



TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGIA

“El estado cognitivo de adultos mayores
institucionalizados y no
institucionalizados”

Directora: Dra. Grandis, Amanda

Co-Directora: Lic. Delgado, Verónica

Alumna: Dieguez, Laura

DNI: 32.495.939

Nº de registro: 114/06

Año 2012



TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

**“El estado cognitivo de adultos mayores
institucionalizados y no institucionalizados”**

Directora: Dra. Grandis, Amanda

Co- directora: Lic. Delgado, Verónica

Alumna: Dieguez, Laura

DNI: 32.495.939

N° de Registro: 114/06

AÑO 2012

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por brindarme la posibilidad de un estudio, por haberme sostenido tanto económicamente como emocionalmente...

Agradezco a los profesores, compañeros y amigas/os con los que junto transitamos este hermoso camino....

Agradezco a las profesoras Amanda y Verónica por acompañarme y ayudarme en este último paso como estudiante, con la realización del Trabajo Final de Licenciatura...

Agradezco a todos aquellos que hicieron posible que hoy este cumpliendo este bello sueño...

Laura

**“Vivir es conservar la capacidad de entusiasmo.
Seguir vibrando por toda la vida que sientes a tu
alrededor, y participar en ella. Vivir es saberse vivo
hasta el instante final. Los años sólo enriquecen.
Desde la altura de mi edad, puedo sentir la vida con
conocimientos nuevos pero con los entusiasmos de
siempre.**

**Yo veo la vejez como un enriquecimiento; como un
acumular saberes y experiencias. Pero también es una
conservación de la vida. Y mientras se vive se
mantiene la capacidad de vivir, de sentir. La
capacidad de entusiasmo. La vejez... esos viejos que
se sientan a esperar la vida, ya no viven. Mientras se
vive, hay que esperar de la vida.”**

Vicente Aleixandre (1979)

Índice

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Antecedentes.....	10
Esperanza de Vida.....	13
Medidas Implementadas a Nivel Internacional en torno al Envejecimiento.....	14
Envejecimiento Activo.....	18
Adultos Mayores en Argentina.....	21
Investigaciones llevadas a cabo en torno a la Etapa Evolutiva de la Vejez y Estado Cognitivo de los Adultos Mayores.	27
Capítulo I: La vejez como etapa evolutiva.....	51
Caracterización de la Etapa.....	52
Teorías del Envejecimiento.....	59
Aspectos Biológicos del Envejecimiento.....	67
Aspecto Neuropsicológico y Psicológico del Envejecimiento.....	76
Aspectos Sociales del Envejecimiento.....	92
Los Derechos de las Personas Adultas Mayores.....	100
Capítulo II: Envejecimiento Normal y Patológico.....	103
Envejecimiento Patológico.....	106
Queja Subjetiva de Pérdida de Memoria.....	107
Deterioro Cognitivo Leve.....	107
Demencia.....	115
Capítulo III: Aspectos Metodológicos.....	129
Objetivo General.....	130
Objetivos Específicos.....	130

Población.....	130
Tipo de Estudio.....	132
Instrumento Utilizado para Recolectar los Datos.....	132
Análisis de Datos.....	133
Capítulo IV: Resultados.....	134
Capítulo V: Discusión.....	150
Capítulo VI: Sugerencias Psicopedagógicas.....	156
Capítulo VII: Conclusiones.....	162
Referencias bibliográficas.....	166
Anexos.....	188

TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

“El estado cognitivo de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados”

Autor: Dieguez, Laura

Directora: Dra. Grandis, Amanda

Co- directora: Lic. Delgado, Verónica

Resumen

Desde hace ya algún tiempo resulta evidente el aumento de personas mayores de sesenta años, esto se encuentra asociado al incremento de la expectativa de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población mundial.

El envejecimiento es un proceso que implica cambios a nivel biológico, psicológico y social, por lo cual el cerebro no está exento a dichas modificaciones.

La distinción entre lo que es envejecimiento normal y patológico resulta imprescindible a la hora de planificar los cuidados y tomar decisiones que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, de sus cuidadores y/o familiares; para que esto sea posible es necesario entre otras variables conocer el estado cognitivo del adulto mayor, por lo cual en el presente Trabajo Final de Licenciatura se propone verificar si existe diferencia en el estado cognitivo de los adultos mayores de 65 años de la ciudad de Río Cuarto, que reciben estimulación cognitiva, institucionalizados en el Hogar Asilo San José y adultos mayores no institucionalizados que asisten al Programa Educativo para Adultos Mayores (PEAM), específicamente al Taller de Psicología.

El instrumento utilizado fue el test NEUROPSI, (Ostrosky, F, Ardila, A y Roselli, M, 1997).

De acuerdo a los resultados obtenidos se observaron diferencias significativas en el estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En los institucionalizados el 50% obtiene valores del funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad, el 25% tiene alteración leve del funcionamiento cognitivo, el 20% presenta alteración moderada y el 5% alteración severa. Por el contrario en los sujetos no institucionalizados donde un 95,7% logra alcanzar valores normales en lo referente al funcionamiento cognitivo y sólo el 4,3% presenta alteración leve.

Es de mencionar que el psicopedagogo dentro de los equipos interdisciplinarios de salud y educación se encuentra capacitado para realizar diagnóstico neuropsicológico y su respectiva intervención a nivel de prevención primaria, secundaria y/o terciaria.

Palabras claves: Envejecimiento - Adultos Mayores Institucionalizados - No institucionalizados - Estado cognitivo.

Introducción.

A lo largo del tiempo, hasta entrado el siglo XVIII el crecimiento de la población se produjo a un ritmo lento, las tasas de natalidad eran altas contrarrestándose con tasas igualmente altas de mortalidad, pero poco a poco, estas circunstancias variaron dando lugar a una disminución en la mortalidad y una reducción no equivalente en las tasas de natalidad. A este hecho se agrega el aumento de la esperanza de vida, como resultado de los avances médicos-sanitarios, científicos y tecnológicos. Estos acontecimientos provocaron un cambio en la estructura etaria de la sociedad, observándose que cada vez es mayor el número de personas que tienen 65 años o más.

El envejecimiento de la población al igual que el envejecimiento de las sociedades, es un hecho demográfico que caracteriza al siglo XXI, cabe mencionar que no hay precedentes de un acontecimiento de tal magnitud. Por primera vez en la historia de la humanidad la población de adultos mayores ha alcanzado una proporción y volumen tal que le proporcionan a este grupo un significado y protagonismo inédito.¹ Esto implica un desafío para las políticas públicas, las políticas en salud, los servicios sociales y para gran cantidad de profesionales entre ellos incluidos los psicopedagogos.

Pero por qué los profesionales de la Psicopedagogía pueden trabajar con adultos mayores... ¿Se encuentran en condiciones de seguir aprendiendo?... Sin duda que sí, aunque en la sociedad aún existe la representación de que en la vejez decrecen todas las capacidades referidas al aprendizaje y que se deterioran las funciones intelectuales, motivo por el cual se cree que la persona mayor no puede seguir aprendiendo, considerándolo además, como alguien lento, improductivo y menos capaz que la persona joven.

Es verdad que el tiempo ejerce evidencias reales y deja marcas fundamentalmente en el cuerpo, sin embargo, es cierto que si se evita aquellas situaciones que propendan a la pasividad, al aislamiento o que produzcan un

¹ Ander- Egg, E (2009). *“Cómo Envejecer sin ser Viejo. Añadir Años a la Vida y Vida a los Años”*. Editorial Brujas.

empobrecimiento en la relación de la persona con su medio, se hace posible que exista una menor probabilidad de deterioro cognitivo ²

Poco a poco se va desmitificando este prejuicio, se deja de lado la visión que consideraba la vejez como una etapa caracterizada por el deterioro y la degradación.

Por este motivo y por la imperiosa necesidad de recopilar datos actuales acerca de esta etapa evolutiva es que se realiza este estudio, cuyo objetivo general es verificar si existen diferencias en el estado cognitivo de adultos mayores de 65 años, institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

En lo que respecta al desarrollo de este Trabajo Final de Licenciatura, en una primera instancia se presentan los antecedentes referidos a la etapa evolutiva de la vejez y específicamente al tema central de esta investigación, el estado cognitivo de los adultos mayores.

Luego, en el primer capítulo se aborda la vejez como etapa evolutiva teniendo presente aspectos neuropsicológicos, biológicos, psicológicos y sociales. Posteriormente en el capítulo número dos se aborda el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico haciendo hincapié en este último. Principalmente se tienen en cuenta las diversas alteraciones y/o enfermedades neurodegenerativas que puede padecer la persona mayor.

El tercer capítulo hace referencia a los aspectos metodológicos.

En el cuarto, se realiza el análisis correspondiente de los datos obtenidos.

En el quinto capítulo se desarrollan las sugerencias psicopedagógicas que se consideran pertinentes para esta población de acuerdo a los resultados obtenidos y en último término se incluyen las conclusiones.

² Bertotto, V, Carballo, N, Díaz, C, Donato, A, Fernández, M, González, S, Martínez A, Ochnio, L, Sívori, A y Treviño, S. (2010). "Se hace Camino al Andar: Aprendiendo a Construir un Envejecer Saludable. El quehacer Psicopedagógico en el Programa de Adultos Mayores. *Revista de Actualidad Psicopedagógica Aprendizaje Hoy*. N°76.

Antecedentes.

Durante milenios, el crecimiento de la población fue lento e irregular. Diversos factores lo determinaban, entre ellos la natalidad, la mortalidad, las condiciones de vida, los movimientos migratorios, las pautas culturales, pero los mismos han sufrido grandes modificaciones. Desde finales del siglo XIX este crecimiento comenzó a acelerarse bruscamente a escala mundial.

La expansión poblacional no ocurre por igual en todos los países como así tampoco en todos los grupos de edad. Indudablemente los progresos en la medicina, más un importante descenso de la mortalidad y disminución de la natalidad están contribuyendo al envejecimiento de la población; esto se refleja en una importante transformación en lo que respecta a la estructura etaria de la sociedad, lo cual implica un aumento de personas mayores de 65 años.

En 1950 la proporción de adultos mayores era del 8%, en la actualidad ya representa un 10% de la población total y a mediados del siglo XXI se estima que alcanzara una quinta parte de la humanidad. España se ha convertido en uno de los países más viejos del mundo, esto se debe a su baja fecundidad y a la larga expectativa de vida.³

Los países en desarrollo están envejeciendo aceleradamente y este proceso lejos de revertirse, se incrementará sostenidamente en el tiempo, y por supuesto, Argentina no escapa a esta situación.

Kinsella, K. (1994)⁴ considera que el envejecimiento de la población por lo general se asocia a los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde en muchos de ellos un gran porcentaje está constituido por la población que tiene 60 años o más. Pero cabe mencionar que este es un fenómeno que afecta a los países desarrollados como así también a los que se

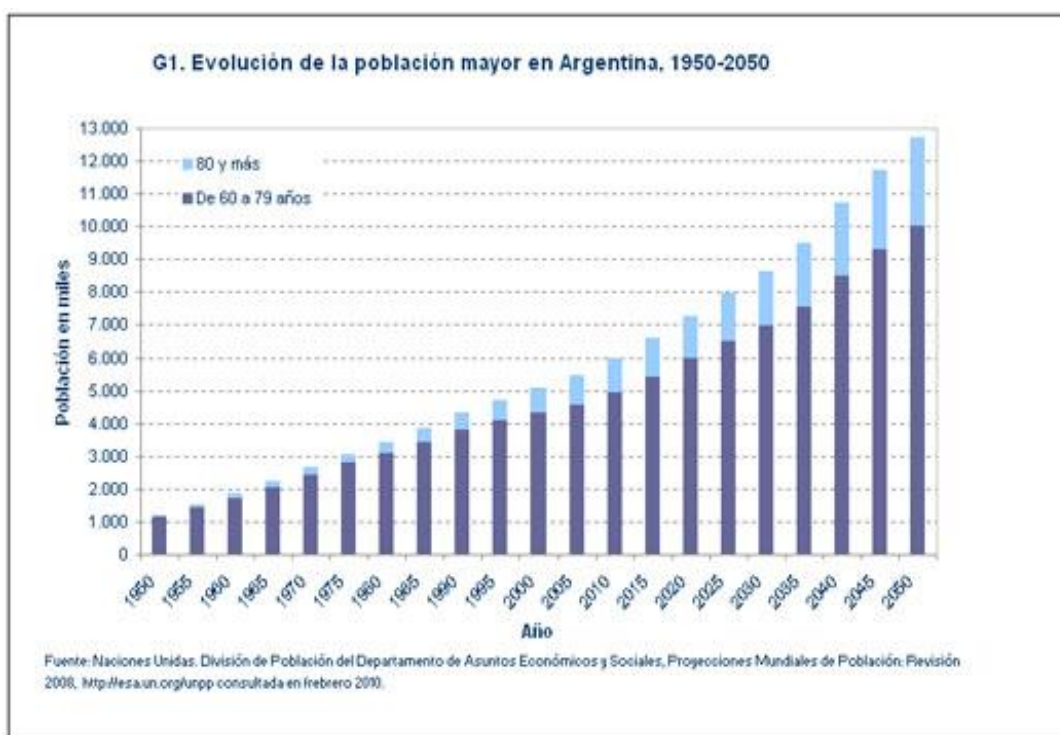
³ Martínez Pascal, B, Díaz Palarea, M, Alonso, J y Calvo, F. (2006). "Evolución del Envejecimiento Poblacional y Respuesta Sociosanitaria". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 16 (1): 26-31. Consultado mayo de 2011. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2006_1/g-16-1-005.pdf

⁴ Citado en Anzola Pérez, E, Galinsky, D, Morales Martínez, F, Salas, A y Sánchez Ayende, M (1994). "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa". Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N°546.

encuentran en vías de serlo. Este hecho ocurre a diversos ritmos, pero en definitiva, el envejecimiento poblacional es una de las características fundamentales del siglo XXI.

Se estima que aquellos países que hoy cuentan con un alto porcentaje de personas adultas mayores probablemente en el futuro el aumento del mismo sea más pequeño, a la inversa, aquellos países que cuentan con un menor crecimiento de la población adulta mayor, seguramente su porcentaje aumentará más abruptamente.

En el siguiente gráfico se pueden visualizar cuales son las proyecciones en relación al crecimiento de los adultos mayores de 60 años a escala mundial.



Fuente: Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2008, <http://esa.un.org/unpp> consultada en febrero 2010.

Cornachione Larrínaga, M. (2006), sostiene que los estudios relativos al aumento demográfico de las poblaciones ha permitido constatar un mayor aumento de las personas de tercera edad en comparación con los niños, resultando evidente también, el cambio en lo que respecta a la distribución de los habitantes; en décadas anteriores la mayoría de la gente vivía en los campos, en la actualidad, viven en las ciudades.

En lo referente a Argentina, desde hace ya algún tiempo se observa un incremento de la urbanización, las desventajas sociales y económicas de las

zonas rurales y pequeñas poblaciones han llevado a sus habitantes a emigrar hacia las zonas urbanas en búsqueda de mejores condiciones de vida, trabajo y educación.

Arlegui, M. (2009), retoma el aporte realizado por las Naciones Unidas en el año 2001, en donde se menciona que;

“El envejecimiento de masas es un fenómeno general, profundo y duradero que carece de precedentes y que inevitablemente produce la transformación de la estructura generacional presente y futura, viéndose afectado el mundo del trabajo, la economía y la demanda de servicios sociales”.

(Arlegui, 2009)

En torno a lo económico, la transformación de la estructura etaria afecta el crecimiento, la inversión, el ahorro, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, las tributaciones, y las transferencias intergeneracionales. En lo social incide en la atención a la salud, la composición de la familia, las condiciones de vida y la migración. En la esfera política interviene en los patrones de voto y representación. (Arlegui, 2009).

