuras del cerebro que permiten adquirir nuevas estrategias y esquemas cognoscitivos (Villalba Agustín, Espert Tortajada, 2014).

El hecho de tener al inicio un conocimiento individual de las características personales de cada adulto mayor y de las actividades más significativas y útiles para ellos, permitió una mejor incorporación de las estrategias cognoscitivas a sus hábitos cotidianos. Además, conforme iban comentando las dificultades que tenían en la realización de las actividades plasmadas en el folleto psicoeducativo, se les hacían nuevas sugerencias a lo largo de las tres sesiones de seguimiento. Las estrategias consideradas en el diseño e implementación del *programa de estimulación cognoscitiva* fueron adaptadas del programa “Rehabilitación cognoscitiva individualizada” realizado por Hélène Amieva (2016), tomado de su estudio “Evaluación de 3 terapias no farmacológicas para la enfermedad de Alzheimer” (Evaluation de 3 Thérapies Non médicamenteuses dans la maladie d’Alzheimer, ETNA3), que fue el que mostró mejores resultados.

Las llamadas de seguimiento dieron muy buenos resultados, pues gracias a ellas se logró una relación más interpersonal con la mayoría de los adultos mayores, ya que la comunicación se hizo más fácil a pesar de la distancia, logrando de esta forma tener más información sobre ellos y al sentirse comprendidos expresaron con mayor confianza sus dudas, temores y lo que les había pasado a lo largo de cada mes, quienes además mostraron manifestaciones de gratitud a lo largo y al final del programa de intervención.

Las llamadas telefónicas, no sólo sirvieron para registrar las respuestas de la evaluación correspondiente de cada mes. La mayoría de los participantes también mostró apertura para hablar libremente de sus actividades, de las dificultades que tuvieron y de las experiencias que vivieron a lo largo de los meses de seguimiento. Debido a lo anterior, se modificó la estructura inicial de la evaluación, agregando la “evaluación de proceso” para poder registrar y tomar en cuenta los datos extras que los participantes reportaban. Por lo tanto, la duración de algunas llamadas se extendió hasta por una hora con algunos de ellos, las cuales mostraron tener mayor efecto en los hábitos que el folleto psicoeducativo, porque muchos de los cambios que algunos realizaron dependían más de éstas que de la lectura del material impreso. Este es un dato importante porque indica que la información recibida mediante una relación interpersonal es más efectiva que la información dada de manera escrita para que cada individuo la analice y entienda por su cuenta.

Aunque lo ideal sería haber platicado de forma personal con cada adulto mayor, se buscó compensar sus necesidades respecto a la lejanía de sus domicilios. Por lo tanto, otra ventaja de la vía telefónica para las sesiones de seguimiento es que fue la ideal para los adultos mayores, ya que presentaron buena disposición debido a que es un medio de comunicación que ellos conocen y que están acostumbrados a utilizar en comparación a la nueva tecnología como las tabletas o computadoras. No obstante, se pudo observar que algunos ya empezaban a utilizar la tecnología de los teléfonos celulares para la realización

de ejercicios cognoscitivos como apoyo a la utilización de los materiales físicos como la agenda, el calendario y el cuaderno.

En el caso del folleto psicoeducativo, éste no resultó tan útil ni beneficioso como se esperaba, ya que la mayoría de adultos mayores no lo leyeron o no lo volvieron a leer a lo largo del programa de estimulación cognoscitiva, aunque se les motivó en las llamadas telefónicas para que lo hicieran. Lo anterior posiblemente se debió a que no les era tan significativo como lo que se hablaba con ellos por teléfono, en donde además se tenía retroalimentación de sus dudas y experiencias. A pesar de tener la información a su alcance, la mayoría se quedó con la que había recibido en la sesión individual.

En comparación con el programa de intervención “Rehabilitación cognoscitiva individualizada” de Hélène Amieva (2016) mencionado anteriormente, en donde no se utilizó un folleto psicoeducativo porque el material era específico para cada persona dependiendo de las actividades que decidieran elegir, en el presente programa de intervención se buscó contar con un material que no sólo pudiera adaptarse a todos los participantes, sino que también lo pudieran utilizar ellos solos de diferente forma según sus gustos, intereses y necesidades personales.

La utilización de estrategias de estimulación cognoscitiva en la vida diaria y como parte de los hábitos cotidianos de los adultos mayores es importante porque se sabe que las personas que han tenido estimulación cerebral a lo largo de su vida en forma de adquisición de conocimientos, actividades sociales o físicas tienen una mayor reserva cerebral, es decir, sus cerebros son capaces de tolerar cierta cantidad de lesiones sin que aparezcan los síntomas de una posible enfermedad neurodegenerativa (Snowdon, 2003) y esto es lo que se buscaba con la implementación de estrategias cognoscitivas en la vida diaria de los participantes.

Las tres estrategias que más utilizaron los adultos mayores fueron los ejercicios de estimulación cognoscitiva, la lectura y el uso de la agenda, los cuales tuvieron la ventaja de ser elegidos con base en los gustos y necesidades de cada uno de ellos. Los ejercicios cognoscitivos que se les recomendaban podían llevarlos a cabo de tres formas: de manera escrita mediante revistas con ejercicios, mediante juegos de mesa y descargando aplicaciones en sus celulares. La variedad en su utilización permitió realizarlos de diferente forma en sus ratos libres, incluyendo durante la convivencia con familiares y amigos. Respecto a la lectura, cada paciente eligió diferentes tipos y temas de lectura, desde académicos, hasta por diversión o entretenimiento. Todas las opciones se encontraban disponibles para su uso incluso desde sus celulares. Lo que facilitaba realizar esta actividad en su tiempo libre. Se les invitó mucho a utilizar medios electrónicos para que pudieran tener un acceso menos limitado y para estimular al mismo tiempo el aprendizaje de una tarea nueva, como el uso del celular al descargar las aplicaciones necesarias.

Un punto muy importante que se pudo notar en el empleo de estas estrategias, además de la facilidad de su acceso, fue la motivación que sentían los adultos mayores al realizar las actividades, ya que al ser elegidas por ellos mismos de acuerdo a sus gustos e intereses, disfrutaban más al hacerlas, por lo que era también más fácil que las mantuvieran a lo largo del tiempo.

Algunos adultos mayores mantuvieron la utilización de la agenda, gracias al énfasis que se les hacía en las llamadas de seguimiento sobre la importancia de usarla. Esta actividad fue muy complicada de mantener para la mayoría de ellos, fue la que tuvo mayores variantes en su utilización, ya que cada uno la utilizó de forma distinta. Algunos usaron la agenda de su celular para recordar cosas importantes, a otros se les propuso la utilización de un cuaderno para no tener que comprar una agenda y en un caso se propuso que

creara su propia agenda, ya que no encontraba una con las características que ella deseaba. Asimismo, se adaptaron algunas estrategias como la del calendario para organizar las actividades de manera gráfica. La mayoría de los participantes intentaron su uso pero no todos lograron mantenerla, pero gracias a las distintas propuestas se logró que un 50% en promedio lo hiciera.

En las sugerencias que se les hicieron a los adultos mayores se buscó integrarlos en actividades relacionadas a sus necesidades y gustos para poder mantenerlas y con el tiempo convertirlas en un hábito, aunque para que una actividad pueda convertirse en un hábito necesita realizarse por lo menos 6 meses para que pueda procesarse y almacenarse. Al ejecutar viejos hábitos se ahorra más energía porque se realiza un patrón ya conocido por el cerebro. En cambio, una actividad nueva requiere más energía para ejecutarse y toma tiempo para que se aprenda y almacene en el cerebro. Este proceso se notó sobre todo en la utilización de la agenda, que fue la actividad que la mayoría intentó integrar, pero al final no se mantuvo porque era difícil hacer un cambio en las actividades ya establecidas, además de que se realizó un seguimiento solamente de tres meses y no con una duración de seis meses.

La mitad de los adultos mayores que participaron en el programa de estimulación cognoscitiva eran personas jubiladas, mientras que la otra mitad si bien aún dedicaban parte de su tiempo a trabajar, en ocasiones se veían limitados en sus actividades laborales por las enfermedades que padecían, entonces el tiempo que realmente dedicaban era menor que el que habían dedicado en su vida adulta y de menor calidad. Es por esto que se buscó mantener aquellas estrategias que más se reportaron como un aspecto positivo para su satisfacción personal, buscando que se mantuviera en forma continua e incluso que se adquirieran nuevas habilidades y capacidades, para así conservar su seguridad, autoestima y satisfacción, pues tampoco debe olvidarse la importancia del mantenimiento de los roles en los adultos mayores (Rosow, 1967), los cuales sufren una transformación que debe ser positiva, porque cuando éstos cambian drásticamente, el individuo puede experimentar sentimientos de negación o depresión.

Un ejemplo de lo anterior se pudo observar en uno de los adultos mayores, quien mostró durante el seguimiento negación a su queja de memoria, reportándose siempre en perfecto estado de salud, aunque al ser cuestionado aceptaba indirectamente esto. También pasó de ser una persona productiva laboralmente a ser una persona jubilada que ahora cuidaba de sus nietos y que no desarrolló satisfacción por el seguimiento, ni aceptó ninguna de las recomendaciones que se le hacían. El caso contrario fue el de una persona que estaba limitada para laborar con la calidad que a ella le gustaría, pero al ser profesionista, ella por su propia decisión (sólo se le motivo) empezó a dar clases de dibujo a sus amigas un día a la semana y reunirse con ellas para platicar al mismo tiempo. Se le recomendó seguir haciendo esa actividad debido a que a pesar de sus problemas de memoria y dificultades con el artritis que era lo que la limitaban, el hecho de poder enseñar y mantener un rol de experto en alguna actividad, la mantenía motivada y activa, además que se integraba y trataba de seguir manteniendo relaciones sociales.

Las relaciones sociales son muy importantes porque el adulto mayor tiende a desvincularse de los lazos afectivos de la sociedad (Cummings y Henry, 1961). Para evitar que esto sucediera se buscó la integración de los miembros de la familia o amigos para la realización de algunas actividades. Al igual que en el ejemplo anterior a través de: dar clases a amigos, la realización de ejercicios de estimulación cognoscitiva como juegos de mesa con la familia, asistir a cursos en compañía de familiares para aprender y conocer gente nueva, la lectura en voz alta para integrar al resto de la familia y poder incluso comentar respecto al tema de la lectura.

Mantener relaciones sociales (Krause, 2004) provoca que las dimensiones de la salud emocional sean favorecidas, incluso la autopercepción del estado de salud se ve también favorecida por la frecuencia del contacto con la familia. Tal fue el caso de los adultos mayores que mostraron una mayor afectación debido a sus enfermedades (artritis y cáncer), pero en quienes el acompañamiento de sus familiares fue favorecedor para su rendimiento, motivación y disposición para realizar actividades nuevas, en comparación con otros pacientes que no estaban tan enfermos y que al contrario se negaban a participar o cambiar.

CONCLUSIONES

Para la elaboración del programa de estimulación cognoscitiva de la presente tesis, se investigó a nivel documental sobre distintas propuestas metodológicas de intervención y estimulación en esta área de la psicología, eligiéndose como la más adecuada para las necesidades de la población, el programa “Rehabilitación cognoscitiva individualizada” de Hélène Amieva (2016).