El aumento del número de ciudadanos mayores ha provocado diversos debates públicos, como por ejemplo, los que conciernen a la atención de la salud, inversión educativa, seguridad social, entre otros. Resulta imprescindible realizar investigaciones para poder conocer en profundidad este nuevo fenómeno y poder responder de manera eficiente a las diversas demandas que la situación actual presenta. Además, sin lugar a dudas, el incremento de personas mayores en la población condiciona un cambio en la estructura social al que los gobiernos deben dar una respuesta, ya que independientemente de si el ser humano vive más años y de ser entendido como un hecho positivo, no cabe dudas que un aumento en el porcentaje de personas mayores genera un incremento de las patologías asociadas a la edad, conjuntamente con la necesidad de apoyo de otra persona, es decir la dependencia. He aquí la importancia del abordaje y estudio de esta etapa evolutiva.

Guzman, J. (2002), expresa que existe un consenso en cuanto a la posibilidad de enfrentar los problemas del número creciente de personas mayores, menciona que depende tanto de la capacidad del Estado para aplicar y generar políticas públicas de gran cobertura, fundamentalmente en lo que concierne a

la seguridad social, salud, políticas de asistencia social, como así también de patrones de organización familiar y otros tipos de apoyos comunitarios.

Varios son los factores que influyeron y aun siguen influyendo en la modificación de la estructura etaria de la sociedad, uno de ellos y quizás el más importante, es el aumento de la esperanza de vida, por tal motivo se desarrollará a continuación.

Esperanza de vida

La esperanza de vida es el tiempo estimado que la persona vivirá y depende de varios factores como lo son: género, edad, estado de salud, etnia, ubicación geográfica y hasta incluso, nivel socioeconómico. Es importante mencionar que es imposible determinar cuántos años vivirá una persona en particular, lo que si se realiza son estimaciones partiendo de datos obtenidos de tablas de mortalidad. (Silva, 2009).

El aumento en la esperanza de vida, es un hecho que caracteriza al proceso de envejecimiento poblacional. En la primera mitad del siglo XX se visualizó este incremento como consecuencia de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, fundamentalmente en la que refiere a la maternoinfantil, atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la vida adulta. Conjuntamente, el hecho de tener acceso a una vivienda digna, servicios de saneamiento, educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos, adopción de medidas de salud pública, como lo fue la inmunización contra enfermedades infecciosas, contribuyeron de sobremanera a esta transición demográfica.

En muchos países desarrollados este proceso se inició ya hace aproximadamente 100- 150 años, en cambio, hay otros en que comenzó más tardíamente y que aún no han concluído.

De acuerdo a datos proporcionados por la ONU, la esperanza de vida mundial en 1950 era de 45,2 años para los varones y de 47,9 para las mujeres, según la misma fuente para el período 2005- 2010 la esperanza de vida de los hombres era de 64,3 años y de 68,7 para las mujeres. Durante ese mismo

período el indicador para los países desarrollados era de 72,6 para los hombres y de 79,9 para las mujeres.⁵

Cornachione Larrínaga, M. (2006), sostiene que;

“En la medida en que la expectativa de vida aumenta se plantea no sólo un cambio cuantitativo, sino que a la vez resulta también cualitativo, ya que va acompañado por cambios en la calidad de vida y en las funciones que ejercen gran parte de las personas mayores”

Medidas implementadas a nivel internacional en torno al envejecimiento

El fenómeno de crecimiento demográfico, ha suscitado el interés de los Gobiernos y diversos organismos internacionales desde finales del siglo XX, momento a partir del cual comienzan a impulsarse acuerdos a favor de una política global que garantice, de manera sustentable, la calidad de vida de la persona mayor durante el transcurso en esta etapa evolutiva.

En Viena, en 1982, se celebra la Primer Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, aquí se elabora un Plan de Acción sobre Envejecimiento, que contiene una base para la formulación de políticas y puesta en acción de diversos programas sobre este proceso. El mismo contiene 62 recomendaciones para la acción, las cuales abarcan un amplio campo, entre las cuales se encuentran la investigación, la recolección de datos, el análisis y capacitación, además, hace referencia a varias áreas temáticas: salud y nutrición, protección de los adultos mayores como consumidores, vivienda y medio ambiente, seguridad social, familia, seguridad económica, empleo y educación.

En 1991, las Naciones Unidas establecen los Principios a favor de las personas de edad, los cuales alientan a los Gobiernos a que introduzcan en los

⁵ Peláez, E & Feliz Ferrera, J. (2010). “Transición Demográfica y Arreglos Residenciales de los Adultos Mayores en República Dominicana y Argentina”. Papeles de publicación (en línea). Enero-marzo, 16 (63), 85-115. Disponible en:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/MATERIAL%202010/RAM2011/RepDominicana/transicion%20demografica%20y%20arreglos%20residenciales%20de%20los%20AM%20en%20la%20R%20Dominicana.pdf>

programas nacionales estos principios. Estos últimos se dividen en cuatro áreas. La primera: “independencia”, aquí se establece que las personas de edad deben tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario, atención de la salud adecuado, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias, de la comunidad y su propia autoeficacia. Además deberán tener la oportunidad de trabajar o tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos. Deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales. Deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades. También deberán poder vivir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

La segunda área hace alusión a la “participación”, aquí se sostiene que las personas de edad deben permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes. Deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades. También deben poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad.

La tercer área, hace referencia a los “cuidados”, las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados, de la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad. Deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental, y emocional, como así también prevenir o retrasar la aparición de enfermedades. Deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional, que les proporcione rehabilitación, protección, estímulo social y mental en un entorno humano y seguro. Deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado. También deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinde cuidados o tratamiento con

pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades, intimidad, así como su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida.

La cuarta área corresponde a la “auto-realización”, las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y además podrán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, y recreativos de la sociedad.

La quinta área es la “dignidad”, aquí se establece que las personas de edad deben poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos y mentales, además recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente.⁶

La proclamación sobre el envejecimiento fue aprobada en 1992 con objeto del décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en una conferencia internacional sobre el mismo, en donde se establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción Internacional y se proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad, aquí se formula el concepto de “sociedad para todas las edades”, el cual estaba compuesto por cuatro dimensiones: desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; la situación de las personas de edad. Consecuentemente esto contribuyó a promover la toma de conciencia acerca de esos problemas, como así también la investigación y puesta en acción de diversas políticas.⁷

En el año 2002, se realiza la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en esta oportunidad en la ciudad de Madrid, con el objetivo de hacer una revisión general de los resultados obtenidos desde la realización de la Primera Asamblea y consecuentemente elaborar una propuesta que aborde las realidades socioculturales, económicas y demográficas del siglo XXI

⁶ Naciones Unidas (2001). “Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad”. Consultado en agosto de 2011. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>

⁷ Observatorio de Política Social y Derechos Humanos. (2011). “Marco Jurídico Internacional y Nacional-Adultos Mayores”. Consultado noviembre de 2011. Disponible en: http://www.observatoriopolicasocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=156:adultos-mayores&Itemid=221

haciéndose hincapié en las necesidades y perspectivas de los países en desarrollo. El resultado obtenido en este encuentro fue la elaboración del Plan de Acción Internacional de Madrid 2002 (MIPAA) el cual incluye recomendaciones en tres áreas principales: las personas de edad y el desarrollo- el fenómeno de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable. La finalidad de este Plan consiste en garantizar que en todas partes de la población puedan envejecer con seguridad y dignidad y además puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. (Arlegui, M. 2009).

En el año 2003, en la ciudad de Santiago de Chile se realiza la Primer Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, aquí se establecen diversos puntos, el primero hace alusión a que el proceso de envejecimiento en América Latina y El Caribe se produce a un ritmo más acelerado que en los países desarrollados. En segundo lugar, se establece que este ocurre en un contexto de alta incidencia de la pobreza, creciente informalidad laboral, escaso desarrollo institucional, baja cobertura de la seguridad social. Menciona además que en este fenómeno existen inequidades de género, etnia, raza, que indudablemente repercuten en la calidad de vida de la persona mayor y de su inclusión en la sociedad. Generalmente estos grupos tienen una inserción deficiente en el mercado laboral, lo que implica menor salario y mayor precariedad contractual. Además se considera que las mujeres como consecuencia de las interrupciones en la participación económica a efectos de la maternidad y a su mayor longevidad se encuentran en una situación más desventajosa frente a los sistemas de seguridad social. Por eso la finalidad de esta conferencia tiene que ver con la equidad de género, etnia y raza como una condición fundamental de las políticas e implica la eliminación de todas las formas de discriminación.⁸

⁸ CEPAL y Naciones Unidas (2004). "Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento". Consultado octubre de 2011. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estrategia_regional_america_latina_y_el_caribe_del_plan_de_madrid.pdf

Envejecimiento activo

El proceso de envejecimiento se da de diversas formas las cuales no se encuentran ni prefijadas ni determinadas, cabe mencionar, que las variables genéticas sí ejercen gran influencia, pero más allá de eso juega un papel muy importante el ser humano como sujeto responsable de sus acciones y comportamientos a lo largo de toda su vida, esto influirá en que el envejecimiento sea más o menos satisfactorio y libre de dependencia.

Es importante tener en cuenta la concepción que existe acerca del envejecimiento, generalmente se considera a la persona mayor como frágil, vulnerable, beneficiario, por lo tanto, es preciso realizar un cambio en la conceptualización que se tiene del mismo, para reconocerlos como ciudadanos activos, que siguen contribuyendo al crecimiento económico, que producen y consumen bienes y servicios, que realizan aportes a la familia y a la sociedad, personas con derechos y responsabilidades.

Del modo en que se interprete esta etapa evolutiva serán las modalidades de atención de los adultos mayores, la organización de los servicios, distribución de los recursos. A consecuencia de esto surge el concepto de *envejecimiento activo, productivo y saludable*. Este término fue presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) como ampliatorio de “Envejecimiento Saludable”. El envejecimiento activo valoriza no sólo aspectos sanitarios sino también factores sociales, educativos, laborales, que afectan al envejecimiento de los individuos y las poblaciones. El mismo está siendo defendido y promovido por diversos organismos internacionales entre ellos el Banco Iberoamericano de Desarrollo, el cual lo denomina “Envejecimiento Exitoso”, Help Age International habla de envejecimiento con derechos.⁹

El concepto utilizado por la OMS, envejecimiento activo es entendido como:

⁹ Gascón, S y Lombardi, M (2005). “Salud de los mayores”. En Borell Bentz, R, *Municipios Saludables. Portafolio educativo*. Primera Edición. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Consultado septiembre de 2011. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/Portfolio/Introduccion.pdf>

“El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

(Gascón, S y Lombardi, M, 2005)

El término “activo” hace alusión a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, sino que aquellas personas mayores que se retiran del trabajo, las que están enfermas, las que tienen algún tipo de discapacidad también siguen contribuyendo activamente con sus familias, comunidad, nación.

Desde esta perspectiva el envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen.

El concepto de salud, hace referencia al bienestar físico, psíquico y social expresado por la OMS en la definición de salud. Por ende, desde este marco, aquellas políticas y programas que promueven las relaciones entre salud mental y social son tan importantes como aquellas que mejoran las condiciones de salud física. (OMS, 2002)

El Envejecimiento activo tiene sus bases en los Principios de las Naciones Unidas (independencia, dignidad, participación, asistencia, y realización de sus propios deseos) y de los derechos humanos de las personas mayores.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad implementan, promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores. Sin lugar a dudas estas medidas deben estar centradas en los derechos, necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores incluyendo además la perspectiva del ciclo vital, mediante la cual se considera que las experiencias pasadas influyen en la manera de envejecer de los sujetos.

Es importante resaltar que existen una serie de influencias o determinantes del Envejecimiento Activo, tener conocimiento de los mismos ayuda a diseñar políticas y programas que funcionen eficazmente. Entre ellos se encuentran:

determinantes transversales (cultura y género). Aquí se considera que la cultura que rodea a las personas y poblaciones determina la forma de envejecer, porque influye sobre los demás determinantes del envejecimiento. Los valores, tradiciones culturales afectan en gran medida en la forma en que una sociedad dada considera a la persona mayor y al proceso de envejecimiento. El sexo es considerado como una “lente” mediante la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán tanto al bienestar de los hombres como de las mujeres.

En lo referente a los determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales, cabe mencionar que es necesario que estos tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración.

Los determinantes conductuales hacen alusión al estilo de vida saludable llevado por la persona y la participación activa en el propio cuidado. Generalmente se cree que llegada la tercera edad ya es muy tarde para adoptar un estilo de vida saludable pero esto es un error, implicarse en una actividad física adecuada, alimentación sana, no fumar, consumir alcohol y medicamentos de manera prudente, puede evitarse la discapacidad y el declive funcional, mejorar la calidad de vida y prolongar la longevidad.

Los determinantes relacionados a factores personales incluyen la biología y la genética, considerando que ejercen una gran influencia en cómo envejece una persona. También se encuentran los factores psicológicos, como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva los cuales son predictores del envejecimiento activo y de la longevidad.

Determinantes relacionados con el entorno físico, esto implica que si se tiene en cuenta la persona mayor puede establecer la diferencia entre independencia y dependencia, es decir, los ancianos que por ejemplo viven en un lugar inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir, y consecuentemente más propensos al aislamiento, depresión, suelen tener un peor estado físico y presentar problemas de movilidad.

En lo referente a los determinantes relacionados al entorno social, cobra un papel importante el apoyo social, las oportunidades para la educación, el aprendizaje a lo largo de la vida, la paz, la protección frente a la violencia y el abuso, estos factores mejoran la salud, la participación, la seguridad a medida que las personas envejecen. Por el contrario, la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo, falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada provocan un aumento de los riesgos de discapacidad y en varias ocasiones la muerte prematura de los adultos mayores.

Dentro del grupo de los determinantes económicos existen tres factores importantes, los ingresos, el trabajo y la protección social. Resulta necesario que las políticas que se implementen se entrecrucen con planes más amplios para eliminar la pobreza en todos los grupos etarios, esto influye en la posibilidad de tener una vivienda digna, atención sanitaria, acceso a alimentos nutritivos.

El envejecimiento activo se aplica tanto a personas de forma individual como a grupos con la finalidad de conseguir que cada ser realice su potencial de bienestar físico, psíquico, social a lo largo de toda su vida y pueda participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades.¹⁰

Adultos mayores en Argentina

Argentina, indudablemente es un país que se encuentra en creciente proceso de envejecimiento de su población, según Strejilevich, L. (2010);

“Es un país extenso y diverso con gran pluralismo étnico, económico- social, antropológico, cultural y con fragmentación y desarticulación histórica en materia de políticas socio-sanitarias para los adultos mayores, y para la problemática, ya presente, del envejecimiento. “

(Strejilevich,2010 p1)

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2002). “El Envejecimiento Activo: un Marco Político”. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 37 (2): 74-105. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Agrega:

“La evolución socio-demográfica del envejecimiento en Argentina se plantea no sólo en términos numéricos del aumento de la población añosa sino también en términos de la precarización, pauperización, marginación y exclusión social de la mayoría de nuestros mayores”

(Strejilevich, 2010 p2)

El autor, manifiesta la existencia de diversas dificultades entre ellas menciona: la ausencia de políticas de estado socio-sanitarias para los adultos mayores, ausencia de articulación entre políticas, organizaciones e instituciones, falta de debate permanente sobre la problemática de la vejez, entre otras.

Ante esta situación plantea que:

“Será necesario revisar y adaptar la política social de seguridad económica, empleo, salud, jubilación, etc. y la filosofía social con referencia a la inserción de los mayores en la sociedad... Los adultos mayores no deberían constituir una categoría al margen de la sociedad sino que deben formar parte de ella.”

(Strejilevich, 2010 p 4)

Datos provisionales del Censo 2010

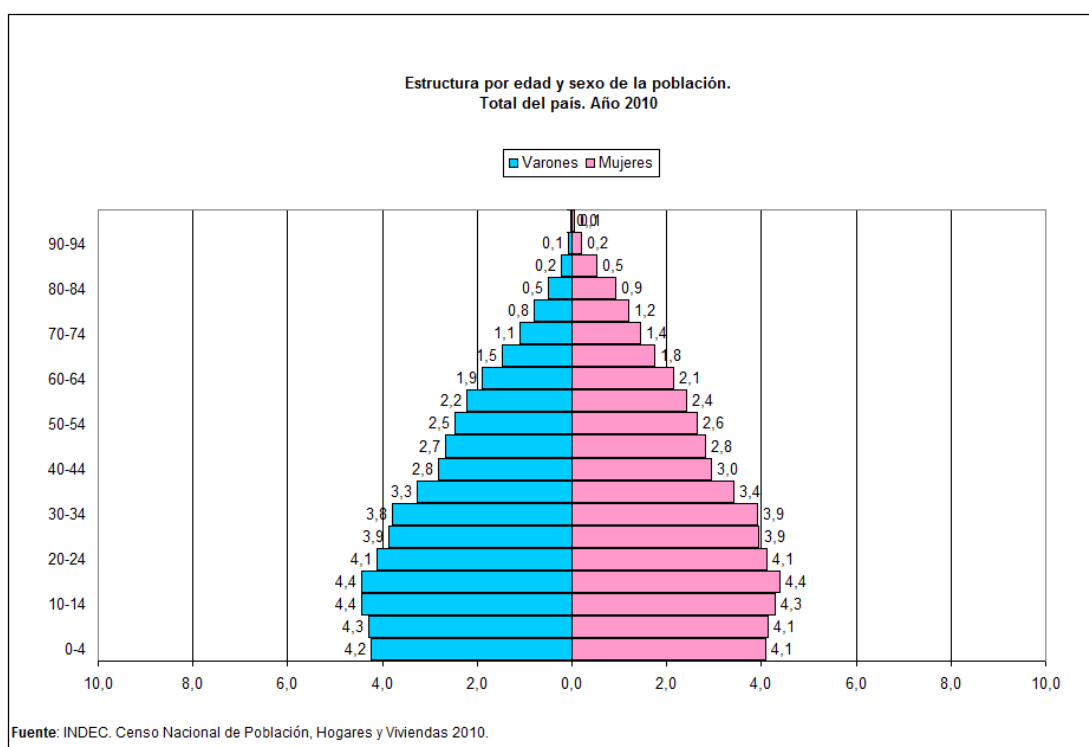
Los datos provisionales del Censo Nacional de Poblaciones, Hogares y Viviendas 2010, dan un total de 40.091.359 habitantes en todo el país, lo cual representa un aumento de la población en un 10, 6% con respecto al último censo realizado en el año 2001.

En lo referente a los cambios en la estructura de la población, los datos extraídos del Censo del año 2010 evidencian un angostamiento en la base de la pirámide, ensanchamiento de la cúspide, rejuvenecimiento en la composición, mayor proporción de migrantes de ambos sexos para el grupo de 20 a 29 años y leve aumento de la población migrante de niños y adolescentes.

11

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (INDEC), (2010). “Censo 2010. Datos provisorios. Somos 40.091.3592”. Disponible en:

Vargas, M. (2011), basándose en los datos provisionales del censo 2010, expresa que nuestro país no llegó a alcanzar la tasa de reposición poblacional del 2,1%, esto trae aparejado, un aumento en el envejecimiento de la población. Explica, que este porcentaje del 2,1 % es el que consideran los demógrafos el mínimo que debe alcanzar un país para poder reemplazar las defunciones por nacimientos. Según el autor, esta situación trae aparejadas grandes complicaciones, ya que comienza a resultar inviable cualquier sistema previsional porque el porcentaje de personas en situación pasiva comienza a ser mayor que el de sujetos activos laboralmente y se hace prácticamente imposible que este último grupo pueda sostener al resto.



Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/Piramides/total.htm>

Salud y Adultos Mayores

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2008) se entiende por estado de salud de la persona mayor;

http://www.censo2010.indec.gov.ar/novedades/novedades_detalle.asp?id=20973

“La resultante de las interacciones multidimensionales entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida cotidiana, la integración social, el apoyo familiar, y la independencia económica”

Es importante mencionar que existe una interrelación entre la salud y la calidad de vida en la vejez; las mejoras en la atención de la salud, las acciones preventivas conllevan a una reducción en la proporción de personas que a una edad determinada viven en situación de dependencia y/o discapacidad. Por lo tanto, resulta imprescindible readecuar los servicios de salud para atender a las necesidades de una creciente población adulta mayor y además, de existir una constancia en las intervenciones sanitarias en la edad media, conjuntamente con una mejora en los hábitos de vida de la población, se estará contribuyendo a mejorar la esperanza de vida libre de dependencia.

Un aspecto de suma importancia, tiene que ver con que la salud de los adultos mayores no depende única y exclusivamente de factores médicos y de la capacidad de resolución del sistema sanitario sino que se encuentra influenciada por diversos factores socioeconómicos y ambientales como lo pueden ser el desempleo, el ingreso, la educación, los estilos de vida, los determinantes del medio ambiente, entre otros.

El aumento de la expectativa de vida ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud lo cual hace que sea necesario incrementar la cobertura y calidad de los servicios que actualmente se prestan.¹²

Argentina, cuenta con un sistema de salud público y universal al que todo ciudadano puede acceder. De acuerdo a los datos extraídos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2005, el 84% de los adultos mayores de 65 años son afiliados de algún sistema de atención de la salud. Se estima que este número va creciendo a medida que es mayor la edad.

¹² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2008). “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales. Seguridad Económica, Salud, Atención a la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los Países del Cono Sur. Apuntes para un Diagnóstico”. Consultado julio de 2011. Disponible en:

http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf

La mejora en la esperanza de vida se debe a una disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente en niños. Esto se acompaña de la modernización agrícola, lo cual ha permitido un aumento en la disponibilidad de alimentos, consecuentemente una mejora en la nutrición, cambios en los criterios higiene del agua, la leche y otros alimentos, el adecuado tratamiento de residuos y desechos cloacales, avances médicos referentes a enfermedades infecciosas. Esta situación ha provocado un mayor énfasis de las enfermedades crónicas no trasmisibles como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes, trastornos como la obesidad, la hipertensión.¹³

En lo referente al sistema de salud en Argentina, cabe mencionar que este es de tipo mixto, ya que resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares, el público, el de la seguridad social es decir las obras sociales y el privado. Resulta evidente la fragmentación y falta de integración existente entre los distintos subsistemas. En cuanto al público se observa una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). La seguridad social, y el sector privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en lo concerniente al tipo de población que atienden, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliados y modalidad de operación.¹⁴

Es imprescindible tener en cuenta que;

“Se debe prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas de tercera edad para que mantengan una vida digna y socialmente independiente, pero para eso se debe actuar tanto en la persona sana como enferma. La

¹³ Acevedo, G, Barrl, H, Osan, C, kassis, J y Meletta, A (2011). “Atención de la Salud y Situación Sanitaria en Argentina”. Manual de Medicina Preventiva y Social II. Consultado octubre de 2011. Disponible en: <http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20Unidad%201%20Atencion%20de%20la%20salud..pdf>

¹⁴ Acevedo,G, Chuit, R, Martinez, H, Barri, H, Cerutti, B, Lopez de Neira, M, Aguirre, C, Mitchell, M, Glastein, N, y Juarez, A . (2011). “Sistema de Salud”. Manual de Medicina Preventiva y Social II. Consultado octubre de 2011. Disponible en: [http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20Unidad%202%20Sistemas%20de%20Salud%20\(Final\).pdf](http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20Unidad%202%20Sistemas%20de%20Salud%20(Final).pdf)

independencia social será posible a partir de la independencia económica y de una política de seguridad social al servicio de los ancianos”.

(Muñoz, et.al 2004 p63)

Seguridad Económica de los Adultos Mayores.

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2008) se define a la seguridad económica de la siguiente manera:

“La capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para poder asegurar una buena calidad de vida en la vejez”.

La misma permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades, lo que brinda más calidad a los años e independencia para la adopción de decisiones, mejora su autoestima al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

Cabe mencionar que la seguridad económica es un derecho fundamental reconocido por los instrumentos internacionales de derechos humanos y eje central de un envejecimiento con dignidad y seguridad. Además disponer de bienes económicos y no económicos constituye un elemento clave en la calidad de vida de la vejez.

Los adultos mayores tienen como principal fuente de ingreso la jubilación o la pensión por este motivo es preciso conocer algunas de las medidas implementadas las cuales se presentan a continuación.¹⁵

- Programa de Inclusión Previsional: la puesta en vigencia de la Ley 25.994 artículo 6, decreto del 1454/05 que caducaron el 30 de abril de 2007, permitió que personas en edad jubilatoria, en el caso de las mujeres a los 60 años y en el de los hombres a los 65, que carecían de

¹⁵ Administración Nacional de la Seguridad Social (2011). “Programa de Inclusión Previsional”. Consultado agosto de 2011. Disponible en: <http://www.anses.gov.ar/jubilados/inclusion/alcances.php>

años de aportes formales pudieran acceder a una prestación de servicios previsionales.

- En diciembre del 2008 entró en vigencia la Ley 26.425 que crea el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Este es el único sistema jubilatorio que rige en nuestro país después de la eliminación de las AFJP.¹⁶
- Ley de Movilidad Jubilatoria: este proyecto del Poder Ejecutivo fue aprobado por el Congreso de la Nación en 2008. Se establece que las jubilaciones aumentarán dos veces al año, en marzo y en septiembre de forma automática. De acuerdo a datos recabados de la página oficial del ANSES, el porcentaje del aumento se calcula en base a la evolución de los trabajadores y de la recaudación del ANSES.
- Subsidio de asistencia socio-sanitaria: PAMI le abona mensualmente a aquellas personas afiliadas a la obra social el subsidio de asistencia socio-sanitaria junto a sus haberes.
- Subsidios de servicios públicos: se recibe en caso de que la jubilación de la persona sea la mínima y no tenga otro beneficio previsional.
- Asignaciones familiares, hacen referencia a un monto fijo que el ANSES abona a aquellos jubilados y pensionados que tienen cargas de familia.

Investigaciones llevadas a cabo en torno a la etapa evolutiva de la vejez y estado cognitivo de adultos mayores.

Se han realizado diversas investigaciones en lo que respecta a la etapa evolutiva de la vejez y sus problemáticas, como por ejemplo;

- Cava, M. y Musitó, G. (2000), investigaron sobre el bienestar psicosocial de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en

¹⁶ Argentina (2011). "Guía de trámites. Jubilados y pensionados". Consultado agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.argentina.gov.ar/argentina/tramites/index.dhtml?frame1=3&tema=9&subtema=142&tramite=1160&ea=2#a1>

Valencia. El objetivo de este trabajo fue comparar la disponibilidad de recursos y la mayor o menor presencia de factores estresores en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. En la investigación participaron 74 adultos mayores, 34 institucionalizados y 40 no institucionalizados.

Los instrumentos que se administraron para la consecución del objetivo fueron: Cuestionario de hábitos y conductas saludables- Cuestionario de autoestima- Cuestionario de estrés percibido- Cuestionario de ánimo depresivo- Cuestionario de apoyo social formal e informal- Cuestionario de participación e integración comunitaria- Cuestionario de Eventos vitales no deseables.

Los resultados de este estudio fueron agrupados en tres áreas; físico, psicológico y social. Dentro de la primera, no se encuentran diferencias significativas entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En la segunda área pueden visualizarse diferencias, los ancianos no institucionalizados tienen mayor autoestima familiar en cambio los ancianos institucionalizados tienen una mayor autoestima social. En la tercera, los adultos mayores institucionalizados perciben más apoyo de las instituciones formales que aquellos que viven fuera de ellas, ya que estos últimos, probablemente acudan a sus familiares en busca de ayuda antes que instituciones de tipo formal.

- Marín, M., Troyano, Y., y Vallejo, A. (2001), realizaron una investigación acerca de la percepción social de la vejez, cuyo objetivo fue analizar la percepción existente en un grupo de sujetos de la Provincia de Sevilla sobre la vejez, diferenciado en función del grupo de edad al que pertenecían ya que consideraban que la percepción que se tiene acerca de esta etapa evolutiva no es estática, sino que se va modificando en función de la edad. Estos autores también examinaron la influencia que ejercen sobre la percepción social de la vejez factores tales como género, nivel de escolaridad, lugar de residencia.

La muestra estuvo constituida por 340 personas, entre las edades de 10 y 85 años, los cuales se dividieron en cuatro categorías: adolescentes: 10- 17 años, primera edad adulta: 26-34, segunda edad adulta: 35-64 y

adultos mayores: 65 en adelante. Del total, 183 personas residían en la capital y 157 en el resto de la provincia. En lo referente al nivel de estudio alcanzado éste variaba entre universitarios, estudios medios, estudios primarios o sin estudios.

Para recabar los datos se creó un cuestionario que permitiera cumplir con los objetivos planteados, el mismo tenía dos variables, la primera, socio-demográfica y la segunda la percepción social. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la limitación física más atribuida a los adultos mayores incluye problemas circulatorios, respiratorios, digestivos, etc. (45,3%), luego siguen los problemas de movilidad, un 31,7% por enfermedades del sistema osteomuscular, 13,6 % disminución de la fuerza y 9,4% sexual.

Existen diferencias en cuanto al género, las mujeres perciben como mayor limitación los “achaques” incluidos los problemas cardiovasculares, respiratorios, etc. y los problemas de movilidad; los hombres la pérdida de fuerza y problemas sexuales.

En cuanto a las limitaciones psicosociales, 47,2% considera que la principal es el deterioro cognitivo, 46.9% dependencia de otras personas y 5.9% no poder trabajar.

Adolescentes y jóvenes consideran el deterioro cognitivo como la principal limitación, jóvenes y primera edad adulta, depender de los demás y la segunda edad adulta el no poder trabajar.

En lo que respecta a las ventajas, se encuentran la experiencia en primer lugar con 53.7%, luego el poder alcanzar mayor tranquilidad, 20.7%, tener una vida ya realizada 15.1%, mayor capacidad de comprensión 7.7% y por último, ninguna ventaja 2.8%.

Adolescentes y mayores consideran que la principal ventaja es alcanzar mayor tranquilidad, para los jóvenes, tener una vida realizada; para la primera edad adulta, la experiencia; para la segunda edad adulta, la mayor capacidad de comprensión.

En lo que concierne al nivel de estudios alcanzados, aquellas personas que no han estudiado perciben como principal ventaja alcanzar mayor

tranquilidad y los que tienen estudios realizados, tener una vida ya realizada.

Estos autores agregan un ítem que hace alusión a si el carácter mejora o empeora con la edad, un 48% considera que mejora mientras que un 52% considera que empeora.

Adolescentes y primera edad adulta consideran que el carácter mejora con la edad, de modo contrario al resto de las edades. En cuanto al género, para los hombres el carácter mejora no así para las mujeres.

- Pac, P., De Vega, P., Formiga, F., y Macaro, J. (2006), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue evaluar los motivos de ingreso a cuatro residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja). Participaron en este estudio 237 personas que fueron evaluadas. El 58 % estaba constituido por mujeres, y el 42% por hombres. La edad media fue de 79,9 años.

Los datos se obtuvieron mediante el análisis de las historias clínicas de los residentes además de analizarse el género, la edad y el estado civil.

Se evaluaron los motivos de ingreso dividiéndolos en: tipo social- tipo psíquico cognitivo- tipo somático.

El total de sujetos se los separó en grupos de acuerdo a la edad, un 40% se encuentra en el intervalo de edad comprendido entre los 76 y los 85 años. Un 28,2 % en el intervalo de 66- 75 años. Se observa en este estudio que el mayor número de ingresos se realiza entre los 66 y los 85 años, con un mínimo porcentaje (0.42%) hallado en el grupo de edad extremas, es decir, los que tienen más de 96 años.