Se cumplió el objetivo propuesto en el presente proyecto, debido a que se diseñaron un programa de estimulación cognoscitiva y un folleto psicoeducativo para adultos mayores, obteniéndose con los mismos resultados positivos que beneficiaron no sólo el desarrollo de hábitos nuevos, sino también se identificó el tipo de estrategias que mayormente utilizaron, entre las que se encontraron la realización de ejercicios cognoscitivos de su preferencia (sopas de letras, crucigramas, memoramas, mandalas, sudoku, etc.), la lectura de textos de su predilección como revistas, periódicos y novelas, así como la utilización de una agenda, calendario o libreta para organizar sus actividades cotidianas considerando la fecha, hora y lugar de la realización de las mismas.

A medida que transcurrió el seguimiento, las estrategias elegidas se fueron adecuando conforme se iban identificando las necesidades específicas de cada participante, debido a lo cual también se incluyó apoyo emocional y social, por lo que se pudieron observar algunos cambios en estas áreas en las personas que participaron en el programa de estimulación cognoscitiva y se comprobó la importancia que tiene la relación y articulación de estas áreas en su vida. Asimismo, se identificaron algunas características del deterioro cognoscitivo que la población presentaba y lo que se buscaba compensar con la intervención. Por lo tanto, es relevante llevar a cabo una buena identificación de las necesidades de los adultos mayores porque esto permite elegir las estrategias y ejercicios más adecuados para poder cubrirlos.

Los ejercicios cognoscitivos y la lectura fueron las actividades más elegidas por los adultos mayores dependiendo de su motivación e interés. Cada uno de ellos eligió los ejercicios cognoscitivos que más le gustaba hacer y los textos que preferían leer. Gracias a esta elección basada en los gustos personales de cada uno fue lo que mantuvo por más tiempo estas actividades a lo largo de los meses de seguimiento. Respecto a la agenda, a pesar de costarles trabajo realizarla, pero al serles útil en su vida cotidiana para recordar datos y fechas importantes que eran su principal queja de memoria, decidieron empezar a implementarla más que otras actividades sugeridas en el folleto psicoeducativo que posiblemente no les resultaban tan valiosas en su vida diaria.

No obstante que el folleto psicoeducativo, no resultó ser de tanta ayuda como se esperaba, sin embargo su creación sirvió para poder organizar de manera sistematizada para su mejor comprensión, la información recopilada respecto a diferentes programas de estimulación y funciones cognoscitivas, es por esto que actualmente se utiliza como apoyo geriátrico en la institución de salud pública en la que se

implementó el programa de estimulación cognoscitiva. El folleto psicoeducativo se construyó para que pudiera ser utilizado no sólo como guía para los adultos mayores, sino también sirviera de base para otros programas de estimulación cognoscitiva, ya que la información ahí contenida fue revisada por especialistas y fundamentada en investigaciones anteriores.

Del seguimiento vía telefónica se obtuvo mucha más información de la que se pensaba obtener y por eso se tuvo que incluir la “evaluación de proceso”, para que de esta forma fuera más fácil apoyar a los adultos mayores a lo largo de la intervención. Se recomienda la utilización de este medio para el seguimiento de los avances, ya que resultó tener efectos positivos en los cambios que éstos presentaron. Además, el teléfono es un instrumento que se utiliza cotidianamente, por lo tanto, esta forma de comunicación con los adultos mayores resultó ser muy efectiva.

Los cuestionarios de evaluación fueron de mucha ayuda, ya que las preguntas planteadas en los mismos sirvieron de guía para las sesiones telefónicas de seguimiento, las cuales se desarrollaron como entrevistas semiestructuradas y los datos obtenidos, al igual que los recopilados de la evaluación de proceso se organizaron en matrices de consistencia. Éstas resultaron ser altamente efectivas para plasmar la información de manera sistematizada y así tener mes con mes una mejor visualización de las metas, alcances y dificultades de cada adulto mayor, para de esta manera poder brindarles las recomendaciones y sugerencias más adecuadas de acuerdo a las necesidades personales de cada uno.

Finalmente, la motivación resultó ser sumamente importante para la adquisición de hábitos nuevos. Cuando los adultos mayores se sentían contentos y a gusto con la actividad que habían elegido era más fácil que la integraran y mantuvieran como parte de sus actividades cotidianas. De igual forma, las relaciones sociales resultaron ser beneficiosas para motivar a los adultos mayores, sobre todo cuando también la familia y amigos realizan las actividades de estimulación cognoscitiva en conjunto con los adultos mayores.

El papel del psicólogo en los programas de intervención es muy importante debido al perfil profesional que se requiere para poder establecer el rapport, desarrollar un buen proceso de comunicación basado en la confianza y lograr un apego más efectivo. Asimismo, es necesario saber identificar y evaluar las características y necesidades individuales de cada persona para poder brindarles una atención adecuada y enfocada en forma específica a cada una de ellas, siendo estas habilidades psicológicas un requisito fundamental de los profesionistas que atienden a diferente tipo de población entre la que se encuentra los adultos mayores. De aquí, la importancia de programar sesiones individuales, las cuales deberían contemplarse siempre en los programas de intervención psicológica.

ALCANCES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a que el folleto psicoeducativo no tuvo el impacto que se esperaba, se recomienda llevar a cabo sesiones individuales, ya que éstas mostraron tener un mayor efecto en el cambio de hábitos y en la realización de los ejercicios de estimulación cognoscitiva. El folleto psicoeducativo podría utilizarse como un apoyo más que como el instrumento de estimulación principal.

A pesar de que una de las limitantes del programa de intervención fue la corta duración del mismo, aun así se obtuvieron resultados importantes que podrían servir para identificar los elementos que resultaron más beneficiosos para este tipo de intervención. Por lo tanto, a los profesionales interesados en realizar programas de estimulación cognoscitiva de este tipo, se les recomienda que el seguimiento sea por lo menos de 6 meses para poder obtener mayores beneficios en las personas, ya que como la teoría indica, para que una actividad nueva sea integrada en la rutina de una persona se necesita realizarla por lo menos este tiempo.

De igual forma se obtuvieron datos importantes respecto a los tipos de estrategias que más se facilitaron y gustaron, así como aquellas por las que se mostró menos gusto o interés, las cuales pueden ser tomadas en cuenta cuando se propongan programas de intervención basados en las sugerencias y pautas de estimulación cognoscitiva que los adultos mayores prefirieron realizar, proponiendo entonces ejercicios y actividades acordes a los gustos personales de los participantes, entre los que se encuentran diversos juegos, la lectura y la utilización de la agenda para recordar sus citas y lo que tienen que hacer.

Otra recomendación es la utilización de técnicas de intervención emocional y social, ya que es importante este tipo de apoyo a lo largo del seguimiento para poder obtener mejores resultados.

Es necesario que los psicólogos a cargo de implementar este tipo de programas de intervención muestren facilidad de palabra, motivación y gusto al tener contacto con las personas, los conocimientos suficientes sobre la intervención que van a implementar, así como vocación y una actitud cordial y empática. Tales habilidades son necesarias para poder obtener resultados positivos, porque las personas se dan cuenta cuando la actitud que muestran es de obligación y no de un verdadero interés por ayudarlos en sus problemas. Por lo tanto, las instituciones que se dediquen a la formación de psicólogos deberían poner especial atención en el desarrollo de estas características.

Debido a que las sesiones de seguimiento no fueron suficientes, no se pudo comprobar el impacto real de la efectividad del programa de estimulación cognoscitiva, por lo que se sugiere que si se desea conocer éste, se realice un seguimiento por más tiempo y se utilicen además materiales diseñados específicamente para los problemas individuales de cada adulto mayor. También se sugiere que se integre en el diseño muestral un grupo control de comparación y se cuente con los instrumentos adecuados de evaluación para determinar de forma más precisa la magnitud del cambio generado en las personas, específicamente de las funciones cognoscitivas relacionadas a las estrategias utilizadas para su estimulación.

REFERENCIAS

- Acevedo, S. A. (1998). Reseña de Respuestas. Por una antropología reflexiva de Pierre Bourdieu y Loic. J. D. Wacquant. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, IV (7): 165-168.
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1): 1-17.
- American Heart Association (1995). *Silent epidemic: The truth about women and heart disease*. Dallas, E.U.A.: AHA.
- Amieva, H. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr*, 28 (5): 707–717. doi: 10.1017/S1041610215001830.
- Anders, T. R., Fozard, J. L. & Lillyquist, T. D. (1972). Effects of age upon retrieval from short-term memory. *Developmental Psychology*, 6 (2): 214-217.
- Aranceta, B. J. (2002). Dieta en la tercera edad. En: *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona, España: MASSON: 107-111.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (2007). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1): 23-46.
- Asun S., D. & Páez Rovira, D. (1994). Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile: proyecciones y desafíos actuales. *Anthropos*, 44: 101-104. ISSN 0211-5611.
- Atchley, R. C. (1972). Retirement and Work orientation. *The Gerontologist*, 11: 29-36.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29: 183-190.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E. & Due, P. (2003). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38: 85-99.
- Baddeley, A. (1990). *Human Memory Theory and Practice*. E.U.A.: Associates Publisher.
- Baddeley, A. (2003). *Memoria Humana Teoría y Práctica*. España: Mac Graw Hill.
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11: 1-29.
- Batista Núñez, J. (2012). *Revisión teórica de las funciones ejecutivas (14ª Ed.)*. Instituto de estudios en educación – IESE. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte. ISSN2011-575X.
- Bechara, A., Damasio, H. & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10: 295-307.
- Bennett, D. A., Schneider J. A. & Arvanitakis, Z. (2006). Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology*, 66: 1837-1844.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman, Kawachi (Edit.). *Social Epidemiology (137-173)*. New York, E.U.A: Oxford University Press.

Betes de Toro, F. J. (2009). Entrevista a Francisco Betes de Toro sobre el adulto mayor activo. Disponible en: <http://www.franciscobetes.com/?p=57>.

Birren, J. E., Woods, A. M. & Williams, M. V. (1980). Behavioral slowing with age: causes, organization and consequences. En L. W. Poon (Ed.). *Aging in the 1980s*. Washington, DC, E.U.A: American Psychological Association.

Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger, R. S, Clark, D. G., Cooper, K. H. & Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *Journal of the American Medical Association*, 262: 2395-2401.

Borda, M., López M., Pérez, M. & Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de la conducta en medicina comportamental*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.

Bühler, C. (1961). The Goal Structure of Human Life. *Journal of Humanistic Psychology*, 1: 8-19. doi: 10.1177/002216786100100103.

Butler, R. N. (1963). The Life-Review: An Interpretation of reminiscence in the aged. *psychiatry*, 26: 65-76.

Camp, C. J. & McKittrick, L. A. (1989). The dialectics of remembering and forgetting across the adult lifespan. En: D. Kramer y M. Bopp (Eds.). *Dialectics and contextualism in clinical and developmental psychology: Change, transformation, and the social context (169-187)*. Nueva York, E.U.A: Springer.

Camp, C. J. (1988). In pursuit of trivia: Remembering, forgetting, and aging. *Gerontological Review*, 1: 37-42.

Carbajo Vélez, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24: 87-96. ISSN 2171-9098.