En la relación existente entre los grupos de edad y género, se evidencia un predominio significativo (60.6%) de varones que ingresan antes de los 75 años y de las mujeres (62.2%) a partir de los 75 años.

En cuanto al estado civil en el momento de ingreso se destacó que el 41% eran solteros, el 32% viudos, el 22% casados, el 5% separados. En comparación con el género, no existían diferencias en el grupo de los casados, un predominio de varones en el grupo de solteros y separados, y en el grupo de personas viudas se observó un predominio de mujeres.

En lo que respecta a los motivos de ingreso se evidencia como primer causa los motivos sociales, en 117 casos, es decir, el 49%, en segundo lugar se encuentran las enfermedades psíquico- cognitivas en 95 residentes (40%) y la tercer causa es por motivos somáticos, 88 casos (37%).

- Rodríguez García, Y., Oliva Díaz, J., Gil Hernández, J., y Hernández Riera, R. (2008). Llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue conocer las características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios del policlínico “Joaquín de Agüero y Agüero” de Camagüey, Cuba.

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes de 60 y más años de los consultorios estudiados, resultando un total de 154 sujetos, a los cuales se les aplicó el Test de Hasegawa para determinar el estado mental. Existió un predominio del sexo femenino (54.5%) mientras que el masculino representó el 45.5%. El mayor porcentaje de los pacientes que conformaron la muestra estuvo comprendido entre los grupos de 60 a 69 años y 70 a 79 años con el 41.5% respectivamente.

A los individuos que formaron parte del grupo de estudio se les administró la encuesta en sus hogares y se revisaron las historias clínicas individuales y familiares.

En cuanto a los resultados se comprobó que la enfermedad crónica de mayor prevalencia fue la osteoporosis con un 65%, seguida de trastornos visuales con un 56%.

Un total de 98 adultos mayores, el 63,3%, manifestó sentirse feliz o satisfecho con su vida y el 33,2% deprimidos o tristes.

De los evaluados el 81,3% desempeñan una función activa dentro del núcleo familiar y el 18.1% resultan indiferentes.

En cuanto a las relaciones intergeneracionales e interpersonales se demostró que el 66.3% mantenían relaciones catalogadas como satisfactorias.

- Ruiz, V., Scipioni, A., y Lentini, F. (2008) realizaron una investigación, cuyo objetivo fue investigar las significaciones sociales construidas en relación a los prejuicios presentes en el imaginario social en jóvenes

universitarios -los cuales en un futuro tendrán participación activa en decisiones de políticas sociales, económicas, de prevención- y adultos mayores como sujetos de aprendizaje, que asisten al Programa de Educación Permanente.

La muestra estuvo constituida por 115 alumnos de la carrera Licenciatura en Psicología y 109 adultos mayores pertenecientes al Programa de Educación Permanente, ambos grupos de la Universidad Nacional de San Luis.

El instrumento que se utilizó fue frases incompletas, en total son once pero se analiza en profundidad la que tiene que ver directamente con el objetivo de trabajo; “La mujer/ varón vieja/o ante la posibilidad de aprender”. En base a los datos obtenidos se crearon diversas categorías, la primera hace referencia a la imposibilidad de aprender sin diferencias en relación al género, se sostiene que el adulto mayor “No puede” aprender. Los resultados obtenidos muestran que 17 alumnos de segundo año consideran que el adulto mayor no puede, alumnos de quinto solamente seis consideran esta afirmación valedera y en el caso de los adultos mayores no hay más que tres ingresantes que consideran que no pueden.

La segunda categoría inversa a la anterior, hace alusión a que siempre existe la posibilidad de aprender, 9 alumnos de segundo año se adhieren a esta postura, 35 de quinto, 22 adultos mayores ingresantes al programa y por último 24 adultos mayores con permanencia en el proyecto.

El eje de la tercer categoría es el efecto positivo que trae aparejado la posibilidad de aprendizaje, 8 alumnos de segundo se adhieren a esta postura, 9 de quinto, 38 adultos mayores ingresantes y 23 con permanencia.

La cuarta categoría hace hincapié en la resistencia frente al aprendizaje, 36 alumnos de segundo año se adhieren a esta postura, 37 de quinto, 29 adultos mayores ingresantes y 30 con permanencia.

La quinta categoría hace referencia a “le cuesta más”, 15 alumnos de segundo año se adhieren a esa postura, 16 de quinto, 11 adultos mayores ingresantes y 10 con permanencia.

En la última categoría, “si lo desea puede”, 28 alumnos de segundo año se adhieren a esta postura, 47 de quinto, 30 adultos mayores ingresantes y 32 con permanencia.

Las investigaciones halladas en relación al tema central de este Trabajo Final de Licenciatura son las siguientes:

- Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., Gonzáles, K., Mucho, K., Vázquez, R., Cardenas, C., y Soto, M. (2008) investigaron la relación existente entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa, este fue su objetivo, el de poder establecer dicha relación.

Para llevar a cabo la investigación evaluaron a 280 sujetos adultos mayores de tres distritos de la ciudad de Arequipa, 165 personas pertenecían a Paucarpata, 56 a José L. Bustamante y 59 a Yanahuara. La muestra estaba compuesta por un 68.2% de mujeres y un 31.8% de varones, con una media de edad de 67.85. Posteriormente se analizó el porcentaje de sujetos analfabetos, hallándose un 17.5%, el porcentaje de individuos con estudios primarios, un 33.9%, las personas que contaban con estudios secundarios, 23.6%, y con estudios superiores un 25.0%.

Para la evaluación se utilizó el Mini Mental State Examination de Folstein (1975). En los resultados se obtuvo una relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo, observándose puntajes más bajos en sujetos con mayor edad y que las personas con mayor nivel educativo mostraron puntajes más altos.

- Arrizaga, R., Gogorza, R., Allegri, R., Bauman, D., Morales, M., Harris, P., y Pallo, V. (2005), realizaron un estudio acerca del deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Este trabajo tuvo como objetivo mostrar los resultados del Estudio CEIBO, en el cual se realizó

un relevamiento del deterioro cognitivo en pobladores mayores de 60 años.

La muestra estuvo constituida por 1453 individuos.

Los instrumentos utilizados fueron, el Mini Mental State Examination (MMSE) en la versión adaptada a Buenos Aires, la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage (1983), cuestionario sobre factores de riesgo y un protocolo que incluía datos demográficos.

Los resultados que se obtuvieron en lo que respecta a los factores de riesgo los de mayor prevalencia fueron: hipertensión (40.6%), tabaquismo (35.1%), consumo de alcohol (32.8%), colesterol elevado (16.1%) y diabetes (12.5%).

En relación al deterioro cognitivo la prevalencia del mismo para el total de la muestra fue del 23.0%. En los sujetos entre 60 y 69 años esta prevalencia fue del 16.9%, entre 70 y 79 fue de 23.3% y en mayores de 80 se alcanzó el 42.5%.

Además cabe mencionar que se encontró correlación significativa de deterioro cognitivo con la edad, baja escolaridad, traumatismos de cráneo, hipertensión, inactividad y depresión.

En lo que respecta a los resultados obtenidos de la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, un 11.7% de la población, presenta depresión. No existe correlación de depresión con la edad, y el sexo, como así tampoco con el nivel de escolaridad, pero si existe relación entre deterioro cognitivo y depresión.

- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M., y Donolo, D. (2009), realizaron una investigación en donde su objetivo fue estudiar, desde una perspectiva neuropsicológica, cómo es la actividad de las funciones ejecutivas en el envejecimiento normal y su vinculación con los aprendizajes en una muestra de sujetos mayores de 60 años de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Se evaluaron a 100 sujetos, 73 eran mujeres, 27 hombres; 12 tenían entre 61 y 70 años, 31 entre 71 y 80, 57 entre 60 y 70. Del total de sujetos, 67 poseían menos de 12 años de escolaridad, 33 más de doce; 50 eran activos cognitivamente y 50 no activos cognitivamente.

Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos, en primer lugar el ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination) de Mathuranath, Néstor, Berrios, Rakowicz y Hodges (2000) para poder conocer la actividad de las funciones ejecutivas de los adultos mayores seleccionados. En segundo lugar se realizó una entrevista con la finalidad de profundizar en aquellas cuestiones relacionadas con las actividades de la vida diaria y las diferentes costumbres, que permitan además precisar cómo es que influyen en el funcionamiento ejecutivo.

En lo que refiere a los resultados cabe mencionar que el instrumento utilizado evalúa sólo dos de las capacidades que componen las funciones ejecutivas (fluencia verbal y habilidades viso espaciales) por lo tanto los resultados se circunscriben a estas dos habilidades.

En cuanto a la vinculación entre las funciones ejecutivas y el proceso de aprendizaje en el envejecimiento normal se pudo observar que los resultados en relación con la edad, los años de escolaridad y la actividad cognitiva mostraron cambios importantes en la variable fluencia verbal, no así en las habilidades viso espaciales, es decir, aquellos sujetos con mayor edad, con menos nivel de instrucción y con escasa actividad cognitiva tendrían dificultades para producir un habla espontáneamente fluida, probablemente por problemas en la búsqueda rápida y eficiente de conceptos. Esto podría tener que ver con la velocidad del pensamiento, del procesamiento de la información y de la categorización, estas dificultades inevitablemente inciden para que el proceso de aprendizaje se realice de forma diferente a etapas anteriores de la vida.

Se evidenció además, que los sujetos que están activos cognitivamente muestran mejor rendimiento en la prueba de fluidez verbal que aquellos que no consideran estas cuestiones en su vida diaria. En relación a las habilidades viso espaciales, el grupo que no está activo cognitivamente manifiesta un desempeño similar al grupo que sí lo está, por ende, se puede afirmar que la actividad cognitiva no es una variable que incida en estas capacidades.

Las variables que incidieron más significativamente sobre la actividad de las funciones ejecutivas fueron edad, años de escolaridad y actividad cognitiva. Con respecto a la edad, los resultados evidencian un deterioro lineal en la función de fluidez verbal a medida que avanza la edad, y en lo que refiere a las habilidades viso espaciales se observa un declive que se acentúa a partir de la octava década de vida.

Los años de escolaridad influirían notablemente en la prueba de fluidez verbal, no así en las habilidades viso espaciales. La actividad cognitiva influiría en el desempeño en fluidez verbal siendo este altamente superior en aquellos sujetos que se mantienen en permanentes desafíos intelectuales, estas mismas inferencias no se apreciarían en los ítems de las habilidades viso espaciales.

- Carradori, M., y Lujan, L. (2008) llevaron a cabo una investigación en el marco del Trabajo Final de Licenciatura de Psicopedagogía, cuyo objetivo fue comprobar a través de los resultados obtenidos en la aplicación del Mini Mental State Examination (MMSE) si el nivel cognitivo se encontraba influenciado por el entorno en que se desenvolvían los adultos mayores para el progreso y desarrollo de los procesos cognitivos.

En el estudio participaron 51 adultos mayores, cuyas edades oscilaban entre los 65 y 88 años. Del total de participantes, 17 asistían al Programa Educativo de Adultos Mayores (PEAM), 17 se encontraban institucionalizados y 17 activos laboralmente.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Mini Mental State Examination de Folstein y una entrevista semi-dirigida, administrada en forma individual con el propósito de recabar los datos socio-demográficos de los sujetos, es decir, edad, sexo, estado civil, con quién vive, estudios cursados, entre otros.

A la hora de evaluar los resultados se observa que 32 personas manifestaron valores normales, 7 deterioro dudoso y 12 deterioro cognitivo, además las autoras agregan que pudo evidenciarse un mejor desempeño en personas que tienen entre 65-70 y 77-82 años, a la inversa sucedió con las personas con edades comprendidas entre los

71-76 y 83-86 años. Llegaron a la conclusión de que los sujetos que participan de programas educativos no presentan indicadores de deterioro, sin embargo, el grupo laboral y el del asilo sí poseen grados de deterioro en mayor y menor medida. En cuanto al desempeño los resultados obtenidos correspondientes al grupo educativo y laboral son más parecidos entre sí que con el grupo del asilo. En lo referente a nivel de escolaridad alcanzado por los adultos mayores y rendimiento las autoras consideran que no existe coincidencia entre el nivel de escolaridad y las respuestas halladas.

- Contador Castil, I., Fernández Calvo, B., Ramos Campos, F., Cacho Gutiérrez, L., y Rodríguez Pérez, R. (2009) realizaron un estudio en el cual participaron 76 personas las mismas se subdividieron en tres grupos, 27 presentaban diagnóstico de enfermedad de Alzheimer temprana, 19 depresión unipolar y 30 sujetos constituían el grupo de control, siendo estos sanos, sin ningún tipo de patología.

Se utilizó el test de aprendizaje visoespacial TAVE (Malec, Ivnik e Hinkeldey 1991) con el objetivo de comparar la tasa de olvido de información no verbal, recuerdo de posición, y reconocimiento de dibujos abstractos entre los distintos grupos.

Las personas que padecían enfermedad de Alzheimer lograron desempeños más bajos en memoria no verbal en comparación al grupo de control y del que sufre depresión unipolar (D). En lo referente al recuerdo de posición no hubo diferencias en Enfermos de Alzheimer (EA) y depresión unipolar. El grupo de EA no mostro olvidos mayores en lo concerniente a recuerdo de posición o reconocimiento de dibujos con relación al grupo de control y al de depresión.

- De la Barrera, M., y Donolo, D. (2009). Realizaron un trabajo de investigación denominado “Diagnostico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE)”, cuyo objetivo fue conocer el porcentaje de adultos mayores que manifiestan cierta predisposición a padecer demencia Fronto-temporal (DFT) o demencia tipo Alzheimer (DTA) por el valor obtenido en el coeficiente VLOM (estas siglas hacen referencia a: fluidez verbal+

lenguaje/ orientación + recuerdo diferido en ingles) y si estos valores pueden variar según el género, edad, años de escolaridad y antecedentes de enfermedad.

El estudio fue descriptivo de tipo interrelacional o asociativo.

El instrumento que se utilizó fue el ACE, el cual se administró a 649 adultos mayores de la ciudad de Río Cuarto y región.

En lo que respecta a los resultados, hombres y mujeres manifestaron medias algo diferentes para el coeficiente VLOM, ACE y MMSE, pero no eran significativas por tal motivo los autores sostienen que pertenecer a uno u otro género no incide en tener una mayor o menor probabilidad de padecer DTA o DFT, como así tampoco lograr desempeños altos, medios/altos, medios/bajos o bajos en el ACE o padecer algún tipo de deterioro según el MMSE.

En lo concerniente a la edad, si aparecieron diferencias importantes entre los sujetos que pertenecían al grupo de 40-55 y 65- 80 años en los desempeños del ACE y MMSE, no siendo significativas estas diferencias en el coeficiente VLOM. Más específicamente en lo que respecta al MMSE, el grupo de adultos más jóvenes presenta mayor cantidad de participantes en la franja de normalidad, menos con deterioro cognitivo y franco deterioro. En cuanto al ACE, el grupo de sujetos adultos más jóvenes concentra mayor número de sujetos en el desempeño alto del instrumento, disminuyendo la concentración de individuos en los desempeños medio/alto, medio/bajo, y bajo. Ocurre lo contrario con el grupo de adultos mayores, observándose una mayor concentración de personas con desempeños bajos, medio/bajo, medio/ alto y alto.

En lo referente al coeficiente VLOM, tanto el grupo de adultos jóvenes como el de adultos mayores presentan la mayoría de los sujetos valores de normalidad, distribuyéndose el resto en la posibilidad de DFT o DTA. Se presentan casi la misma cantidad de sujetos en los dos grupos de edad en DFT pero el grupo de adultos mayores evidencia casi el doble que de adultos más jóvenes en DTA.

Con respecto a los años de escolaridad se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos en el MMSE y el ACE no así en

el coeficiente VL0M. El grupo con más de doce años de escolaridad muestra en el MMSE valores normales en casi su totalidad, el de menos de doce años, la mayoría obtiene valores normales pero existe gran cantidad de sujetos que presentan DCL y varios franco deterioro. En lo concerniente al ACE las personas con menos de doce años de escolaridad obtienen un desempeño bajo, medio/bajo, en cambio, los de más de doce, alto y medio/alto. En el coeficiente VL0M, los de menos de doce años muestran el mayor número en los desempeños de normalidad, siguiendo un número marcado en DFT y DTA. El grupo de sujetos con más de doce años de escolaridad concentra mayor cantidad de sujetos dentro de los valores normales.

Considerando el hecho de manifestar o no antecedentes de enfermedad ya sea física o psíquica, se evidenciaron diferencias de medias significativas para los tres grupos. En el caso del MMSE, no se manifiesta ninguna tendencia, sólo que ambos grupos concentran el mayor número en lo que son desempeños de normalidad en el instrumento y una cantidad de sujetos similar tanto para DCL como para franco deterioro.

En el ACE, aquellos sujetos que manifestaron no tener ningún antecedente de enfermedad se distribuyen de forma pareja en las diversas categorías, sucediendo lo contrario en el caso de existir antecedentes ya que aquí predominan desempeños bajos.

En el coeficiente VL0M, ambos grupos muestran la mayoría de los sujetos en los valores o desempeños normales, siguiendo el número de sujetos en DFT y DTA, respectivamente. La diferencia radica en que aquel grupo que dice no tener antecedentes de enfermedad muestra un número mayor de sujetos en DFT mientras que los que manifiestan sí tener antecedentes se encuentran en la categoría de DTA.

- Donoso, A., Venegas, P., Villaroel, C., y Vásquez, C. (2001), realizaron un estudio, en el cual investigaron el Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia tipo Alzheimer en adultos mayores. El objetivo de este trabajo fue mostrar los resultados del seguimiento clínico de 36 sujetos de 60 a 84 años que consultaron por fallas de memoria y tenían un Minimental,

Test de Folstein, de entre 25-30 puntos. Los adultos mayores fueron seguidos a lo largo de seis a siete meses.

Pudo evidenciarse que 15 evolucionaron a una probable Demencia tipo Alzheimer, 11, mejoraron clínicamente con tratamiento farmacológico y apoyo y por último, en 10 sujetos, el cuadro Clínico se mantuvo estable.

- Fernández Ballesteros, R., Tárraga Mestre, L., y Zamarrón Cassinello, M. (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo era investigar los potenciales cambios en la plasticidad cognitiva tras realizar tratamientos de estimulación cognitiva en enfermos de Alzheimer en una fase leve. Participaron 26 personas, 17 asistían al programa, y 9 fueron asignados al grupo de control. Todas fueron evaluadas antes y después del programa de psicoestimulación, mediante tres subtest de la Batería de Evaluación del potencial de aprendizaje (BEPAD), y el Mini Mental State Examination. Los sujetos tratados aumentaron su rendimiento en todas las pruebas del BEPAD mientras que los del grupo de control redujeron sus desempeños, por lo tanto, los autores de este estudio llegaron a la conclusión que el entrenamiento cognitivo puede incrementar la plasticidad cerebral en pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve en tareas de memoria visuo espacial, audio- verbal, fluencia verbal y que los pacientes que no son tratados declinan en lo que refiere a la plasticidad cognitiva.
- Garamendi Araujo, F., Delgado Ruiz, A., y Amaya Alemán, A. (2010), realizaron una investigación cuyo objetivo fue demostrar que el programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva mejora el deterioro cognitivo en adultos mayores. Se estudiaron un total de 68 adultos mayores con deterioro cognitivo, con un rango de edad de 60 a 84 años, una media de 71.9 años, la distribución por sexo fue de 51 mujeres y 17 hombres.

El estudio fue de tipo observacional, analítico de cohorte, prospectivo y longitudinal realizado en Unidades de Medicina Familiar del IMSS en Monterrey, durante los meses de febrero a noviembre de 2009.

Al inicio se valoró el estado cognitivo de los sujetos con la prueba de Mini- Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) y el Neuropsi. (Evaluación

Neuropsicológica Breve en Español). Luego se aplicó el programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva durante 20 sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Al término de las sesiones se administró nuevamente el MEC y el Neuropsi, realizándose una comparación de las evaluaciones iniciales y finales.

Los resultados evidencian un porcentaje de mejoría en la prueba de MEC de 15.2% y en el Neuropsi un 16.33%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$ al comparar los datos iniciales y finales. Por lo tanto, los autores llegaron a la conclusión que el deterioro cognitivo mejora con la aplicación del programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva en adultos mayores.

- Gonzales Delgado, R., Zapata Muñoz, J., Pérez Sánchez, J., Hormigo Pozo, A., Guerrero Zamorano, R., y Baca Osorio, A. (2001) Llevaron a cabo un estudio acerca del déficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica en Málaga, (España). En este trabajo, el objetivo fue conocer el estado cognitivo de los pacientes ingresados en una residencia geriátrica en relación a los factores de salud y nivel educacional.

El estudio llevado a cabo fue observacional descriptivo. Los pacientes no debían estar diagnosticados de déficit cognitivo previo, ni estar tomando medicación para la patología referida, y además no debían estar inmovilizados. El instrumento que se utilizó fue el Minimental State Examination corregido por Lobo (1986). Además se estableció una hoja de registro que constaba edad, sexo, estudios, percepción de salud, número de procesos crónicos reflejados en la historia clínica y de ingresos hospitalarios realizados a lo largo del año 1999.

En el estudio participaron 21 personas de un total de 27, porque no todas cumplían con los criterios de inclusión. La edad media era de 78.6 años, con una dispersión entre 64 y 93 años. Del total de sujetos 14 eran mujeres y 7 hombres. En cuanto a los estudios alcanzados 9 eran analfabetos, 8 habían cursado el primario aunque estuvieran incompletos, 4 habían comenzado los estudios de bachillerato y sólo uno lo había concluido y ninguno había asistido a la universidad. En lo que

respecta a la percepción del estado de salud, uno se encontraba muy mal, tres percibían un estado malo, 9 un estado regular, 8 manifestaban encontrarse bien y ninguno muy bien. El número de procesos crónicos varía entre dos y cuatro, con una media de 2.7 por residente. Los ingresos hospitalarios fueron dos en 1999.

Los autores concluyen diciendo que se aprecia una clara relación entre el nivel de escolaridad y la obtención de puntuación menor en el test Minimental. Según los autores esto corrobora lo que aparecen en otros estudios; que el nivel educacional está claramente relacionado con el estado cognitivo en la tercera edad independientemente del estado de salud.

No se observa relación entre el número de procesos crónicos con un mayor deterioro cognitivo como así tampoco una percepción menor del estado de salud.

- Hernández Ramos, E., y Cansino, S., (2011), realizaron un estudio denominado “Envejecimiento y memoria de trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información” cuyo objetivo radica en comparar en adultos jóvenes y adultos mayores la memoria de trabajo visual y espacial. Participaron 42 sujetos, 21 adultos jóvenes y 21 adultos mayores. Se llevaron a cabo dos experimentos, en uno se evaluaba la memoria visual y verbal y en el otro se realizaban tareas visuales y espaciales utilizándose la tarea n-back para evaluar la memoria de trabajo visual, espacial y verbal. En lo que refiere a los resultados, los adultos mayores tuvieron un rendimiento más reducido que los adultos jóvenes en lo que respecta a las tareas visuales y espaciales de alta complejidad, agregan además que los adultos mayores fueron menos eficaces que los jóvenes en lo que concierne a las tareas verbales de alta complejidad.
- Limón Ramírez, E., Argimon Pallás, J., Vila Domenech, J., Abos Pueyo, T., Cabezas Peña, C., y Vinyoles Bargalló, E. (2003) llevaron a cabo una investigación acerca de la detección del deterioro cognitivo en la población mayor de 64 años, en Barcelona, (España). El objetivo de este trabajo consistió en estudiar la prevalencia de positivos a un test de

detección de deterioro cognitivo (DC) en la población de <64 años de Cataluña y sus factores determinantes.

El estudio fue de tipo transversal multicéntrico, la muestra fue de 5.300 individuos, no institucionalizados.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE) y en caso de existir analfabetismo se administró el Set Test de Issacs.

En total se suministró el test a 4.467 personas, de las cuales se diagnosticaron como posibles casos de deterioro cognitivo a 399, es decir, el 72,3% mediante el MMSE. El porcentaje de positivos se situó en 7,8% en varones y 9,5% en mujeres. Estos autores además observaron que el riesgo de posible deterioro cognitivo aumenta con la edad, llegando a ser cuatro veces superior en el grupo de 80 años o más, en relación con el de 60 a 64 años. Expresan también que aquellas personas que declaran tener estudios universitarios presentan un menor riesgo que aquellos que tienen estudios primarios solamente o nulos.

- Llanero Luque, M., Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., Fernández Blázquez, M., y Ruiz Sánchez de León, J. (2010), realizaron una investigación, cuyos objetivos eran los siguientes: 1- estudiar si la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve produce una mejora en el rendimiento cognitivo. 2- estudiar qué variables y test son más sensibles para detectar dichos cambios. 3- estudiar las variables que pueden estar relacionadas con la mejoría para intentar establecer alguna variable predictora de la misma.

Para llevar a cabo este proyecto se seleccionaron 38 pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve. Se les realizó una evaluación antes de las sesiones de estimulación cognitiva y una al finalizar las mismas. Con el propósito de evaluar las diferencias tras la realización del programa.

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

a) Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

b) Test de los siete minutos: se utilizaron como variables dependientes, por un lado, el percentil total del test (este se toma como variable de

criterio al ser la puntuación que mejor evalúa, en este estudio, el funcionamiento cognitivo global), y por otro, las puntuaciones directas de los distintos subtests: orientación temporal, memoria libre y total, fluidez verbal, test del reloj.

c). Subtest de lista de palabras de la Wechsler Memory Scale- III (WMS-III). Consta de una lista de doce palabras concretas sobre las que se realizan cuatro ensayos de aprendizaje, un recuerdo demorado y una lista de reconocimiento. Se tomó en cuenta como variables el aprendizaje tras cada uno de los cuatro ensayos, el aprendizaje total, es decir, la suma de los cuatro ensayos, el recuerdo demorado y la lista de reconocimiento.

d). Geriatric Depression Scale de 15 ítems de Yesavage.

e). Escalas de valoración funcional entre ellas: Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) y Functional Activities Questionnaire (FAQ).

El programa de estimulación cognitiva consistió en tres sesiones semanales de una hora y media cada una, con una duración de ocho semanas en grupos constituidos entre 10 y 12 pacientes. Luego se realizaron varias sesiones de seguimiento durante otros 2 meses y se incluyeron tareas programadas en el domicilio. Tras estas sesiones se realizó una evaluación neuropsicológica después del entrenamiento.

En cuanto a los resultados obtenidos luego de la estimulación se objetiva una tendencia a la mejoría en todas las puntuaciones recogidas. El análisis estadístico muestra una mejora significativa en la puntuación del MMSE, y en la puntuación percentil del Test 7 minutos así como varios de sus subtests, como memoria libre, la fluidez verbal de animales y el test del reloj. También se observa un aumento estadísticamente significativo en el recuerdo demorado de la lista de palabras de la Wechsler Memory Scale- III (WMS-III), al igual que en el aprendizaje total de los cuatro ensayos. No se objetivan cambios estadísticamente significativos en el resto de las variables de la lista de palabras de la WMS-III como así tampoco en la Geriatric Depression Scale.

Para analizar qué variables podrían ser predictoras de la mejoría se creó una nueva variable para cada uno de los valores de los test aplicados

denominada “Mejoría”, la misma se calcula como la diferencia entre el resultado posterior a la estimulación y el previo a ésta. De este modo los valores positivos de esta variable reflejan la mejoría en las pruebas y los negativos el empeoramiento. Se observa una correlación significativa entre la Mejoría en el percentil de la puntuación del Test 7 minutos, en fluidez verbal con las puntuaciones antes de la estimulación de la lista de palabras de la WMS-III, tanto en el segundo, tercer y cuarto ensayo y en el total de aprendizaje. No se evidencia una correlación con las variables edad o años de escolaridad, como así tampoco en los diferentes grupos sociodemográficos.

Luego se realiza un análisis más concreto con la variable criterio “percentil del 7M”. Según esta variable, se establecen dos grupos, uno los que NO han mejorado, cuyas puntuaciones de Mejoría son 0 o negativas y el otro, los que SI han mejorado, (las puntuaciones de Mejoría son positivas). Tras la realización de las pruebas “t” entre ambos grupos se observó una tendencia a una mejoría superior en aquellos que presentaban puntuaciones más altas antes de la intervención. Sin embargo, sólo se observaron diferencias significativas con el aprendizaje de la lista de palabras de la WMS-III, específicamente en el segundo, tercer, cuarto ensayo y el aprendizaje total.

- Mias, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A., y Krawchick, R. (2007) llevaron a cabo una investigación acerca del deterioro Cognitivo Leve. En este trabajo el objetivo fue explorar la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve y los factores socio-demográficos relacionados en las personas mayores de 50 años de la ciudad de Córdoba (Argentina). El estudio fue transeccional de tipo descriptivo y exploratorio. Participaron 418 personas entre las edades de 50 y 87 años, con un promedio de edad de 64.24 años. Este grupo de sujetos asistía de forma voluntaria a los servicios de neuropsicología y respondió a la convocatoria de una “Campaña de evaluación y prevención del deterioro cognitivo y la demencia” de tres meses de duración, realizada en la ciudad de Córdoba entre los años 2004 y 2005.

Los instrumentos que se utilizaron se dividen en tres categorías, la primera, valoración neuropsicológica, la segunda, valoración conductual y la tercera, valoración complementaria. Dentro del primer grupo se administraron: Test Minimental del Folstein, Test de Stroop de Golden, Sub-test de ordenamiento número- letra del test de inteligencia de Wechsler, para adultos, tercera edición. (WAIS III)- Sub-test de memoria verbal de Ostrosky- Solís, Roselli y Ardila- Figura compleja de Rey- Sub-test de dígitos- símbolos, WAIS III- Sub-test de completar figuras, WAIS III- Test de denominación de Boston- Test de Fluidez semántica- Test de fluidez verbal fonológica.

En la valoración conductual se administró: Escala de actividades básicas de Katz- Escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody- Symptom checklist SCL90 R.

Por último, en la valoración complementaria se realiza una entrevista semi-estructurada con el interesado y con algún familiar el cual pueda informar al entrevistador acerca del consumo de medicamentos, antecedentes familiares, hábitos de la vida diaria, quejas de memoria.

En lo que concierne a los resultados obtenidos, los autores encontraron que la mayoría (75.6%, n=316) tuvo un rendimiento normal tanto neuropsicológico como conductual. En el límite de lo normal se halló un porcentaje menor (8.6% n=36). Se detectó un 9.1% (n=38) con deterioro cognitivo leve tipo amnésico y un 4.5% (n=19) con deterioro cognitivo leve de tipo multi-dominio, es decir, 13.6% de personas presentaban una mayor probabilidad de desarrollar demencia en los próximos años.

- Mejía Arango, S., Miguel Jaimes, A., Villa, A., Ruiz Arregui, L., y Gutiérrez Robledo, L. (2007). Llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era reportar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor y su relación con factores sociodemográficos y de salud en la población mexicana.

Para la selección de la muestra se analizó el archivo de cognición de las bases del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Se seleccionaron aquellos sujetos que fueran mayores de 65 años, que hubieran completado la evaluación cognoscitiva, que no

tuvieran un déficit sensorial que impidiera la realización de la prueba, que hubieran reportado el número de años de estudio. La muestra quedó conformada por 4182 sujetos.