Cardona Arango, D. & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte*, 28 (2): 335-348.

Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In *annual review of gerontology and geriatrics*, Nueva York, E.U.A.: Springer, 11: 195-217.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4: 150-156.

Castellanos Castillo, J. R. & Castellanos Machado, C. A. (2011). El enfoque estratégico. Bases conceptuales. *Revista Contribuciones a la Economía*. Consultado en: <http://www.eumed.net/ce/2011a/>

Chafetz, M. D. (1992). *Smart for life*. Nueva York, E.U.A: Penguin.

Christensen, A. L. (2014). El diagnóstico neuropsicológico de Luria (p. 13-17 y 207). Madrid, España: Visor.

Consejo Nacional de Población (2012). *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. México: CONAPO.

Costil, D. & Wilmore, J. (1998) *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Barcelona, España: Paidotribo.

Craig G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Craik, F. I. M. & Byrd, M. (1982). *Aging and cognitive deficits: The role of attentional resources*.

- Craik, F. I. M. & Jennings, J. M. (1992). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.). *The handbook of aging and cognition* (pp. 51-110). Hillsdale, N. J., E.U.A.: Erlbaum.
- Creagh Peña, M., García Ones, D. & Valdés Cruz, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14 (6): 884-886.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagemente*. New York, E.U.A.: Basic Books.
- Cumming, E. (1964). New thoughts on the theory of disengagement. En Kastenbaum (comp.). *New Thoughts on Old Age*, Nueva York, E.U.A.: Springer.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagemente*. Nueva York, E.U.A.: Basic Books.
- Damasio, A. R, Tranel, D. & Damasio, H. (1991). Somatic markers and the guidance of behavior: theory and preliminary testing. En H. S. Levin, H. M. Eisenberg & A. L. Benton (Eds.). *Frontal lobe function and dysfunction*. New York, E.U.A.: Oxford University Press.
- De la Vega, R. & Zambrano, A. (2018). Deterioro cognitivo leve. Circunvolución del hipocampo. Consultada en: <https://www.hipocampo.org/mci.asp>.
- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C. & Yanguas-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45: 150-155.
- Diccionario del Español de México (DEM). El Colegio de México, A. C. Disponible en: <http://dem.colmex.mx>.
- Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993). Instituto Nacional de Salud Pública: ENEC. Disponible en: <http://www.insp.mx/>.
- Farrell, S. W., Kampert, J. B., Kohl, H. W., Barlow, C. E., Macera, C. A., Paffenbarger, R. S., Gibbons, L. W. & Blair, S. N. (1998). Influences of cardiorespiratory fitness levels and other predictors on cardiovascular disease mortality in men. *Med Sci Sports Exerc*, 30 (6): 889-905.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996): *Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 6 (16): 11-22. ISSN 1139-9325.
- Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. En *Documentos de Trabajo Social*. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 49. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246.
- Filardo, V. & Muñoz, C. (2001). Vejez en el Uruguay. Hacia una sociología de las relaciones de edad. En Mazzei (comp.). *Uruguay desde la sociología* (235-251). Uruguay: Departamento de Sociología. FCS.
- Filardo, V. (2008). Usos y apropiaciones de espacios públicos de Montevideo y clases de edad. Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Inflnv40.pdf>.

- Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment*. World Health Organization: Offset Publications. Consultada en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39694>.
- Forcica, M. & Lavizzo-Mourey, R. (1996). *Secretos de la geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Francés, I., Baradiarán, M., Marcellán, T. & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An. Sist. Sanit. Navar*, 26 (3): 405-422.
- Fuster, J. M. (2000). Executive frontal functions. *Experimental Brain Research*, 133: 66-70.
- Fuster, J. M. (2004). Upper processing stages of the perception-action cycle. *Trends in Cognitive Sciences*, 8: 143-145.
- Garay, S. & Mancinas, S. (2010). Una aproximación a la relación familia, envejecimiento y política social en México. *Kairós Gerontología*, 13: 23-39.
- García Prada, J. M. (1997). Condiciones y procesos del buen envejecer, argumentos contra el modelo deficitario. En A. S. Cabaco (Dir.). *Procesos cognitivos en el anciano institucionalizado* (pp. 9-21). Rodrigo, España: Letra.
- García Pulgarín, L. V. & García Ortíz, L. H. (2005). El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida. *Revista Médica de Risaralda*, 11 (2). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/1189/703>.
- Giambra, L. M. & Arenberg, D. (1993). Adult age differences in forgetting sentences. *Psychology and Aging*, 8: 451-462.
- Gilbert, S. J. & Burgess, P. W. (2008). Executive function. *Current Biology*, 18: R110-114.
- Ginarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev. Neurol.*, 34 (9): 870-876.
- Gold, G. (2003). Vascular dementia: A diagnostic challenge. *International Psychogeriatrics*, 15 (1): 111-114.
- González de Gago, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11 (1-2): 42-66.
- González Moro, A. & Rodríguez Rivera, L. (2006). Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. *GEROINFO. RNPS*. 2110, 2 (2).
- González, C. A. & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 4): s448-s458. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&tlng=es.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1996). *Evaluación de la afasia y de otros trastornos relacionados*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Gutiérrez Robledo, L. M. F. (2014). Demencias en México: La necesidad de un plan de acción. En: M. de L. Reyna Carrizales, M. V. González Rubio, F. J. López Esqueda & G. R. González González. *Demencias, una visión panorámica. Temas derivados del V Simposio de Medicina Geriátrica realizado el 5 y 6 de septiembre del 2014*. San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. ISBN: 978-607-9453-21-3.

- Gutmann, D. (1974). Alternatives to disengagement: Aging among the highland Druze. En: R. Levine (Ed.). Culture and personality: Contemporary readings (232-245). Chicago, E.U.A: Aldine.
- Gutmann, D. (1977). The cross-cultural perspective: Notes toward a comparative psychology of aging. En: J. Birren y K. W. Schaie (Eds.). Handbook of the psychology of aging (pp. 302-326). Nueva York, E.U.A: Van Nostrand Reinhold.
- Gutmann, D. (1992). Culture and mental health in later life. En: J. E. Birren, R. Sloane y G. D. Cohen (Eds.). Handbook of mental health and aging (2a. Ed., 75-96). Nueva York, E.U.A.: Academic Press.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. The Gerontologist, 1 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L. & Tobin, S. S. (1968). Disengagement and patterns of ageing. En: B. L. Neugarten (Ed.). Middle age and ageing. Chicago, E.U.A: University of Chicago Press.
- Hechavarría Ávila, M., Ramírez Romaguera, M., García Hechavarría, H. & García Hechavarría, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. Revista Información Científica, 97 (6): 1173-1188. Disponible en: <http://www.revinformacion.sld.cu/index.php/ric/article/view/2154/3923>.
- Hernández Izquierdo, M. (2014). Calidad de vida y ocupación del tiempo libre en la jubilación. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61522525.pdf>.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1976). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213.
- Hull, R. H. (1980). Talking to the hearing impaired older person. ASHA, 22: 194.
- Hultsch, D. F. (1971). Organization and memory in adulthood. Human Development, 14: 16-29.
- Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (2000). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Disponible en: http://www.risolidaria.org/canales/canal_drogadiccion/6_factores/factores1.jsp.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención prevención. Guía de práctica clínica (GPC). Catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS-144-08. ISBN 978-607-8270-37-8.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009). Encuesta Nacional de la dinámica Demográfica. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Geriátría (2012). Construcción de la vejez. Cap. 2, Pp. 87- 102. Curso de promoción de la salud de las mujeres adultas mayores. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad I/PSM_Lectura_Construccion_de_la_Vejez_060118.pdf.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2003). Las mexicanas y el trabajo II. Instituto Nacional de las Mujeres. México: Inmujeres. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100500.pdf.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2000). Encuesta Nacional de Salud (ENSA). Disponible en: https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf.

- Rosow, I. (1967). *Social Integration of the Aged*. Nueva York, E.U.A.: The Free Press.
- Izquierdo, M. (1998). Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. *Archivos de Medicina del Deporte*, XV (66): 299-306.
- Johnson, S. J. & Rybash, J. M. (1993). A cognitive neuroscience perspective on age-related slowing: Developmental changes in the functional architecture. En: J. Cerella, J. M. Rybash, W. J. Hoyer y M. L. Commons (Eds.). *Adult information processing: Limits on loss (143-175)*. San Diego, E.U.A: Academic Press.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. G. Brim Jr. (Eds.). *Life-span development and behavior (Vol. 3, pp. 253-286)*. Nueva York, E.U.A.: Academic Press.
- Katchadourian, H. (1987). *Fifty: Midlife in perspective*. Nueva York, E.U.A.: Freeman.
- Kehl Wiebel, S. & Fernández Fernández, J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14: 125-161.
- Kim, J. E. & Moen, P. (2001). Moving into retirement: Preparation and transitions in late midlife. En: M. Lachman (Ed.). *Handbook of Midlife*.
- Kolb, B., Mohamed, A. & Gibb, R. (2010). La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normal y en el dañado. *Rev. Trast. Comunic*, 10: 1016-27.
- Krause, N. (2004a). Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B: S109-117.
- Lafrancesco, G. (2005). *Didáctica de la Biología. Aportes a su desarrollo (1ª Ed)*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Lakatta, E. G. (1990). Changes in cardiovascular function with aging. *European Heart Journal*, 11c: 22-29.
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y geriatría (1ª Ed.)*. México: Ed. Nueva Interamericana.
- Lee, I. M. & Paffenbarger, R. S. (1992). Changes in body weight and longevity. *Journal of the American Medical Association*, 268: 2045-2049.
- Lee, P. R., Franks, P., Thomas, G. S. & Paffenbarger, R. S. (1981). *Exercise and health: The evidence and its implications*. Cambridge, MA, E.U.A.: Oelgeschlager, Gunn & Hain.
- Lemon, B., Bengtson, V. & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4): 511-523.
- Leturia, A., Yanguas, L. & Uriarte, M. (2001). *La valoración de las personas mayores. Evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico*. Bogotá, Colombia: Editorial Caritas. ISBN: 84-8440-243-6.
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York, E.U.A: Oxford University Press.
- Lolas, S. F. (2001). Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioethica*, 7(1): 57-70.
- Longino, C. F. & Kart, C. S (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6): 713-721.

- Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: Aspectos clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8: 59-76.
- Lovelace, E. A. (1990). Basic concepts in cognition and aging. En: E. A. Lovelace (Ed.). *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions* (pp. 1-28). Amsterdam, Holland: Elsevier.
- Lupón, M., Torrents, A. & Quevedo, L. (2012). Apuntes de psicología en atención visual. Tema 4. Procesos cognitivos básicos: 4-7. Cataluña, España: Universidad Politécnica de Cataluña. Disponible en: https://ocw.upc.edu/sites/all/modules/ocw/estadistiques/download.php?file=370508/2012/1/54662/tema_4.__procesos_cognitivos_basicos-5313.pdf.
- Luria, A. R. (1976). *Cognitive development its cultural and social foundations*. Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press.
- Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A Longitudinal study of selected elderly subjects. *Social Forces*, 42 (2): 195–204. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sf/42.2.195>.
- Maddox, G. L. & Douglas, E. B. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, 14 (1): 87-93.
- Mahieux, F. & Gély-Nargeot, M. C. (1997). Classification des troubles cognitifs liés à l'âge. En: M. C. Derouesné & M. C. Gély-Nargeot (Eds.). *De la plainte mnésique aux stades précoces de l'Alzheimer* (pp. 85-98). Marsella, Francia: Solal.
- Marín, P. (1993). *Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Programa para el adulto mayor* (2ª Ed.). Vicerrectoría Académica, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Marín, P. (1998). La situación del adulto mayor en Chile. *Revista Médica de Chile*, 125: 1207-12.
- McCann, I. L. & Holmes, D. S. (1984). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5): 65-71.
- Mendes de Leon, C., Glass, T., Beckett, L. A., Seeman, T., Evans, D. A. & Berkman, L. F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social Science*, 54B: 162-172.
- Mendes de Leon, C., Gold, D., Glass, T., Kaplan, L. & George, L. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly african americans and whites: The Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56B (3): S179-S190.
- Méndez, G. P. (2007). La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad. *Revista Zerbitsuan*, 41:153-159.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. & Vargas-Guadarrama, L. A. (2008). *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*. México: Facultad de Estudios Zaragoza, U.N.A.M.
- Ministerio de Salud (1994). *La carga de la enfermedad en Colombia*. Santafé, Bogotá, p. 26.
- Minois, G. (1987). *Historia de la vejez: de la antigüedad al renacimiento*. Narcea. Madrid, España.
- Mogollón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adulto*. 1(34): 57-74 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457545090005>. ISSN 0188-8838.

Mor Sánchez, M. (2007). Manual del curso psicología comunitaria y programas de prevención. Lima, Perú: Centro de Reproducción de Documentos de la USMP.

Moralejo Alonso, M. L. & Fuertes, M. (2004). Demencias curables: ¿existen realmente?. Anales de Medicina Interna. Madrid, España, 21 (12): 38-42. ISSN 0212-7199.

Moreno González, A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 5 (19): 222-237. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>.

Mori Sánchez, P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Lima, Perú: LIBERABIT, 14: 81-90. ISSN: 1729-4827.

Mortimer, J. A., Snowdon, D. A. & Markesbery, W. R. (2008). Small head circumference is associated with less education in persons at risk for Alzheimer disease in later life. Alzheimer Dis. Assoc. Disord., 22: 249-254.

Naciones Unidas (2017). Tendencias de la población mundial de 2017 (World Population Prospects the 2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2001). Hearing loss and older adults. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov>.

Negrete, M. I. (2010). Biblioteca virtual de la página del Instituto de Geriatria. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/curso_valoracion/05_EVGI.pdf.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. & Tobin, S. (1968). Personality and patterns of aging. En: B. Neugarten (Ed.). Middle age and aging. Chicago, E.U.A.: University of Chicago Press.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Geller, P. A. (Eds.). (2003). Handbook of Psychology. Health Psychology, New York, E.U.A: Wiley, Vol. 9.

Norman, D. A. & Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En: R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.). Consciousness and self-regulation. New York, E.U.A.: Plenum Press.

Notelovitz, M. & Ware, M. (1983). Stand tall: The informed woman's guide to preventing osteoporosis. Gainesville, FL: Triad.

Organización de las Naciones Unidas (1999). Portada. Asuntos que nos importan. Envejecimiento. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.

Organización Mundial de la Salud (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, DC, E.U.A: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). Determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza: OMS. Consultada en: www.who.int/social_determinants/es/.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza: OMS. ISBN 978 92 4 069487 3. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud (2019). Demencia. Documento publicado el 12 de mayo de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Organización Panamericana de la Salud (1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. Washington DC, E.U.A.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (1994). Educación Médica y Salud, 28 (4). OPS. ISSN 0013-1091.

Ortiz de la Huerta, D. (2005). Aspectos sociales del envejecimiento. Buenas tareas.com. Disponible en: <https://www.buenastareas.com/ensayos/Aspectos-Sociales-Del-Envejecimiento/2438899.html>.

Otero, A., Zunzunegui, M. V., Beland, F., Rodríguez Laso, A. & García de Yébenes, M. J. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documento de Trabajo FBBVA, No. 9, 111 págs.

Owens, J. F., Matthews, K. A., Wing, R. & Kuller, L. H. (1992). Can physical activity mitigate the effects of aging in middle-aged women. *Circulation*, 85(3): 1265-1270.

Padilla Nieto, E. (2002). Manual de salud física del adulto mayor. México: Editorial Plaza y Valdez.

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. & Camp, C. (2009). Desarrollo del adulto y vejez (3ª Ed.). México: Mc Graw Hill.

Peláez, M., Pratts, O., Hennis, A. J., Ham-Chande, R., León Díaz, E. M. & Lebrão, M. L. (2005). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17 (5-6): 307-322.

Petersen, R. C. & Morris, J. C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Arch Neurol.*, 62 (7): 1160-3. doi: 10.1001/archneur.62.7.1160

Poon, L. W. (1985). Differences in human memory with aging. Nature, causes, and clinical implications. En: J. Birren & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (2ª Ed., pp. 427-462). Nueva York, E.U.A.: Van Nostrand Reinhold.

Portellano, J. (2005). Introducción a la neuropsicología (1ª Ed.). Aravaca, Madrid, España: Mc Graw Hill.

Pratt, M. (1999). Benefits of lifestyle activity vs. structured exercise. *Journal of the American Medical Association*, 281: 375-376.

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5 (1), San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Quintana, J. & Fuster, J. M. (1999). From perception to action: Temporal integrative functions of prefrontal and parietal neurons. *Cerebral Cortex*, 9: 213-221.

Ramos, E. J., Maldonado, H. I., Meza, C. A. M, Ortega, M. M. P & Hernández, P. M. T. (2009). Los problemas del conocimiento alrededor de los estudios de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 10: 73-79.

Real Academia Española (2015). Diccionario de la lengua española (23ª Ed.). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.

- Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V. & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(3): 500-510. Consultada en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>.
- Riley, K. P., Snowdon, D. A., Desrosiers, M. F. & Markesbery, W. R. (2005). Early life linguistic ability, late life cognitive function, and neuropathology: Findings from the Nun Study. *Neurobiol Aging*; 26(3): 341-347.
- Rivera, J. A. & Mandujano, E. (2003). Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada: Experiencias latinoamericanas recientes. *Revista de Nutrición Clínica*, 6(1): 89-92.
- Rocabruno Mederos, J. A. (1999). *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica*. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba: 7-136
- Rodríguez Bello, H., Cañizares Obregón, Y., Echemendia Carpio, Y. & Macías Estrada, L. (2013). Urgencias estomatológicas en adultos mayores. *Gaceta Médica Espiritual*, 15(3): Sancti Spíritus.
- Rodríguez Leyva, I. (2014). Neurodegeneración la demencia es devastadora. En: M. de L. Reyna Carrizales, M. V. González Rubio, F. J. López Esqueda & G. R. González González. *Demencias, una visión panorámica. Temas derivados del V Simposio de Medicina Geriátrica realizado el 5 y 6 de septiembre del 2014*. San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. ISBN: 978-607-9453-21-3.
- Rodríguez Riobo, F. (1998). La vejez y la muerte. *Anales de Psicología*, 14 (1): 127-135.
- Romieux, M. (1998). La Educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad. *Revista Enfoques Educativos*, 1(1). Chile: Universidad de Chile.
- Ruiz Vargas, J. M. (2002): *Mejore su memoria. Siempre hay tiempo*. En: R. Fernández-Ballesteros (Dir). *Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente*. Madrid, España: Pirámide.
- Ruiz, M. V., Scipioni, A. M. & Lentini, D. F. (2008). Aprendizaje en la vejez e imaginario social. *Fundamentos en Humanidades*, 17(1): 221-233.
- Ryff, C. D. & Seltzer, M. M. (1995). Family relations and individual development in adulthood and aging. En: R. Blieszner y V. Hilkevitch (Eds.). *Handbook of Aging and the Family* (95-113). Westport, CT, E.U.A.: Greenwood Press.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). Middle age and wellbeing. *Encyclopedia of Mental Health*, 2: 707-719.
- Sanai, N., Nguyen, T., Ihrie, R. A., Mirzadeh, Z., Tsai, H. H., Wong, M., Gupta, N., Berger, M. S., Huang, E., García-Verdugo, J. M., Rowitch, D. H. & Alvarez-Buylla, A. (2011). Corridors of migrating neurons in the human brain and their decline during infancy. *Nature*, 478 (7369): 382-386.
- Sánchez, V. A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona, España: PPU.
- Sánchez, V. P. (1992). Bases y fundamentos para una aproximación sociológica de la vejez. *Revista de Sociología*, 40: 99-120.
- Schneider, B. A. & Pichora-Fuller, M. K. (2000). Implications of perceptual deterioration for cognitive aging research. En: F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.). *The handbook of aging and cognition* (pp. 155-219). Hillsdale, N. J., E.U.A.: Lawrence Erlbaum Associates.

Schulz, R. (1985). Emotion and affect. En: J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (2ª Ed., pp. 531-543). Nueva York, E.U.A.: Van Nostrand Reinhold.

Schwartz, G. E. & Weis, S. M. (1978). Yale conference on behavioral medicina: Aposed definition of statement and goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1: 3-14.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. México: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud.

Secretaria de Salud (2009). Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud.

Selby, P. & Griffiths, A. (1986). Guía para un envejecimiento satisfactorio (1ª Ed.). Inglaterra: Parthenon Publishing.

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruán, C., Cervantes-Turrubiates, L. & Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50: 383-389.

Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the Nun Study. *Annals of Internal Medicine.*, 139 (5 Pt 2): 450-4. doi: 10.7326/0003-4819-139-5_Part_2-200309021-00014.

Spiriduso, W. W. & MacRae, P. G. (1990). Motor performance and aging. En: J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.). *Psychology of aging*. (3a. Ed., 183-200). Nueva York, E.U.A.: Academic Press.

Sterns, H. L., Barrett, G. V. & Alexander, R. A. (1985). Accidents and the aging individual. En: J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. (2a. Ed., 703-724). Nueva York, E.U.A.: Van Nostrand Reinhold.

Stuss, D. T. & Benson, D. F. (1984). Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychological Bulletin*, 95: 3-28.

Stuss, D. T. & Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. Nueva York, E.U.A.: Raven Press.

Stuss, D. T. (1992). Biological and psychological development of executive functions. *Brain and Cognition*, 20: 8-23.

Stuss, D. T. (1994). Self, awareness and the frontal lobes: a neuropsychological perspective. En: G.R. Goethaals, J Strauss (Eds.). *The self: an interdisciplinary approach*. Nueva York, E.U.A.: Springer-Verlag.

Tárrega, L. (1998). Terapias blandas: Programa de psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 27: 51-62.

Tirapu, J., Muñoz-Céspedes, J. M. & Pelegrín, C. (2002) Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34: 673-85.

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En: E. Tulving y W. Donaldson (Eds.): *Organization of memory*. New York, E.U.A.: Academic Press.

Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B: 245-251.

Valenzuela, M. J. & Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychol. Med.*, 36: 441-454.