Se construyeron dos variables dependientes: presencia /ausencia de deterioro cognoscitivo y presencia/ ausencia de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. Para la clasificación del deterioro se tomó como referencia la variable que contenía la puntuación total en la prueba cognoscitiva aplicada en el estudio (versión reducida del Examen Cognoscitivo Transcultural).

Para la clasificación de los sujetos con alteración funcional se tomaron las variables que registraban la necesidad de ayuda para realizar algunas de las siguientes actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): manejar dinero, hacer compras solo, preparar la comida, administrar sus medicamentos. Se seleccionaron todos aquellos sujetos que por lo menos requerían ayuda en una AIVD.

Para el análisis se compararon los siguientes grupos: a) sin alteración cognoscitiva y sin alteración funcional b) con alteración cognoscitiva c) con alteración cognoscitiva más alteración funcional.

Los resultados obtenidos evidencian que del total de la población analizada, el 7% tuvo deterioro cognoscitivo, y el 3.3 % tuvo deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. No se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y de salud y la probabilidad de deterioro cognoscitivo, sin embargo, la probabilidad de deterioro más dependencia funcional fue mayor en las mujeres, aumentó con la edad, fue menor en sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión.

- Rodríguez Rodríguez, N., Juncos Rabadán, O., y Facal Mayo, D. (2008), hicieron una investigación en donde su objetivo fue estudiar las diferencias entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo leve, en la ejecución de varias pruebas cognitivas.

La muestra estuvo compuesta por 25 sujetos mayores de 50 años, 5 varones y 20 mujeres. Se formaron dos grupos, uno el de control y el otro, Deterioro Cognitivo Leve. Para la asignación de los sujetos a cada

grupo se aplicó el criterio de Petersen para el diagnóstico del DCL a la puntuación obtenida en el Mini Mental State Examination (MMSE)

El estudio fue de tipo longitudinal, duró dos años, con evaluaciones cada 12 meses. Se aplicaron dos pruebas, Cambridge Cognitive Assessment-Revised (CAMCOG-R) y test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC).

En los resultados obtenidos se evidencian diferencias significativas entre los dos grupos (DCL y control) en lo que concierne a las áreas de orientación, lenguaje, memoria, pensamiento abstracto, función ejecutiva y puntuación total en el CAMCOG y en el TAVEC presentaron diferencias en las variables sobre recuerdo inmediato, recuerdo libre y recuerdo con claves a corto y largo plazo. Además se observó que no existieron diferencias significativas entre la primera y segunda evaluación.

- Varela, L., Helver Chávez, J., Gálvez, M., y Méndez, F. (2004), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, como así también la asociación con otros síndromes y problemas geriátricos.

La muestra estuvo constituida por 312 sujetos de 60 años o más, a quienes se le administró el Cuestionario de Pfeiffer. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo y se compararon estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos.

En lo referente a los resultados obtenidos cabe mencionar que se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%, además se evidenció una asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad (a mayor edad, mayor frecuencia de deterioro cognitivo y más severidad del mismo), grado de instrucción (en el caso de la persona analfabeta), situación económica. En lo que respecta a los síndromes y problemas geriátricos se encontró asociación significativa entre la presencia de deterioro cognitivo y la frecuencia de confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional.

La presencia de insomnio y privación visual no presentó asociación significativa.

- Viera, N., Rodríguez, M., Molina Iglesias, M., Yanez Fernández, B., y Gonzales Zaldiva, A. (2003), llevaron a cabo una investigación en La Habana, Cuba, con el objetivo de determinar la frecuencia de aparición del deterioro cognitivo y realizar una caracterización clínica de estos enfermos. Para la consecución del objetivo se realizó un estudio descriptivo- prospectivo en el cual se administró el Mini Mental State Examination de Folstein a 286 personas mayores de 65 años.

Del total de sujetos 27 (9,4%) tuvieron deterioro cognitivo comprobado con la evaluación neuropsicológica y 259 (90,6%) no evidenciaron afectaciones de las funciones cognitivas.

En lo que refiere a los grupos etarios de los sujetos que participaron en este estudio, y que presentan afectación de la función cognitiva, el mayor porcentaje (33,3%) correspondió a los pacientes de edad comprendida entre los 85-89 años seguido por el grupo 80- 84 (25,9%)

En cuanto al género, los pacientes con deterioro cognitivo 19 eran mujeres (70,3%) y 8 (29,7%) varones, lo que evidencia un predominio de personas del sexo femenino en este grupo de estudio.

Se analizó también la escolaridad de los participantes, se identificaron 18 personas (66,6%) con nivel de escolaridad primaria y 9 (33,4%) con un nivel de escolaridad superior.

Además evaluaron algunos factores de riesgo de deterioro cognitivo, el primer lugar lo ocupa el hábito de fumar y en segundo, la hipertensión arterial.

Los autores encontraron que de acuerdo a los resultados arrojados por el Mini Mental State de Folstein, en el 100% de los casos hubo afectación de la memoria inmediata.

En cuanto al grado de severidad, según la puntuación aportada por la escala de Hughes, se evidenciaron 17 casos de severidad leve, 5 de severidad moderada, y otros 5 con máxima severidad del daño de las funciones corticales superiores.

En el caso de los pacientes con disminución de las funciones cognitivas el grado de incapacidad funcional, de acuerdo a los resultados de la escala de Crichton, se corresponden con el grado de severidad del deterioro cognitivo, 17 sujetos con una incapacidad ligera lo que constituye el 63,0% de los casos, 5 (18,5%) con una incapacidad moderada e igual valor para la incapacidad severa.

La información desarrollada hasta el momento resulta imprescindible para conocer el contexto en el cual está inmerso el ser humano, en este caso específico el adulto mayor, ya que no puede comprenderse ni estudiarse esta etapa evolutiva sin tenerlo en cuenta. Indudablemente el ser humano está en constante interacción con el medio y se modifican mutuamente.

Es notorio que la persona mayor no es la misma que hace varias décadas atrás, hoy por hoy el contexto es otro y conjuntamente la concepción de vejez, también ha variado con el transcurrir de los años.

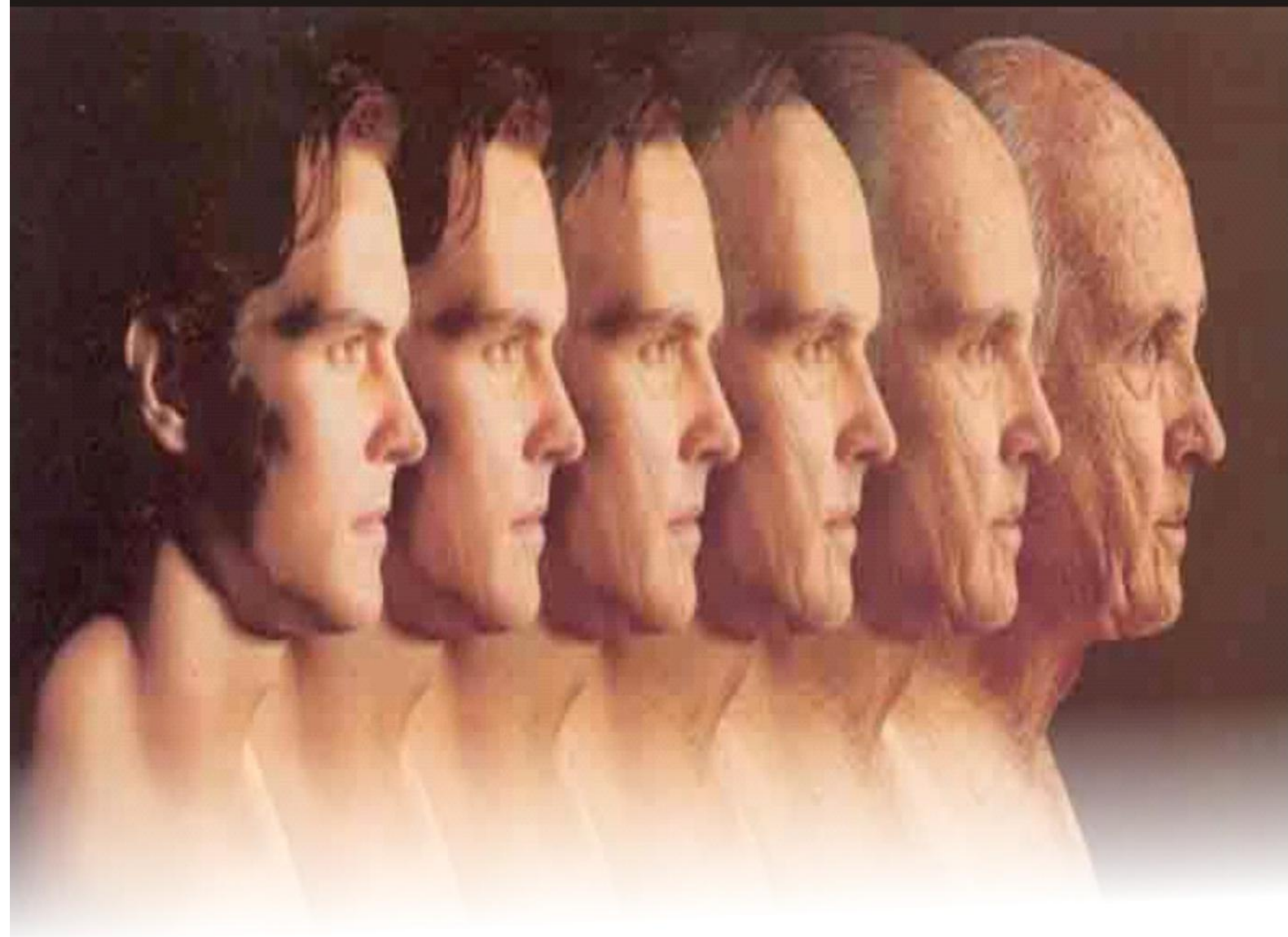
El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad pero también uno de los mayores desafíos; este fenómeno, impone mayores exigencias económicas, sociales en todos los países. (Organización Mundial de la Salud, 2002).

De este modo, para que el envejecimiento sea un logro y no un problema en la sociedad será necesario tomar medidas urgentes, por eso es preciso seguir las recomendaciones efectuadas por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid para que sea posible envejecer con seguridad y dignidad. Las personas de edad deben ser partícipes plenos en el proceso de desarrollo. (Gascón, S y Lombardi, M, 2005).

Además en este apartado se comentan algunas investigaciones llevadas a cabo por diversos profesionales, con el objetivo de conocer cuánto se ha investigado acerca de la temática que se abordará en este Trabajo Final de Licenciatura, es decir, el estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Posteriormente estos datos se retomarán a la hora de realizar el análisis de los datos correspondientes, permitiendo corroborar, comparar, refutar hipótesis previas surgidas ante el conocimiento de estas investigaciones.

CAPITULO I

La Vejez como Etapa Evolutiva



Capítulo I

La vejez como etapa evolutiva.

Caracterización de la etapa.

El desarrollo del ser humano abarca la totalidad de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. El enfoque del ciclo vital comprende todos y cada uno de los procesos de cambio que tienen lugar a lo largo de la vida. Cabe mencionar que estos procesos no siguen necesariamente patrones predefinidos ni fijos, es decir, progreso en la infancia y declive en la vejez.

Desde esta perspectiva diversos factores estarían implicados en el desarrollo del ser humano, entre ellos la edad cronológica, la influencia del entorno histórico social, la historia, esta última hace referencia a que no se puede considerar de igual manera la vejez de hace cien años a la actual, esto se debe a la gran cantidad de cambios y sucesos históricos culturales que han tenido lugar. Por último cabe mencionar las experiencias vitales particulares, esto hace alusión a factores biológicos o sociales que afectan a personas concretas y no a la generalidad, en un momento preciso de su vida, sin seguir patrones ni secuencias fijas.¹⁷

Fernández Ballesteros, R. (2004), manifiesta que las etapas del ciclo vital varían de unos autores a otros pero los expertos coinciden en considerar la evolución del comportamiento humano de acuerdo a cuatro períodos esenciales: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez, cada uno de estos cuenta con características diferenciales tanto en el funcionamiento físico, psicológico y social de las personas.

La vejez, según Amaya, L y Falcone, V (2005), es considerada la última etapa de la vida; ésta sucede a la niñez, adolescencia, juventud y adultez, es

¹⁷ Triado Tur, C (2001). "Cambio Evolutivo, Contextos e Intervención Psicoeducativa en la Vejez". *Revista Contextos educativos*. 119-133. Disponible en:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD057.pdf>

importante destacar que sus inicios han cambiado a lo largo del tiempo en función de la prolongación de los años de vida, pero de forma convencional se sigue considerando el inicio de esta etapa los 60-65 años.

Aunque tiende a identificarse la vejez con la edad cronológica lo cierto es que esta etapa no debe ser entendida sin tener en cuenta un conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales por las que atraviesan todos los seres humanos.

Es notable que los viejos que tenían sesenta años a mediados del siglo pasado ya no son tan viejos hoy, esto se debe, en gran parte a los avances tecnológicos y científicos que permiten a las personas envejecer a edades cada vez más avanzadas y a la disminución de la tasa de natalidad, lo que conlleva a que la población adulta mayor se vaya incrementando. Esto inevitablemente promovió el interés de diversos profesionales para dar respuestas a las variadas problemáticas que aquejan a los adultos mayores, como así también el estudio de esta etapa evolutiva.

Amaya, L y Falcone, V (2005), consideran que la vejez debe ser entendida como un proceso caracterizado por la diversidad, esto se debe a diversos factores como por ejemplo, la herencia genética, el status socioeconómico, el estado de salud, la edad, las influencias sociales, la ocupación laboral desempeñada, la personalidad, por ende es necesario entender, que la vejez ya no puede ser considerada una etapa evolutiva homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o una situación similar en términos de jubilación. (Cornachione Larrínaga, M. (2006)

Para Zolotow, M. (2002), es más adecuado hablar de “vejeces” y no de vejez, quien además agrega, que ésta última es un fenómeno universal, ya que todos los seres humanos envejecemos, y a su vez, un fenómeno individual ya que la forma de envejecer es particular.

Amaya y Falcone. (2005), entienden esta etapa evolutiva como;



“Un proceso en el que intervienen múltiples dimensiones del ser humano, atravesado por las influencias del contexto socio-histórico-cultural en el que se insertan los mismos como sujetos sociales”.

Agregan;

“La heterogeneidad y diversidad son las principales características del proceso de envejecimiento, ya que el intercambio dialéctico entre individuo y sociedad tiene resultados muy diferentes para cada sujeto en particular, lo cual conlleva a experiencias cada vez más diversas acerca de la vejez como etapa evolutiva”

Neugarten, B (1999), distingue dos grandes grupos, por un lado los viejos jóvenes y por el otro los viejos- viejos. Dentro del primer grupo se incluye a todas aquellas personas ya jubiladas que se han retirado del mercado laboral con buena salud y en condiciones físicas favorables para llevar una vida activa. Generalmente son personas que cuentan con ingresos, educación y tiempo libre. En lo que respecta al segundo grupo, se incluyen aquellas personas que consideran que requiere de “cuidados especiales”, a causa del deterioro mental o físico o la pérdida en sus sistemas de ayuda social ordinaria por ende requieren de numerosos servicios sanitarios y sociales de apoyo.

Habitualmente los prejuicios y mitos acerca de la vejez giran en torno a esta última concepción y se generaliza a todas las personas de edad sin tener en cuenta la diversidad del proceso de envejecimiento.

Cornachione Larrínaga, M. (2006), considera que la vejez debe ser entendida como un proceso diferencial y no como un estado; se trata de cambios graduales en los que intervienen diversas variables con diferentes efectos o mejor dicho que dará como resultado una serie de características muy diferentes entre las personas de la misma edad cronológica.

La etapa evolutiva de la vejez puede ser entendida desde varios tipos de edades, la primera *la edad cronológica*, esto implica la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento, es la edad en años. Tiene gran importancia debido a que marca hechos trascendentales en la vida de una persona como por ejemplo lo puede ser la jubilación.

La edad biológica, hace referencia a los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, en los tejidos, en los órganos y

sistemas. *La edad psicológica*, define la vejez en relación a los cambios cognitivos y de personalidad que se dan a lo largo del ciclo vital. Cabe mencionar que el crecimiento psicológico no cesa en ningún momento, esto incluye la capacidad de aprendizaje, la creatividad, el crecimiento personal. Además se refiere a la capacidad adaptativa, es decir, la capacidad de adaptarse a las demandas del ambiente cambiante.

La edad social, suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a los cuales pertenece y la utilidad social. Esta concepción varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos, que oscilan entre los extremos del continuo “viejo- sabio”, “viejo- inútil”. Además se encuentra muy relacionado con los hábitos sociales y roles del individuo.

Llegar a definirse como “viejo” o anciano implica un proceso de asimilación de los cambios en la organización de las condiciones de vida de la persona que prepara en cierta forma su ingreso a la vejez. La negación de este hecho indudablemente supone un obstáculo severo en la integración de los cambios que inevitablemente acontecen, estos a su vez, son potenciados por mensajes y modelos de comportamiento que realzan el valor de lo “joven”, tratando de retrasar y ocultar las pérdidas con medidas de “anti envejecimiento”, sin duda alguna, estos mensajes acentúan la peor de las concepciones sobre la ancianidad, entenderla como un período negativo y desdeñable viéndose afectada la adquisición de habilidades y actitudes necesarias para una adaptación exitosa.¹⁸

De acuerdo al contexto socio histórico en el cual la persona está inmersa se construirá una imagen y un rol de las personas adultas mayores, las cuales van a ser valoradas de distintas maneras.

Hoy por hoy en la sociedad postmoderna, el paradigma vigente resulta ser el de la juventud sana, fuerte y productiva, adquiere gran importancia la capacidad de producir o acumular riqueza material, de este modo, se asocia a la vejez con signos negativos como son la enfermedad, la incapacidad, improductividad, falta de autonomía, de participación social, son personas

¹⁸ Matellanes, B, Diaz, U y Montero, J (2010). *“El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención psicosocial”*. Publicaciones de la Universidad de Deusto. España.

generalmente descalificadas como sujetos de acción, se las relega a una relación de subordinación y pasividad. A consecuencia, se evidencia todo tipo de conductas y prácticas discriminatorias como por ejemplo, el aislamiento del seno familiar, la falta de respeto en la vía pública, la institucionalización, el maltrato, la falta de contacto, de disponibilidad, incluyendo también la ausencia de políticas públicas.

Tamer, N (2008), considera que a medida que los sujetos y las poblaciones envejecen las sociedades se ven afectadas por las características y ritmos del envejecer, ya que cada cultura, cada época, cada tiempo histórico tiene sus propios patrones de envejecimiento y por ende, configuran modelos de envejecer y vejez.

En la actualidad el mundo envejece con profundas consecuencias tanto para cada uno de los aspectos de la vida individual y comunitaria, como nacional, e internacional. Esta transformación demográfica a escala mundial tiene repercusiones que se proyectan a su vez a todas las dimensiones de la existencia humana, social, económica, política, cultural, psicológica, espiritual.

Es preciso mencionar dos acontecimientos de amplia repercusión en el discurso declaratorio de un modelo de envejecimiento con calidad de vida, sin dependencia física, psíquica, social, y con autonomía personal y esperanza de vida sin discapacidad. El primero de ellos hace referencia al Año Internacional de las Personas Mayores (1999), en donde se instaló el concepto de una “sociedad para todas las edades” implicando cuatro aspectos entre ellos: desarrollo individual durante toda la vida- relaciones multigeneracionales- la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo- la situación de la persona de edad. De este modo se promovió la conciencia de la situación, como así también la necesidad de impulsar la investigación interdisciplinar y la puesta en acción de diversas políticas gerontológicas en todo el mundo.

El segundo acontecimiento, hace alusión al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) cuyo objetivo implicaba “garantizar que en todas partes la población pudiera envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos”. Desde esta perspectiva se

planteaba que el envejecimiento con calidad de vida no fuera una opción sólo para los países desarrollados sino que lo fuera también para aquellos en vías de desarrollo.¹⁹

La configuración social del envejecimiento ha ido cambiando con el paso del tiempo, pero no deja de ejercer gran presión sobre la forma en que se vive la etapa. Según Pérez Ortiz (1997), la edad se convierte en la gran variable estratificadora u ordenadora que permite indicar un momento de inicio a partir del cual el sistema social impone pautas de conducta y comportamiento “creando” de este modo la vejez. Ambos aspectos interactúan, por ende este autor sostiene que “la edad existe en una determinada sociedad y la sociedad se articula en función de las edades”. De aquí extraemos la conclusión de que la vejez es una construcción social, la cual se encuentra parcialmente determinada por factores biológicos o psicológicos.²⁰

Ahora bien, cómo fue cambiando la concepción de vejez a lo largo del tiempo...

Las sociedades chinas, concebían a la persona mayor un lugar de privilegio, era considerado un fin supremo el hecho de llegar a vivir muchos años.

En las culturas Incas y aztecas, atender a los adultos mayores era una responsabilidad pública, se respetaba a los ancianos y éste se asociaba a la experiencia y conocimiento que ellos poseían.

En la antigua Grecia, se idealizaba la belleza, la fuerza y la juventud, de este modo, las personas mayores tenían un lugar subalterno, para estas culturas la vejez y la muerte estaban entre los males de la vida.

En el mundo de los romanos y hebreos, el adulto mayor era concebido como el jefe absoluto, ejercía derechos sobre todos los miembros de la familia con una autoridad sin límites.

En el siglo VI comienza a asociarse la vejez con el cese de actividades dando origen a la concepción moderna de aislamiento del anciano a través del retiro.

¹⁹ Tamer, N. (2008). “La Perspectiva de la Longevidad: un Tema para re- pensar y Actuar”. *Revista Argentina de Sociología*. 6 (10):91-110. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/269/26961007.pdf>

²⁰ Arlegui, M. (2009). “Capacidades y Necesidades frente al Envejecimiento. Situación de los Adultos Mayores de Argentina en los Aglomerados Urbanos. (2004- 2006). Tesis de Maestría de Diseño y Gestión de políticas sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires. Disponible en: http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2612/1/Tesis_Maria_Alejandra_Arlegui.pdf

En el renacimiento persistía la idea de decrepitud y el carácter melancólico de la ancianidad.

En la edad media regia la ley del más fuerte y el más débil, los ancianos eran sometidos e integrados a la población de esclavos y servidumbre.

En las sociedades primitivas el adulto mayor ocupaba un lugar primordial donde la longevidad se vinculaba a la sabiduría y experiencia, llegar a edades cada vez más avanzadas era más bien visto como una bendición que como una carga.

Los siglos XVI y XVII, se caracterizaron por el auge del pensamiento científico, se incluye una nueva forma de razonamiento, la que podría descubrir las causas de la vejez mediante el estudio de los campos de la anatomía, fisiología, patología, entre otras, pero sin embargo, la visión sobre esta etapa continuaba siendo negativa.

En los siglos XVIII y XIX, se manifiesta un cambio, aumenta el número de personas adultas mayores y los adelantos científicos permitirían que se reemplacen los mitos existentes por el conocimiento científico de las enfermedades neurodegenerativas.

En lo que respecta a los siglos XX y XXI, la concepción acerca del adulto mayor no ha variado sustancialmente, por el contrario, sigue siendo tratado como un sujeto de cuidados y marginado aunque de un modo más sutil.²¹

El envejecimiento es un fenómeno de la población como así también de la persona. El primer aspecto hace referencia al éxito de la humanidad, esto se debe a que representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en higiene, nutrición, tecnología médica, conquistas sociales.

En el sentido de un fenómeno de la persona, el envejecimiento requiere del estudio biopsicosocial, por lo tanto el envejecimiento no puede describirse, predecirse o explicarse sin tener en cuenta los tres aspectos fundamentales del mismo, el biológico, psicológico y social.²²

²¹ Amico, L. (2009). "Envejecer en el Siglo XXI. No Siempre Querer es Poder. Hacia la Deconstrucción de Mitos y la Superación de Estereotipos en Torno a los Adultos Mayores en sociedad". Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Septiembre. Número 55.

²² Colegio Oficial de Psicólogos. (2002). "Psicología, Psicólogos y Envejecimiento: Contribución de la Psicología y los Psicólogos al Estudio e Intervención sobre el Envejecimiento". Revista Española de

A continuación se desarrollaran diversas teorías sobre el envejecimiento y posteriormente se abordaran los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento.

Teorías del Envejecimiento

El ser humano al igual que el resto de los seres vivos, nace, se desarrolla, se reproduce y muere, después del período reproductivo comienza un proceso de involución y deterioro progresivo de las funciones tanto físicas como mentales. Es importante tener en cuenta que no todos los seres humanos envejecen al mismo tiempo como así tampoco lo hacen de la misma forma, cada caso es único ya que los factores genéticos interactúan con los ambientales dando como resultado una amplia diversidad en lo que refiere a los modos y tiempos de envejecer.

El envejecimiento es un proceso que se caracteriza por ser universal; es propio de los seres vivos, todos los seres humanos envejecen, es irreversible; no puede detenerse ni revertirse, es heterogéneo e individual; la velocidad de declinación funcional varía enormemente de un sujeto a otro y de un organismo a otro y deletéreo; implica una progresiva pérdida de la función e intrínseco, no se debe a factores ambientales modificables. (Huaman Ochoa, J. (2010).

Según Marín, J (2003), el envejecimiento es definido como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Es importante resaltar que estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta por el simple hecho de alcanzar una edad determinada, es decir, los 65 años, o cambiar de situación laboral o administrativa (persona jubilada o pensionada).

El envejecimiento es un proceso universal que indudablemente afecta a todos los seres vivos y a su vez presenta una gran variabilidad individual ya que no todos envejecemos al mismo tiempo ni de la misma forma.

Existen diferentes teorías mediante las cuales se intentó dar una explicación al fenómeno del envejecimiento pero cabe mencionar que debido a la naturaleza multicausal de este proceso es improbable que una única teoría pueda dar una explicación del mismo.

En el año 1990 Medvedec hizo una recopilación de cuántas teorías científicas se habían publicado para explicar cómo se produce el envejecimiento, en ese momento encontró más de 300 por tal motivo llegó a la conclusión de que existirían tantas teorías como gerontólogos en el mundo.

Toussaint, en 1993, las clasificó en dos grandes grupos, por un lado las estocásticas y por el otro las no estocásticas o deterministas. En el primer grupo se hace referencia a la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición a factores exógenos adversos, esta acumulación se iría dando de un modo aleatorio. Dentro de este grupo se tiene en cuenta el papel importante del genoma y los factores ambientales. El segundo grupo, hace alusión a aquellas teorías que consideran que el envejecimiento está programado genéticamente. Esta clasificación es una de las más conocidas.

A continuación se desarrollaran las diversas teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento desde una perspectiva bio-psico-social.²³ Son cuatro las categorías:

1. **Teorías basadas en la evolución:** encontramos aquí, acumulación de mutaciones, soma eliminable y antagonismo pleiotrópico.
2. **Teorías moleculares:** regulación genética- restricción de codones- error catástrofe- mutaciones somáticas- desdiferenciación- entrecruzamientos moleculares.
3. **Teorías celulares:** acortamiento de telómeros- acción de radicales libres- apoptosis/necrosis.
4. **Teorías sistémicas:** Teoría neuroendocrina- Teoría inmune- restricción calórica.

²³ Damasco Crespo, S, Velasco, P, Gonzales- Carreró Lopez, M y Fernandez Viadero, C. (2011) "Biogerontología 2011". Materiales de clase, capítulo 1: "El Envejecimiento: Definiciones y Teorías". Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-1.-el-envejecimiento-definiciones-y>

El primer grupo, es decir las **Teorías basadas en la evolución** consideran el envejecimiento como una respuesta adaptativa y programada genéticamente, la función que le correspondería al envejecimiento y posterior muerte sería limitar el número de individuos de una especie y de este modo evitar la sobrepoblación. Con el correr del tiempo esto se ha ido redefiniendo llegando a la conclusión de que el envejecimiento es el resultado del declinar en la fuerza de la selección natural que permite a las especies envejecer al tener un ciclo vital más largo. Desde este punto de vista se tienen en cuenta tres teorías, la primera es la que hace referencia a **la acumulación de mutaciones**, la misma fue propuesta por Medawar en 1985, quien considera que con el envejecimiento se van expresando genes que generalmente son silentes en otras etapas de la vida, esto implica que con el paso del tiempo se vayan acumulando sus productos, los cuales generalmente son disfuncionales y determinan la alteración de diversos sistemas orgánicos conduciendo al envejecimiento.

La segunda teoría dentro de este grupo hace alusión a **la eliminación del soma**. La misma fue propuesta por Kirkwood en 1984, quien expresa que a lo largo de la vida, las moléculas de las células están expuestas a numerosas alteraciones tanto internas como puede ser el metabolismo como externas, ejemplo, la radiación, traumas, entre otras. Estas alteraciones deben ser reparadas, las células del ser humano cuentan con estos sistemas específicos de reparación pero resultan energéticamente costosos de mantener. Esta teoría predice que las especies que tienen numerosa descendencia envejecen más rápido por la acumulación de daños somáticos y consecuentemente evolucionan a un ciclo vital más corto. Desde esta perspectiva se considera que el organismo prefiere utilizar sus limitados recursos más bien en la reproducción y proliferación de la descendencia antes que en la reparación de los daños celulares.

La última teoría dentro de este grupo es la denominada **Antagonismo Pleiotrópico**, la misma fue formulada por Williams en 1957, quien sostiene que un gen determinado, mediante la proteína que codifica no solo puede participar en una vía o ruta metabólica sino que también puede participar de forma secundaria en otras, por lo tanto el gen que posee un efecto principal es

denominado “fenotipo primario” y en el de ser secundario, “pleiotrópismo”. Consecuentemente un gen que ha sido seleccionado evolutivamente por ofrecer ciertas ventajas en la etapa de la infancia o etapas tempranas del ciclo vital, al actuar en etapas posteriores o durante más tiempo comenzaría a producir efectos delétereos es decir antagonismos pleiotropicos.

El segundo grupo de teorías hace alusión a las moleculares, acá se incluyen aquellas que consideran que la longevidad de las especies está regulada o gobernada por genes que interactúan con los factores ambientales. Del equilibrio resultado de esta interacción dependerá la capacidad de una especie para incrementar su longevidad por encima del período de reproducción. La primer teoría que desarrollaré es la de regulación génica, desde esta perspectiva el envejecimiento estaría dado por la expresión de algún (os) gen (es) tras alcanzarse el final de la madurez en la reproducción. Von Hann en 1966 manifiesta que el envejecimiento es el resultado de cambios en la expresión genética.

La Teoría de restricción de codones, fue propuesta por Strehleren 1971, quien manifestó que la fidelidad de traducción del mensaje contenido en el ARN mensajero se encuentra alterada en el envejecimiento, esto hace referencia a que la información genética contenida en el ADN debe ser transcrita a una copia de ARN mensajero (ARNm) el cual lleva el mensaje para la síntesis de una proteína concreta. El mensaje en el ARNm, es traducido por los ribosomas del citoplasma para que la proteína sea sintetizada, este mensaje viene codificado por los codones. Al encontrarse alterada la fidelidad de este proceso de traducción, las proteínas que se sintetizan no son funcionalmente activas o actúan incorrectamente, por ende se altera la funcionalidad de la célula y en última instancia su destrucción.