Vergara, C. (2008). El aprendizaje escolar y sus dificultades. Una lectura psicoanalítica, *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis"*, (16): 01-07.

Villalba Agustín, S. & Espert Tortajada, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Therapeía*: 73-93. ISSN: 1889-6111.

Weinstein, B. (2003). A primer on hearing loss in the elderly. *Aging and the Senses. Questia. Generations*. Disponible en: <https://www.questia.com/read/1P3-372812641/a-primer-on-hearing-loss-in-the-elderly>.

Wingfield, A. & Stine, E. A. L. (1989). Modeling memory processes: Research and theory on memory and aging. En: G. C. Gilmore, P. J. Whitehouse y M. L. Wykle (Eds.). *Memory, aging, and dementia: Theory, assessment, and treatment* (pp. 4-40). Nueva York, E.U.A.: Springer.

Wykle, M. L. & Musil, C. M. (1993). Mental health of older persons: Social and cultural factors. *Generations*, 17(1): 7-12.

Zacks, R. T., Hasher, L. & Li, K. Z. H. (2000). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse, *Handbook of aging and cognition* (1a. Ed.). Nueva Jersey, E.U.A.: Erlbaum.

Zamarrón, M.D., Tárraga, L. & Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20 (3): 432-437.

Zayas, S. E. (2004). Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. *Revista de Nutrición Clínica*, 7(2): 131- 134.

Zehndera, F., Martina, M., Altgassenb, M. & Clarec, L. (2009). Memory training effects in old age as markers of plasticity: A meta-analysis. *Restor. Neurol. Neurosci*, 27: 507–520.

ANEXO

CUADRO DESCRIPTIVO DEL FOLLETO PSICOEDUCATIVO

Secciones	Objetivos	Contenido	Procedimiento	Material
Introducción	Ofrecer una guía estructurada de actividades y recomendaciones de estimulación cognoscitiva. Dar a conocer los principales objetivos del folleto psicoeducativo y su contenido.	La terapia de estimulación cognoscitiva es una medida de tratamiento para personas con deterioro cognoscitivo de leve a moderado.	<ul style="list-style-type: none"> - Describir brevemente el contenido del Folleto psicoeducativo. - Explicar lo que es la terapia de estimulación cognoscitiva y sus objetivos para prevenir el deterioro cognoscitivo. 	- Folleto psicoeducativo.
Mantener un estilo de vida saludable	Enlistar recomendaciones básicas generales de actividades que pueden llevarse a cabo para mantener un estilo de vida saludable.	Mantener un estilo de vida saludable a nivel físico y mental para mantener el cerebro y el cuerpo activos durante la vejez incluye: una alimentación adecuada, realizar actividades físicas y cognoscitivas, así como reducir el estrés.	<ul style="list-style-type: none"> - Dormir en promedio de 5 a 6 horas. - Consumir una dieta balanceada. - Realizar actividades físicas. - Mantenerse mentalmente activo para favorecer el rendimiento cerebral. - Reducir el estrés. 	- Folleto psicoeducativo.
Actividad física	Explicar brevemente las ventajas de la actividad física para que se comprenda como favorece el funcionamiento del cerebro. Enlistar algunas recomendaciones para la actividad física.	La actividad física favorece las funciones del cerebro al aumentar la transmisión sináptica de las monoaminas, por lo que se ha demostrado que tiene efectos benéficos sobre las funciones cognoscitivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Caminar de 10 a 30 minutos. - Practicar actividades físicas de agrado propio y de preferencia de forma individual o en grupo. - Evitar el sedentarismo. 	- Folleto psicoeducativo.
Dieta para favorecer el rendimiento cerebral	Explicar los beneficios de la dieta mediterránea que es la más estudiada en relación con el mantenimiento de la salud del cerebro.	El patrón de la dieta mediterránea incluye la mayor parte de los nutrientes asociados a la reducción del deterioro de la memoria, por lo que proporciona un efecto benéfico sobre la conectividad cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> - Consumir frutas frescas, verduras de hoja verde, cereales integrales y frutos secos. - Comer pescado azul que tiene mayor contenido de omega 3, como salmón. - Evitar la ingesta de alimentos con un alto contenido de grasa. - Limitar la ingesta de sal. 	- Folleto psicoeducativo.
Cuidado general de los órganos sensoriales	Enlistar recomendaciones para el cuidado general de los órganos de la vista y el oído.	Para mantener el contacto con el medio ambiente utilizar anteojos y/o auxiliares auditivos cuando se requieran y sean prescritos a nivel médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los anteojos al leer y/o el auxiliar auditivo al salir de casa o cuando se está en contacto con otras personas. - Revisión de la vista y el oído por un especialista por lo menos una vez al año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo. - Anteojos. - Auxiliar auditivo.
Relaciones Sociales	Explicar brevemente la importancia de las relaciones sociales durante el envejecimiento. Enlistar algunas recomendaciones para mantener las actividades sociales.	Las actividades sociales permiten llevar a cabo un sano proceso de adaptación durante el envejecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el aislamiento. - Participar en actividades sociales como reuniones o viajes. - Realizar pasatiempos agradables dentro y fuera de casa acompañados de familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones, - Viajes- - Pasatiempos. - Etc.

			<ul style="list-style-type: none"> - Involucrarse en grupos que faciliten la adquisición de nuevos conocimientos. - Conversar en grupos pequeños cuando se presenten problemas de audición. 	
Mantenerse mentalmente activo	Explicar las diferentes formas de mantenerse mentalmente activo para favorecer el funcionamiento del cerebro.	Poner énfasis en la importancia de la estimulación cognoscitiva mediante la realización de actividades en dos tipos de ambientes: formal e informal.	<ul style="list-style-type: none"> - El ambiente formal incluye actividades realizadas en instituciones como terapia, cursos y talleres y el ambiente informal incluye la realización de actividades en casa como: crucigramas, sopas de letras, encontrar diferencias o jugar juegos como dominó, memoria, turista, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo. - Revistas. - Sopa de letras. - Juegos de mesa. - Crucigramas, etc.
Estimulación cognoscitiva	Describir brevemente qué es la estimulación cognoscitiva y las funciones cognoscitivas.	La estimulación cognoscitiva es el conjunto de acciones, técnicas o actividades dirigidas a conservar, reforzar o mejorar las funciones cognoscitivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo.
Terapias orientadas a la cognición	Explicar brevemente lo que es la reserva cognoscitiva y como se mantiene. Describir los principales tipos de estimulación cognoscitiva que han demostrado beneficios para mantener una calidad de vida satisfactoria y cual de todas es la más recomendada.	La reserva cognoscitiva es la capacidad intelectual desarrollada a lo largo de la vida que permite minimizar el deterioro asociado a la edad o a las enfermedades degenerativas, la cual se mantiene ejercitando el cerebro. Cualquier intervención es recomendable siempre que se adapte a las necesidades individuales.	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia individualizada propone la elección de actividades con base en los intereses, motivación, habilidades y hábitos personales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo.
Agenda o libreta como ayuda externa	Describir las ventajas de utilizar una agenda como ayuda para la memoria durante las actividades de la vida cotidiana. Usar o elaborar una agenda para el uso diario.	La agenda funciona como una memoria externa y permite recordar en forma eficiente las actividades que se tienen que realizar diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Escoger un momento del día para escribir las actividades diarias en una agenda o libreta de forma detallada para inducir el recuerdo. - Mantener éstos en un mismo lugar visible para tenerlos siempre presentes. - Subrayar los datos importantes. - Cancelar las actividades que se van realizando y reprogramar las que no se realizaron. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta o agenda. - Folleto psicoeducativo.
Elaborar un libro de vida	Describir las ventajas que tiene la realización del propio libro de vida (autobiografía). Definir los pasos para su elaboración. Proponer formas de organización de la información recopilada.	La elaboración del libro de vida o autobiografía se basa en el recuerdo de vivencias personales y relato de convivencias significativas que ayudan a estimular el lenguaje y la memoria de largo plazo. Su elaboración favorece la convivencia familiar al comentar los recuerdos de interés común y aclarar los confusos u olvidados. La información debe organizarse de acuerdo a las etapas del ciclo vital: (infancia, adolescencia, adultez y	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar fotografías, cartas u objetos que evoquen algún recuerdo. - Platicar con familiares o amigos sobre las experiencias de vida para evocar los recuerdos. - Organizar de forma cronológica la información. - En caso de tener dificultades con la escritura, pedir a los familiares que ayuden en su realización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta. - Lápiz o pluma. - Fotografías. - Pegamento. - Diversos objetos.

		vejez) o por temas (lugares, sucesos, familiares, épocas), etc.		
Estimulación de las funciones cognoscitivas	Explica las principales funciones cognoscitivas. Recomendar actividades que estimulen las funciones cognoscitivas.	La sección de cada función cognoscitiva incluye: una breve explicación de ésta, sugerencias de actividades para la vida cotidiana que estimulen dicha función y ejemplos de ejercicios cognoscitivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda reforzar y conservar sobre todo las actividades de la vida diaria propuestas. - Realizar las funciones cognoscitivas recomendadas en periodos de 30 minutos, una o dos veces al día. 	- Folleto psicoeducativo.
Orientación	Explicar brevemente cada uno de los tres tipos de orientación que existen. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular la orientación en lugar, tiempo y persona.	Existen tres tipos de orientación: <i>Tiempo.</i> Permite localizar situaciones o hechos en distintos momentos. <i>Espacial.</i> Permite ubicar y reconocer el espacio o lugar. <i>Persona.</i> Permite saber quiénes somos, conocer los datos personales, gustos, actividades que se realizan, la familia a la que se pertenece, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un reloj de cartulina con manecillas móviles para marcar la hora. - Colocar un calendario y un reloj visibles. - Describir verbalmente como llegar a un lugar. - Indicar en un mapa el camino para ubicar una dirección. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la orientación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartulina. - Colores. - Tijeras. - Pluma o lápiz. - Folleto psicoeducativo.
Atención	Explicar brevemente que es la atención. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular la atención.	Atención es la capacidad que permite enfocar del ambiente los estímulos relevantes e inhibir los estímulos irrelevantes. La atención es muy importante porque dirige y regula el resto de los procesos cognoscitivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer una actividad a la vez. - Al buscar un objeto, mantener y verbalizar en la mente lo que se está buscando. - Hacer manualidades como: cerámica, bisutería, tejido, etc. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Material para manualidades. - Folleto psicoeducativo.
Memoria	Describir brevemente que es la memoria y el proceso que se lleva a cabo el cerebro para guardar la información que recibe. Enlistar actividades de la vida diaria que ayudan a estimular la memoria.	La memoria es la capacidad que permite registrar, almacenar y recuperar la información cuando ésta se requiere. Consta de tres fases: Registro. Proceso de aprehender la información que se recibe por los órganos sensoriales, Almacenamiento. La información es procesada y guardada en la memoria de corto y de largo plazo. Recuperación. Permite recobrar la información almacenada en el momento que se necesite.	<ul style="list-style-type: none"> - Escribir la lista de las compras e intentar recordarla sin verla al ir a la tienda. - Utilizar una agenda personal para anotar hechos y situaciones. - Reconstruir mentalmente las acciones realizadas y buscar en cada lugar en donde se estuvo, cuando no se recuerde en donde se dejó un objeto. - Seguir los informativos de radio, T.V o periódico y comentar las noticias relevantes con familiares o amigos. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta o agenda. - Lápiz o pluma. - Folleto psicoeducativo.
Lenguaje	Describir brevemente que es el lenguaje. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular el lenguaje.	El lenguaje es la habilidad para comunicar ideas, pensamientos, sentimientos y emociones, ya sea a través del habla, la escritura o el cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener comunicación constante o inventar historias con familiares y amigos. - Leer e investigar el significado de las palabras desconocidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto psicoeducativo. - Diccionario.

			- Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular el lenguaje.	
Percepción visual	Explicar brevemente que es la percepción visual. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular la percepción visual.	La percepción visual es la capacidad de discriminar e interpretar la información que se recibe a través de la vista, la cual permite guiar y dirigir las acciones en el espacio visual.	- Buscar y señalar cambios en el vecindario. - Cuando se vaya a un lugar nuevo identificar detalles interesantes, para poder describirlos. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la percepción visual.	- Folleto psicoeducativo.
Cálculo mental	Explicar brevemente que es el cálculo mental. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular el cálculo mental.	El cálculo mental es la capacidad para realizar operaciones matemáticas sin ayuda de instrumentos externos como papel y lápiz o calculadora. Su sustento cognoscitivo es la memoria de trabajo que es la habilidad mental para retener y procesar de manera temporal la información para dar una respuesta inmediata.	- Realizar mentalmente la suma para conocer el total a pagar cuando se compren cosas en la tienda o el supermercado y calcular el cambio que se recibirá al pagar la mercancía. - Calcular mentalmente el porcentaje de descuento en las ofertas. - Verificar con una calculadora las operaciones realizadas para saber si los cálculos se hicieron correctamente. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular el cálculo mental.	- Folleto psicoeducativo. - Calculadora.
Lectura	Describir brevemente que es la lectura. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular la lectura.	La lectura es la habilidad para descifrar e interpretar signos escritos. Se caracteriza por la traducción de símbolos o letras en palabras y frases dotadas de significado para comprender las ideas ahí plasmadas.	- Leer diariamente de 10 a 30 minutos. - Leer en voz alta periodos de 5 a 10 minutos. - Si se dificulta mantener por periodos prolongados, leer novelas o cuentos cortos divididos en partes. - Realizar ejercicios de comprensión de lectura. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la lectura.	- Folleto psicoeducativo. - Periódicos. - Revistas. - Libros de interés. - Etc.
Escritura	Describir brevemente que es la escritura. Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular la escritura.	La escritura es un medio gráfico para comunicar ideas y requiere de una motivación personal para su realización.	- Escribir en la agenda y en el libro de vida. - Llevar un diario. - Escribir la lista de compras. - Escribir cartas a familiares o amigos en papel o medios electrónicos. - Escribir el resumen de un texto leído. - Elaborar un recetario de cocina o manual técnico sobre los pasos a seguir para realizar o preparar algo. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular la escritura.	- Folleto psicoeducativo. - Agenda. - Libreta. - Lápiz o pluma.
Funciones ejecutivas	Explicar brevemente lo que son las funciones ejecutivas.	Las funciones ejecutivas son muy importantes para las actividades diarias y la vida independiente, principalmente las que involucran la organización, planeación,	- Planear las actividades diarias y organizarlas en relación al tiempo, distancia y complejidad. - Realizar los ejercicios cognoscitivos sugeridos para estimular las funciones ejecutivas.	- Folleto psicoeducativo. - Agenda. - Calendario.

	Enlistar actividades que pueden realizarse en la vida diaria que ayudan a estimular las funciones ejecutivas.	autocontrol y regulación de la forma de actuar en función de metas propias.		- Libreta.
Ejercicios cognoscitivos en libros, revistas y periódico	Incluir referencias bibliográficas en donde se puedan encontrar más ejercicios cognoscitivos.	Principalmente el libro "Atención, memoria y motricidad" de los autores Rey, Canales, Gutiérrez y Prieto de la Editorial Paidotribo, 2015.	- Buscar ejercicios cognoscitivos en periódicos, revistas y libros para realizar en casa.	- Periódicos. - Revistas. - Libros.
Ejercicios cognoscitivos en internet	Incluir direcciones de páginas web en donde se pueden encontrar otros ejercicios cognoscitivos como los que se encuentran en cada sección del folleto psicoeducativo.	Ejercicios de estimulación cognoscitiva versión PDF en páginas como: Esteve, Vindel y aplicación Lumosity Brain Training para celular o tableta.	- Descargar e imprimir ejercicios de estimulación cognoscitiva o instalar aplicaciones para medios electrónicos (celular o tabletas) de juegos que estimulen las funciones cognoscitivas.	- Celular ó tableta. - Impresora. - Hojas de papel.

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN PSICOEDUCATIVA INDIVIDUAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

1.- ¿Considera que toda la información que se le brindó le será útil?

Si _____ No _____

2. ¿Todos los conceptos que se explicaron, ¿quedaron totalmente claros?

Si _____ No _____

Si hubo algunos conceptos que no le quedaron claros, ¿cuáles fueron?

3. Considera que después de recibir esta información, ¿es necesario que usted realice algún cambio en sus actividades cotidianas?

Si _____ No _____

4. En qué áreas usted considera necesario hacer un cambio (puede marcar más de una).

- _____ Actividad física.
- _____ Alimentación.
- _____ Uso de auxiliar visual (anteojos) y auditivo.
- _____ Actividades sociales.
- _____ Actividades de estimulación cognoscitiva.

5. ¿Qué tan útiles considera las sugerencias propuestas para la vida diaria para estimular sus funciones cognoscitivas?

Muy útil _____ Útil _____ Algo útil _____ Poco útil _____ Nada útil _____

6. ¿Qué tan útiles considera los ejercicios propuestos para la estimulación cognoscitiva?

Muy útil _____ Útil _____ Algo útil _____ Poco útil _____ Nada útil _____

7. ¿Organiza diariamente sus actividades del día?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue "Sí", ¿De qué manera las organiza?

8. Para las actividades que debe realizar a futuro, ¿utiliza una agenda?

Si _____ No _____

9. Elija de la siguiente lista 5 estrategias que estaría dispuesto a realizar después de esta sesión.

- _____ Elaborar su autobiografía (libro de vida).
- _____ Mantenerse orientado en la fecha y la hora con la ayuda de un calendario y un reloj
- _____ Evitar hacer dos actividades al mismo tiempo.
- _____ Asistir a cursos o talleres para aprender habilidades nuevas.
- _____ Realizar ejercicios cognoscitivos como crucigramas, sopa de letras, juegos de mesa, etc.
- _____ Hacer la lista del supermercado y recordarla sin mirar la lista.
- _____ Intentar hacer cálculos mentales al realizar compras.
- _____ Leer diariamente por lo menos 10 minutos.

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A LOS 30, 60 Y 90 DÍAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

1. ¿En los últimos 15 días ha revisado o vuelto a leer el folleto que se le entregó?

Si _____ No _____

2. ¿Tiene a la mano el folleto o recuerda en dónde lo guardó?

Si _____ No _____

3. ¿Cuántas veces aproximadamente ha consultado el folleto en los últimos 7 días?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Siguiendo las sugerencias del folleto ¿Ha realizado algún cambio en sus actividades cotidianas?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue "Sí", ¿Cuáles?

5. En los últimos 7 días ¿Cuántos días ha llevado a cabo las sugerencias del folleto propuestas para la vida diaria?

0 1 2 3 4 5 6 7

6. En los últimos 7 días ¿Cuántos días ha llevado a cabo los ejercicios del folleto propuestos para la estimulación cognoscitiva?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. ¿Organiza diariamente sus actividades del día?

Si _____ No _____

8. ¿Ha empezado a utilizar una agenda?

Si _____ No _____

9. De la siguiente lista de sugerencias que contiene el folleto ¿cuáles ha llevado a cabo en los últimos 15 días?

- ___ Elaborar su autobiografía (libro de vida).
- ___ Mantenerse orientado en la fecha y la hora con la ayuda de un calendario y un reloj.
- ___ Evitar hacer dos actividades al mismo tiempo.
- ___ Asistir a cursos o talleres para aprender habilidades nuevas.
- ___ Realizar ejercicios cognoscitivos como: crucigramas, sopa de letras, juegos de mesa, etc.
- ___ Hacer la lista del supermercado y recordarla sin mirar la lista.
- ___ Intentar hacer cálculos mentales al realizar las compras.
- ___ Leer diariamente por lo menos 10 minutos.

TABLAS DE LAS SESIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES

AM 1				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizó un calendario para citas y cumpleaños. 2. Jugó "Memorama" con su esposo. 3. Jugó "Scrabble". 4. Leyó diariamente el "Selecciones". 5. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención sostenida, selectiva, focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización, secuenciación e inhibición. 5. Lenguaje escrito: manejo de vocabulario. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizó un calendario en lugar de una agenda porque el uso de ésta le costó trabajo. - No recuerda muchas cosas pasadas, pero si se acuerda de las cosas importantes. - No escribió su autobiografía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar una agenda en lugar de un calendario para organizar sus actividades. - Hacer la lista de compras del supermercado y recordarla sin verla. - Iniciar su autobiografía.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siguió utilizando el calendario por lo que se orientó mejor en fecha y hora. 2. Organizó mejor sus actividades. 3. Empezó a hacer actividad física. 4. Jugó sobre todo "Memorama". 5. Leyó diariamente el "Selecciones". 6. Se imaginó y le platicó a su esposo lo que leyó. 7. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización, secuenciación e inhibición. 5. Actividad física. 6. Imaginación. 7. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 8. Relaciones familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe que conoce a las personas cuando las ve, pero no recuerda en donde. Por ejemplo: sabe que conoce a su dentista, pero hasta que su esposo le ayudó, recordó incluso la ubicación de su consultorio. - No ha iniciado su autobiografía porque ha salido mucho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar una agenda en lugar de un calendario para organizar sus actividades. - Iniciar su biografía.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizó diariamente sus actividades usando un calendario. 2. Leyó diariamente. 3. Empezó a juntar fotografías de su familia y recordó a todos sus familiares. 4. Comenzó a elaborar su biografía. 5. Realizó una actividad a la vez. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención: sostenida, selectiva, focalizada y excluyente. 2. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 3. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización, clasificación, secuenciación e inhibición. 4. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 5. Escritura: composición y sintaxis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siguió usando un calendario porque no se acomodó con la agenda. - Dejó de realizar actividad física porque tuvo mucho trabajo, pero la piensa retomar. - Inicia con lentitud su autobiografía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar en una libreta las cosas que se le olvidan con mayor frecuencia. - Hacer una caja de recuerdos para guardar las fotografías que usará en la elaboración de su autobiografía.

AM 2				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizó los ejercicios de atención del folleto psicoeducativo. 2. Coloreó mándalas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 2. Creatividad e imaginación. 3. Motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le gustaría utilizar la agenda, pero no lo ha hecho. - No organizó sus actividades diarias. - No hizo su autobiografía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una agenda para organizar sus actividades. - Recordar sin ver la lista de compras. - Realizar cálculos mentales. - Realizar diversos ejercicios cognoscitivos. - Leer todos los días.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizó más ejercicios cognoscitivos de atención. 2. Continuó coloreando mándalas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 2. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 3. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos y planeación. 4. Creatividad e imaginación. 	<ul style="list-style-type: none"> - No utilizó una agenda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una libreta para anotar y recordar lo que se

	3. Relató que se fue de vacaciones con su hermana a Querétaro y a Celaya.	5. Relaciones familiares. 6. Actividades de recreación y motivación.	- Continúo sin organizar sus actividades diarias.	le olvida con mayor frecuencia.
3	1. Organizó y preparó la noche anterior, su ropa y las cosas que tenía que hacer al día siguiente. 2. Realizó actividades domésticas. 3. Continúo coloreando mándalas. 4. Vió la televisión de 6:00 a 10:00 pm. 5. Salió a caminar al jardín utilizando su bastón acompañada de su empleada doméstica. 6. Platicó con su hermana por teléfono todos los días.	1. Orientación en tiempo. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto plazo, de largo plazo y episódica. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización. 5. Actividad física. Caminar. 6. Creatividad e imaginación. 7. Lenguaje: conversación oral y fluidez verbal. 8. Relaciones familiares y motivación.	- No utilizó una agenda o libreta para anotar sus actividades diarias. - Puede recordar cosas con ayuda que al inicio se le olvidan y le cuesta trabajo. - Necesita ayuda en las actividades domésticas que requieren esfuerzo físico como tender la ropa, pero le gusta lavar, planchar y tender su cama.	- Utilizar una agenda o libreta para anotar las cosas que son importantes o lo que se le olvida. - Continuar realizando actividades domésticas. - Continuar saliendo a caminar utilizando su bastón y acompañada de alguien. - Seguir en contacto con su hermana.

AM 3				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	1. Empezó a hacer su propia agenda. 2. Realizó la lista de compras de lo que iba a comer cada día. 3. Remodeló su casa y pintó una pared como pizarrón. 4. Armó rompecabezas. 5. Inventó cuentos con su hija de manera oral. 6. Asistió con su hija a un curso pastoral los domingos.	1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, organización, clasificación, secuenciación, anticipación y planeación. 5. Motricidad gruesa: pintar. 6. Creatividad e imaginación. 7. Relato de historias: lenguaje expresivo y sintaxis. 8. Relaciones familiares y motivación.	- Confundió el medicamento que debía tomarse para la depresión (escitalopram en lugar de citalopram). - Descargó en su celular una aplicación recomendada en el folleto psicoeducativo y realizó algunas actividades. .- Mostró interés en asistir a un curso de jardinería.	- Seguir motivada y hacer actividades diariamente. - Poner especial atención al tomar los medicamentos que le receta el doctor.
2	1. Debido a que no había terminado su agenda, se compró un calendario grande para organizar sus actividades. 2. Organizó sus cajones de materiales. 3. Armó rompecabezas. 4. Hizo sopas de letras. 5. Realizó sudoku (aunque a veces se desesperaba). 6. Compró una caña de pescar para jugar a atrapar changuitos.	1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, organización, secuenciación y planeación. 5. Motricidad fina: praxias para armar, escribir y pescar. 6. Matemáticas: operaciones básicas y resolución de problemas. 7. Lenguaje: uso de vocabulario.	- Tuvo dolor intenso en manos y brazos debido a su artritis y para calmar éste hizo los ejercicios recomendados por su médico. - Hubo días que se sintió muy mal y no pudo hacer nada, se quedó recostada todo el día, sin poder ir a trabajar e incluso su hija le llevaba de comer. - No pudo tomar el curso de jardinería al que quería ir. - Descargó en su celular la aplicación recomendada en el folleto psicoeducativo e hizo algunos ejercicios cognoscitivos en su cama.	- Evitar no hacer nada a pesar de sentir mucho dolor- - Ver la TV o escuchar música para no estar pensando constantemente en lo que le dolía. - Hacer una caja de recuerdos y juntar objetos y fotografías para en un futuro poder realizar su autobiografía, cuando se sintiera mejor.
3	1. Siguió organizando sus actividades y citas en un calendario. 2. Comenzó a anotar todo lo que no debía olvidar en una libreta.	1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo.	- Se le olvida la dirección a la que se dirige cuando utiliza un taxi y dice en forma automática la dirección en la	- Visualizar mentalmente el recorrido que realizará antes de tomar un taxi y una vez

	<p>3. Volvió a realizar la lista de compras para el supermercado.</p> <p>4. Armó rompecabezas.</p> <p>5. Realizó sopas de letras.</p> <p>6. Siguió realizando ejercicios de sudoku.</p> <p>7. Empezó a dar clases de dibujo a una amiga todos los jueves, con quien además platicaba y convivía.</p>	<p>4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, clasificación, organización, secuenciación, planeación e inhibición.</p> <p>5. Matemáticas: operaciones básicas y resolución de problemas.</p> <p>6. Lenguaje: manejo de vocabulario.</p> <p>7. Praxia constructiva: Secuencia de movimientos finos por medio del dibujo.</p> <p>8. Relaciones sociales: comunicación, convivencia y motivación.</p>	<p>que vivía anteriormente. Ella se da cuenta del error y lo corrige. Le cuesta trabajo recordar su nueva dirección.</p> <p>- Tiene un nuevo trabajo como recepcionista, pero le cuesta trabajo escribir muy rápido porque le duela la mano.</p> <p>- Cuando recibe mucha información, se le olvida y tiene que volver a preguntar los datos.</p> <p>- Cuando contesta el teléfono se le complica la selección de palabras al hablar.</p> <p>- Se angustia mucho en su nuevo trabajo por la equivocación que puede llegar a cometer.</p> <p>- Lloró durante la llamada.</p> <p>- Las clases de dibujo le ayudan a calmar el dolor de sus manos y también fortalece las relaciones sociales y estimula el lenguaje expresivo oral.</p>	<p>que esté segura de la dirección tomar éste.</p> <p>- No angustiarse cuando se equivoque o se le dificulte hacer las cosas.</p> <p>- Continuar dando clases de dibujo.</p> <p>- Ver las actividades que realiza en su trabajo como un reto, pues si la pasaron a recepción es porque consideraron que era capaz de hacerlo.</p>
--	--	--	---	---

AM 4				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>1. Hizo la lista del supermercado e intentó recordarla sin verla, aunque siempre olvidaba algo.</p> <p>2. Procuró hacer cálculos mentales a pesar de que le cuesta trabajo.</p> <p>3. Leyó diariamente más de 10 minutos.</p> <p>4. Utilizó un cuaderno para anotar las cosas que le gusta leer.</p> <p>5. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo.</p>	<p>1. Atención: sostenida, selectiva y focalizada.</p> <p>2. Memoria: de trabajo, de corto plazo y de largo plazo.</p> <p>3. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, organización, secuenciación, planeación e inhibición.</p> <p>4. Razonamiento matemáticas: cálculo básico y resolución de problemas simples.</p> <p>5. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.</p>	<p>- Utilizó un cuaderno en lugar de una agenda.</p> <p>- Se le dificultó organizar sus actividades diarias.</p> <p>- Le costó trabajo realizar cálculos a nivel mental porque siempre compra muchas cosas.</p>	<p>- Organizar diariamente sus actividades usando una agenda.</p> <p>- Usar el cálculo mental cuando compre pocas cosas.</p>
2	<p>1. Utilizó un cuaderno para anotar cosas importantes.</p> <p>2. Hizo la lista del supermercado e intentó recordarla sin verla.</p> <p>3. Empezó a asistir a un curso, aunque dejó de ir porque todo el mes tuvo muchas citas en el hospital.</p> <p>4. Leyó diariamente.</p>	<p>1. Orientación en tiempo y lugar.</p> <p>2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada.</p> <p>3. Memoria: de trabajo, de corto plazo y de largo plazo.</p> <p>4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, organización y planeación.</p> <p>5. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.</p>	<p>- Utilizó un cuaderno en lugar de una agenda.</p> <p>- Se le sigue dificultando organizar diariamente sus actividades.</p>	<p>- Utilizar una agenda para organizar diariamente sus actividades.</p>
3	<p>1. Descargó la aplicación LUMOSITY sugerida en el folleto psicoeducativo y diario usó los juegos disponibles.</p> <p>2. Practicó el cálculo mental con los juegos que descargó porque le gusta más que hacer las cuentas jugando</p>	<p>4. Atención: sostenida, selectiva y focalizada.</p> <p>5. Memoria: de trabajo, de corto plazo y de largo plazo</p> <p>6. Razonamiento matemático: cálculo básico y resolución de problemas simples</p> <p>7. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.</p>	<p>- Compró una agenda y empezó a utilizarla, pero al tercer día se le olvidó escribir en ella.</p>	<p>- Utilizar un calendario para organizar de manera gráfica sus actividades de forma mensual y no tenga que</p>

	que con las compra del supermercado. 3. Leyó diariamente más de 10 minutos.		- Intentó organizar sus actividades diariamente, pero no lo logró.	hacerlo diario como en la agenda.
--	--	--	--	-----------------------------------

AM 5

Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> Se compró una libreta para llevar su propia agenda. Empezó a organizar diariamente sus actividades. Hizo sopas de letras. Leyó diariamente en voz alta para mejorar la fluidez lectora porque a veces se traba. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. 	<ol style="list-style-type: none"> Orientación en tiempo y espacio. Atención: sostenida, focalizada y selectiva. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, secuenciación, organización, inhibición y autocontrol. Lectura oral: fluidez, entonación, ritmo y estructura melódica. Lenguaje escrito: definición de términos, uso de vocabulario y comprensión lectora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizó una libreta en lugar de una agenda para organizar sus actividades. - No utilizó el cálculo mental porque no le gusta. - Le costó trabajo evitar hacer muchos corajes con su esposo, pero lo empezó a intentar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una agenda en lugar de una libreta.
2	<ol style="list-style-type: none"> Empezó a anotar en la libreta las cosas que no debía olvidar. Hizo sopas de letras. Comenzó a hacer cálculo mental cuando iba de compras al supermercado. Leyó diariamente el periódico, algunas veces en voz alta. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. 	<ol style="list-style-type: none"> Orientación en tiempo y lugar. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. Memoria: de trabajo, de corto y de largo plazo. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización, secuenciación, inhibición y autocontrol. Razonamiento matemático: operaciones básicas y solución de problemas simples. Lectura oral: fluidez, entonación, ritmo, estructura melódica y comprensión del lenguaje escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuó utilizando una libreta en lugar de una agenda. - No ha iniciado su autobiografía, pero si quiere hacerla. - Controló mejor sus emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir utilizando una libreta para organizar sus actividades, pero de preferencia una agenda. - Comprar novelas cortas. - Empezar a hacer su autobiografía- Se le explicó nuevamente como organizar el material para que se le facilite su elaboración.
3	<ol style="list-style-type: none"> Organizó mejor sus actividades en la libreta y utilizó un calendario para las fechas. Empezó a hacer su autobiografía. Realizó sopas de letras. Leyó el periódico constantemente. 	<ol style="list-style-type: none"> Orientación en tiempo y lugar. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. Memoria: de trabajo, de corto plazo, de largo plazo y episódica. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización, inhibición y autocontrol. Composición escrita: redacción y sintaxis. Lectura oral: fluidez, entonación, ritmo, estructura melódica y comprensión lectora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controló cada vez mejor sus emociones y se siente menos estresada. 	<ul style="list-style-type: none"> - De preferencia utilizar una agenda en lugar de una libreta para organizar mejor sus actividades diarias.

AM 6

Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> Realizó la lista del supermercado y la recordó sin verla. Usó el cálculo mental al pagar la cuenta de las compras que hizo. Jugó a las cartas con sus conocidos y amigos. Leyó diariamente. 	<ol style="list-style-type: none"> Atención: sostenida, selectiva y focalizada. Memoria: de trabajo, de corto plazo y de largo plazo Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y monitorización. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. Relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - No utilizó una agenda porque considera que no la necesita debido a que organiza sus actividades a nivel mental y recuerda todo perfectamente. - Su esposa le ayudó a recordar lo que se le olvida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una agenda para que su esposa no le tenga que recordar lo que se le olvida.

2	1. Siguió organizando sus actividades diariamente de manera mental y todo lo recordó perfectamente.	1. Memoria: de corto plazo y de largo plazo. 2. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos y organización.	- Ya no mencionó que su esposa lo ayuda. - Consideró que está en perfecto estado de salud.	- Utilizar una agenda que le ayude a organizar sus actividades de forma escrita.
3	1. Consideró que mentalmente es perfecto por lo que no necesitó hacer algún cambio en sus actividades.	1. Probablemente las mismas que en las sesiones anteriores.	- Su médico le recomendó bajar de peso y empezó a realizar actividad física para poder hacerlo.	- Utilizar en el futuro una agenda.

AM 7

Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	1. Empezó a organizar sus actividades del día mediante una agenda. 2. Intentó recordar la lista del supermercado sin verla. 3. Empezó a llevar una bitácora diaria de los alimentos que consume. 4. Leyó y escribió diariamente su tesis.	1. Orientación en tiempo y lugar. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y secuenciación. 5. Composición escrita: redacción y sintaxis. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.	- Se le siguen olvidando algunas cosas.	- Seguir utilizando la agenda. - En sus ratos libre hacer ejercicios en forma mental que disfrute y le agraden para que se distraiga y no se dedique solamente a estar haciendo su tesis, actividad que le causa estrés.
2	1. Empezó a utilizar la agenda del celular para organizar sus actividades diarias. 2. Realizó la lista del supermercado semanalmente e intentó recordarla sin verla. 3. Siguió leyendo y escribiendo su tesis.	1. Orientación en tiempo y lugar. 2. Atención sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y secuenciación. 5. Composición escrita. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.	- Utilizó la agenda del celular en lugar de una agenda física. - Comentó que se estresa con facilidad.	- Realizar actividades sociales para aminorar el estrés.
3	1. Comenzó a realizar en la agenda del celular su lista de prioridades y las cosas que tiene que hacer en la semana. 2. Realizó ejercicios cognoscitivos como sudoku, los cuales a veces hace muy rápido y otros días no tanto. 3. Estuvo preparando una conferencia para un congreso 4. Leyó y escribió mucho.	1. Orientación en tiempo y lugar. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y secuenciación. 5. Razonamiento lógico-matemático: resolución de problemas. 6. Composición escrita.: redacción y sintaxis. 7. Lectura: comprensión del lenguaje escrito.	- Se frustra cuando no puede realizar algún ejercicio cognoscitivo, sobre todo en el sudoku, que son los que más le cuestan trabajo.	- No preocuparse cuando no pueda resolver los sudokus, se le comenta que a veces por el mismo estrés o ansiedad la atención se dispersa y esto puede provocar que se tarde más en hacerlos y que lo importante es que disfrute las actividades que haga.

AM 8

Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	1. Organizó sus actividades diarias en su celular y compró un cuaderno para hacerlo de manera escrita. 2. Planeó con sus hermanos hacer su autobiografía y asistir a un curso de apreciación musical una vez a la semana. 3. Asistió a conciertos todos los domingos con su papá o su hermana.	1. Orientación en tiempo y lugar. 2. Memoria: de trabajo, de corto plazo y largo plazo. 3. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y monitorización. 4. Motivación 5. Relaciones sociales de recreación.	- No utilizó una agenda física. - Intentó reincorporarse a su trabajo, pero no pudo. - Realiza con lentitud las actividades que antes se le	- Se comprometió empezar a usar la agenda dentro de un mes.. - Se comprometió a empezar su autobiografía.

			<p>facilitaban porque le cuesta trabajo hacerlas.</p> <p>- Aceptó la quimioterapia, aunque le afecta el ánimo e intentó ser positivo.</p>	
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comenzó a organizar sus actividades en una agenda. 2. Jugó con su nieto a armar rompecabezas. 3. Empezó a dibujar. 4. Leyó diariamente. 5. Comenzó a realizar su autobiografía. 6. Festejó el día del abuelo con su familia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en el tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria de trabajo, de corto plazo, de largo plazo y episódica. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, clasificación, organización y secuenciación. 5. Composición escrita: redacción y sintaxis. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 7. Praxia constructiva: precisión y movimientos conscientes e intencionales. 8. Creatividad e imaginación. 9. Relaciones familiares. 	<p>- Estuvo nervioso por los estudios de laboratorio que le hicieron para saber si era candidato a trasplante de médula ósea, se le confirmó que si lo era y que estaría hospitalizados 2 semanas.</p> <p>- Reportó estar muy cercano a su familia y que esto le ayudó a sobrellevar sus malestares debido a la quimioterapia.</p>	<p>- Continuar haciendo su autobiografía.</p> <p>- No angustiarse por no poder hacer algunas cosas.</p> <p>- Mantenerse tranquilo por el trasplante que le realizarán.</p> <p>- Seguir en contacto con su familia.</p>
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siguió utilizando la agenda para organizar sus actividades. 2. Retomó su trabajo de tiempo completo en una compañía de seguros y- pudo hacer las cosas que antes se le dificultaban, quizá debido a la quimioterapia.. 3. Siguió asistiendo a actividades culturales como conciertos con su familia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en el tiempo y espacio. 2. Atención sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria de trabajo, de corto plazo y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación y organización. 5. Motivación y relaciones familiares. 	<p>- Se siente mucho mejor porque ya terminaron las sesiones de quimioterapia.</p> <p>- Mejoró su memoria.</p> <p>- Mejoró su velocidad de reacción y procesamiento.</p> <p>- Aún no se le realiza el trasplante de médula ósea pero se encuentra tranquilo y mucho más motivado.</p>	<p>- Seguir utilizando su agenda diariamente.</p> <p>- Continuar trabajando.</p> <p>- Hacer en grupo ejercicios cognoscitivos.</p> <p>- Seguir en contacto con su familia.</p> <p>- Se le deseó suerte en la operación de su trasplante.</p>

AM 9				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognoscitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizó los recordatorios de su celular. 2. Realizó ejercicios como sopas de letras. 3. Hizo cálculos mentales cuando iba de compras al supermercado. 4. Leyó poco, pero no diariamente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y lugar. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y secuenciación. 5. Razonamiento matemático: operaciones básicas y resolución de problemas simples. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 	<p>- Se le siguen olvidando las cosas que debe hacer en el día.</p> <p>- Intentó leer más.</p>	<p>- Utilizar una agenda o libreta para anotar lo que se le olvida.</p> <p>- Hacer más variedad de ejercicios.</p> <p>- Leer novelas cortas de su interés para fomentar que lea un poco más y comente lo que leyó con alguien.</p>
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siguió utilizando los recordatorios de su celular. 2. Reportó tener una libreta en la que anota sus pagos o cosas importantes. 3. Realizó crucigramas. 4. Leyó. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización y secuenciación. 5. Escritura: uso de vocabulario y definición de términos. 6. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 	<p>- No le sirvió el folleto psico-educativo ni las recomendaciones que se le hicieron.</p> <p>- La agenda física no le fue práctica, prefirió el celular.</p> <p>- Mostró una actitud de molestia, ya que contestó</p>	<p>- Se le preguntó si desea que se le siga llamando porque si le molesta, puede abandonar el programa en el momento que ella lo desee. Respondió que no tiene problema, "si es mi tarea y volverle a marcar" está bien".</p>

			<p>las preguntas con tono desesperado y cortante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le cuestionó su sentir y dijo estar molesta porque se le habla a cada rato. - Expresó que ya no tiene remedio, porque se le siguen olvidando las cosas. 	
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siguió utilizando los recordatorios de su celular. 2. Siguió leyendo de vez en cuando. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación y organización. 5. Lectura: comprensión del lenguaje escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> - No le gusta anotar sus actividades o las cosas que se le olvidan porque pierde tiempo y tiene muchas cosas que hacer. - Volvió a comentar que ella es muy organizada y no necesita de las sugerencias del folleto psicoeducativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al final reacciona de forma positiva y agradece el interés en su persona, sin embargo considera que ella ya no tiene remedio, que ya es la edad y por eso se le olvidan las cosas. - Se le agradece su participación.

AM 10				
Sesiones	Actividades reportadas	Funciones cognitivas estimuladas	Observaciones	Recomendaciones
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intentó hacer la lista del supermercado y recordarla sin verla. 2. Realizó diariamente durante dos horas ejercicios de estimulación cognoscitiva con su hija. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 2. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo. 3. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación y organización. 4. No se conoció exactamente los tipos de ejercicios cognoscitivos que realizó, ya que no supo describirlos con detalle, sólo comentó que utilizaba muchos materiales didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No pudo utilizar por sí misma la agenda, por lo que su hija organizaba sus actividades diarias. - Se cansaba y aburría trabajar durante tanto tiempo con las actividades que le ponía su hija. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar ella misma su agenda con las actividades que ella hace diariamente. - Realizar con su hija actividades que sean de su agrado y con menos frecuencia para evitar que se canse o aburra.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comenzó a organizar ella misma su agenda y utilizó una libreta para escribir sus actividades diarias. 2. Siguió realizando ejercicios de estimulación cognoscitiva con su hija utilizando material didáctico, pero ahora cada tercer día. 3. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en el tiempo y lugar. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria: de trabajo, de corto y largo plazo 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización e inhibición. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le agradó hacer cada tercer día ejercicios de estimulación cognoscitiva porque no se satura de tantas actividades y tiene más tiempo para ella misma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir escribiendo ella misma en su agenda. - Continuar haciendo ejercicios de estimulación cognoscitiva cada tercer día.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siguió organizando ella misma sus actividades diarias en su agenda. Siguió realizando cada tercer día, ejercicios de estimulación con su hija utilizando material didáctico. 2. Evitó hacer dos actividades al mismo tiempo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación en tiempo y espacio. 2. Atención: sostenida, selectiva y focalizada. 3. Memoria de trabajo, de corto plazo y largo plazo. 4. Funciones ejecutivas: anticipación, selección de objetivos, planeación, organización e inhibición. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comentó que se ha sentido muy bien y que le gustaría hacer más cosas por ella misma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar utilizando ella misma su agenda. - Empezar a hacer actividades de recreación que a ella le agraden para no depender tanto de las actividades que su hija le pone a hacer.