La Teoría de error- catástrofe fue propuesta por Orgel en 1963 y reformulada por él mismo en 1970. Los postulados hacen alusión a que con la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas (transcripción y traslación) y que como consecuencia se producen proteínas anormales. Estas proteínas malfuncionantes son eliminadas por la natural renovación de las mismas y son sustituidas por otras que no contienen errores. En caso de que alguna de estas proteínas anormales pase a formar parte de la maquinaria que sintetiza

proteínas causaría más errores en la próxima generación y así sucesivamente lo que conllevaría a una pérdida “catastrófica” de la homeostasis celular lo que conduce inevitablemente a la muerte celular ya que este estado es incompatible con el mantenimiento de la vida funcional normal.

La Teoría de mutación somática, fue propuesta por Curtis en 1963, quien expresa que el envejecimiento esta ocasionado por daños al azar en el ADN, con el paso del tiempo estos daños se van acumulando hasta que llegan a un umbral en donde inevitablemente las funciones celulares se alteran. Desde este punto de vista adquiere un papel importante la exposición a radiaciones como causante de mutaciones.

La Teoría de desdiferenciación, hace alusión a la acumulación de alteraciones en el genoma que afecta la homeostasis celular desencadenando una serie de reacciones dañinas que conducen a la muerte. Cutler en 1982, denominó a este proceso “desdiferenciación”.

La Teoría del entrecruzamiento, denominada también Teoría de los enlaces cruzados o de las uniones cruzadas: fue formulada por Bjorksten en 1958, luego Cerami en 1987 y por último Brownlee, M. en 1991. Quienes propusieron que el envejecimiento es consecuencia de la formación de enlaces covalentes entre moléculas vecinas ya sean intracelulares o extracelulares. Estos puentes moleculares impiden la normal actividad de las mismas dando como resultado, rigidez estructural, falta de adaptabilidad, y finalmente pérdida de la función.

El tercer agrupamiento de teorías es el denominado **Teorías celulares** aquí se hace hincapié en la acción de determinados procesos sobre la funcionalidad celular, específicamente aquellos que están destinados a mantener su capacidad proliferativa y defensa ante la acción de las moléculas generadas por la vía aerobia de obtención de energía.

Teoría de acortamiento de los telómeros, Harley observó en 1990 que la longitud de los telómeros descendía progresivamente en las células somáticas que se dividen en el organismo. A medida que la célula se divide los telómeros se acortan. Desde esta perspectiva se llega a la conclusión que las células somáticas normales tienen una capacidad finita de reproducción. Este autor ha sugerido que llegado un acortamiento límite en la longitud del telómeros la célula es eliminada como mecanismo de protección del genoma.

La teoría de los radicales libres; Denham Harman propone esta teoría en 1956 la cual hace referencia a que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, la enfermedad y con su proceso intrínseco. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se dan principalmente en los lípidos, ya que estos son los más susceptibles

Los radicales libres se forman durante el proceso oxidativo del metabolismo normal, reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de células vitales y finalmente, a consecuencia se produce el envejecimiento y posterior muerte.

Los seres humanos vivimos en una atmósfera oxigenada y por ende oxidante. El oxígeno promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria, es sabido que la utilización y manejo del oxígeno no es perfecto, a consecuencia se producen radicales libres, entre los cuales se encuentra el radical superóxido.

Cabe mencionar que los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas, se cree que esto podría provocar alteraciones en los cromosomas y en ciertas moléculas como por ejemplo el colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. Es importante destacar que los radicales libres están implicados en enfermedades degenerativas como arterioesclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, otras.

De acuerdo a la evidencia existente si se logra disminuir la generación de radicales libres o neutralizar su daño se lograría disminuir este tipo de enfermedades.

Herman, D intentó mediante la formulación de esta teoría dar explicación a varios aspectos entre ellos: el origen de la vida y su evolución- el aumento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales- el proceso de envejecimiento-el gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados radicales libres de oxígeno.

La Teoría de necrosis- apoptosis, estos términos hacen referencia a dos formas en las que mueren las células. La primera hace referencia un proceso a consecuencia de una acción accidental sobre la célula y por lo general se acompaña de la inflamación de los tejidos afectados. Esto conlleva a que la cromatina se condense en masas de heterocromatina, los orgánoides celulares se dilatan y finalmente la célula termina destruyéndose debido a la desintegración de la membrana celular. En la apoptosis a diferencia de la anterior generalmente no existe una causa externa, el proceso de muerte celular de acuerdo a lo que expone Lockshin en 1990, es inducido por genes específicos, lo cual conlleva al “suicidio” celular en respuesta a un estímulo ya sea interno o externo. La muerte celular programada es un evento del desarrollo sin embargo la apoptosis es un tipo de muerte celular aunque muchas veces se utilizan estos términos como sinónimos hay que establecer cuál es la diferencia.

Según las Teorías sistémicas, el envejecimiento está relacionado con el declinar de las funciones de diversos órganos esenciales para el control y mantenimiento de otros órganos o sistemas. Los sistemas, nervioso, inmune y endocrino son los encargados de regular y controlar las funciones de otros sistemas así como las respuestas a los estímulos internos y externos que se producen en el organismo del ser vivo.

La Teoría inmuno. Neuroendocrina del envejecimiento, de acuerdo a lo que plantea Nandy en 1982 la Teoría inmune y la neuroendocrina se pueden fusionar en una, ya que ambos sistemas están interconectados por moléculas tanto péptidos hormonales como citoquinas. Tanto el sistema inmune como el neuroendocrino tienen gran plasticidad, lo cual implica gran habilidad para modificar sus funciones de acuerdo a la demanda, cabe mencionar que esta plasticidad es mayor en etapas más temprana del ciclo vital pero en el envejecimiento se sigue manteniendo en ciertos niveles.

El sistema inmune, de forma más específica, por un lado controla la composición molecular del organismo y por el otro debe eliminar los cuerpos extraños que puedan penetrar y amenazar su integridad. Es importante mencionar que con la edad se producen cambios en lo que refiere a la

respuesta inmune, esto se ha demostrado más claramente en las células T y hormonas tiroideas.

El timo incrementa su tamaño hasta la pubertad, luego se atrofia y es sustituido por tejido adiposo, esta involución es la responsable de la pérdida de inmunidad defensiva.

Según Ram 1967, las personas mayores manifiestan una disminución de la resistencia a enfermedades infecciosas y una reducción en la protección contra el cáncer.

El sistema neuroendocrino coordina las aferencias de los estímulos tanto internos como externos. En lo que respecta al medio interno, programa las respuestas homeostáticas y mantiene entre otras funciones los niveles hormonales para mantener el crecimiento (GH) y la reproducción (formación de gametos). La integración hipotalámica de las respuestas al entorno es llevada a cabo a partir de información que le llega de varias estructuras cerebrales como lo es el córtex, sistema límbico, y formación reticular. El eje neuroendocrino regula muchos aspectos de la fisiología y las alteraciones de este sistema producirán importantes cambios funcionales en el organismo. Desde esta perspectiva las causas centrales del proceso de envejecimiento estarían relacionadas con la disminución funcional de las neuronas del sistema neuroendocrino y las hormonas que producen como por ejemplo vasopresina, CFR, entre otras.

Desde esta teoría los sistemas inmune y neuroendocrino serían marcadores “intrínsecos” del envejecimiento.

En la teoría de la restricción calórica y metabolismo, al decir de Fernández (1976) enfatiza la posibilidad de extender la vida en gran diversidad de especies animales, mediante la restricción calórica, esta consiste en suministrar una dieta que contenga todos los nutrientes esenciales reduciendo su aporte entre un 30 al 70 % de las calorías que son ingeridas a lo largo de un día. Como resultado se evidencia un incremento de la longevidad, mejora de las diversas actividades metabólicas (glucemia), inmunes implicando la mejora de las defensas frente al estrés, las infecciones, el cáncer, y neuroendocrinas, restableciendo los valores normales de diversas hormonas.

En lo que refiere a los aspectos negativos, la restricción calórica en sujetos jóvenes conduce a la disminución de la talla, retardo en el inicio de la maduración sexual, posible reducción en los niveles de inteligencia.

Aspectos biológicos del envejecimiento

El proceso de envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual, por ende, no se observarán las mismas características en todos los adultos mayores.

El envejecimiento no es un proceso sincrónico o que se da de forma uniforme en un mismo organismo, sino por el contrario, los órganos o sistemas no envejecen al mismo ritmo, esto permite comprender que en una misma persona no aparecerán todas las características que se detallan a continuación de forma conjunta, en algunos casos pueden presentarse algunas y en otros otras.²⁴

Millan Calenti, J y Maseda Rodriguez, A (2011), consideran que el envejecimiento fisiológico es aquel que se produce por el propio paso del tiempo y según lo esperado para cada individuo con respecto a su edad. En cambio, el envejecimiento patológico es cuando se suma algún otro factor que desestabiliza ese envejecer progresivo, acelerándolo y desadaptando al individuo de un entorno que en condiciones normales sería fácilmente aceptado.

El envejecimiento biológico, según estos autores, va a tener su origen en el envejecimiento celular. Se observa que el número de duplicaciones de que es capaz una célula es inversamente proporcional a su edad, de esta forma, las células más jóvenes tienen mayor capacidad replicativa, conjuntamente con este fenómeno, se encuentra la degeneración celular.

²⁴ Marín, J. (2003). "Envejecimiento". *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*. 3 (1): 28-33.
Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

De forma más específica, Matellanes, B., Díaz, U, y Montero, M. (2010), establecen que los factores intervinientes y/o concomitantes en el envejecimiento celular serían los siguientes:

- Pérdida de las cadenas de telómeros: estos últimos son secuencias repetidas de ADN cuya función es la protección de la información genética. Goldstein y Peinado (2000) consideran que la pérdida de estas cadenas sería un factor relacionado con el envejecimiento celular.
- Modificación de la actividad de las enzimas implicadas en la replicación del ADN: Gafni en 1990 estableció que las enzimas en el proceso de envejecimiento podían sufrir un descenso en su actividad de entre menos de un 50 % a más del 70 % en tejidos viejos, como así también en sus propiedades físicas, con una mayor sensibilidad al calor y una mayor vulnerabilidad a la desactivación por parte de enzimas proteolíticas.
- Modificaciones del ADN nuclear: Randerath y Filburn, establecieron en 1996 que determinadas modificaciones no dañinas del ADN estimuladas por la restricción calórica podrían servir de protección ante la transformación de carácter maligno y procesos degenerativos asociados a la edad. Agregan además que los niveles y perfiles de estas modificaciones varían considerablemente dependiendo de la especie, el tejido y el género, éstas estarían asociadas al envejecimiento, con los cambios metabólicos y hormonales, mostrando una correlación lineal positiva con la longevidad.
- Modificaciones del ADN mitocondrial, López de Munain (1998), distingue las enfermedades derivadas de estas modificaciones en tres grupos, el primero, las que se basan en alteraciones del genoma mitocondrial, en segundo lugar se encuentran las que se basan en alteraciones del genoma nuclear y por último, las resultantes de la comunicación entre ambos genomas.
- Fibronectina: hace referencia a una proteína extracelular, su función principal es el mantenimiento de la homeostasis de los tejidos, el crecimiento celular y la reparación de heridas. Esta proteína puede

desempeñar un papel de regulación o correulación en el deterioro de la replicación del ADN que ocurre en la vejez.

- Cambios en las proteínas transportadoras, esto implicaría un descenso del transporte de calcio a través de la membrana reticular, lo cual puede ser responsable de una prolongación de la duración de la contracción del músculo cardíaco, un síntoma del envejecimiento.
- Oxidación: según Randerath y cols (1999) el daño por oxidación del ADN nuclear es la principal causa del envejecimiento. La principal consecuencia es el deterioro en la capacidad del ADN para ser transcrito y llegar a la síntesis de proteínas, lo cual conduciría a un descenso de la función celular y a la mortalidad asociada a la edad. Según Allen (1990) las moléculas conocidas como radicales libres también son precursoras de la oxidación. Las mismas pueden dañar incesantemente la membrana celular resultante de una inestabilidad homeostática, perturbar los mecanismos de control genético e inducir cambios irreversibles en la expresión genética. Cabe mencionar que ninguno de estos tres procesos es excluyente y probablemente jueguen un papel en el proceso de envejecimiento.

Millan Calenti, J y Maseda Rodriguez, A (2011), establece algunos cambios que acontecen en el organismo con el transcurrir de los años. Menciona que en las personas adultas se produce una redistribución de los compartimientos grasos y magros, caracterizada por un incremento de la masa grasa que pasa del 20 al 30%, disminuye en la cara y cuello y se acumula más en abdomen y caderas. Además se observa la disminución de masa muscular, la cual generará pérdida de fuerza, alteración del patrón de marcha, es decir disminuye la velocidad y longitud del paso; la postura corporal también se modifica, tiende inclinarse para adelante, tienen dificultades para girar o modificar en general su actitud de la marcha. En lo que respecta a la disminución del agua extracelular esta incrementará el riesgo de descompensación hídrica.

La piel también se modifica con el paso del tiempo, se produce un proceso general de atrofia que afecta también a las estructuras añejas entre ellas folículos pilosos y glándulas sebáceas, conjuntamente con una disminución de

los melanocitos, es decir, células de pigmento. Estas modificaciones determinan cambios importantes en la apariencia física, aparecen arrugas las cuales son más marcadas en la región facial, laxitud y palidez. Es mayor la susceptibilidad al frío, a las magulladuras y a las úlceras. Suelen aparecer manchas oscuras por la hipertrofia de los melanocitos y la aparición de depósitos de melanina, encanecimiento y a su vez caída del pelo. Las uñas crecen más despacio siendo estas más gruesas y frágiles.

La talla disminuye como consecuencia de la disminución del espacio intervertebral, se producen lesiones osteoporóticas y tendencia a la cifosis dorsal. En las mujeres se evidencia además una ligera flexión de rodillas y caderas.

La dentadura se desgasta, consecuentemente la carencia de piezas dentarias es frecuente.

El *sistema inmunitario* va a perder la capacidad de discriminación de la composición corporal, no reconociendo como propias estructuras del organismo debido a la alteración del complejo mayor de histocompatibilidad o antígeno leucocitario humano. Además, el timo involuciona, provocando alteraciones de los linfocitos T con la pérdida de la respuesta humoral y la mediada por las células.

En lo que respecta al eje *neuroendocrino humano*, durante el envejecimiento normal ocurren numerosos cambios, entre ellos: en la mujer se produce la menopausia lo que implica un estado deficitario de estrógenos en el que la ovulación cesa, en el caso de los hombres se produce un descenso en las concentraciones de testosterona lo cual es denominado andropausia. (Matellanes, B., Diaz, U., y Montero, M, 2010). Mobbs (1996) considera que esto se concreta con una pérdida de sensibilidad del sistema endocrino a la hora de regular el nivel de hormonas debido a un descenso del número de receptores hormonales y a un descenso de los ritmos circadianos atribuibles a la edad. Con el envejecimiento se produce la pérdida del ritmo circadiano vigilia- sueño, con disminución de la amplitud y una tendencia hacia la desincronización interna de dicho ritmo. Otras modificaciones más específicas en relación al sistema neuroendocrino, se evidencia afectación en la secreción de neurotransmisores, cuando disminuye la acetilcolina en la vejez a nivel de la

corteza cerebral e hipocampo se asocia a cambios de memoria normales y patológicos. La disminución de dopamina y noradrenalina se asocia a procesos depresivos y cambios cognitivos como por ejemplo en la atención, trastornos de memoria, capacidad de aprendizaje. Por último, la disminución de la noradrenérgica se relaciona con la distractibilidad por estímulos irrelevantes. La hormona del crecimiento y el factor de crecimiento de la insulina – I, parecen decrecer con la edad. Se produce además un descenso del metabolismo de la glucosa asociado a la edad. La melatonina es la hormona sintetizada en la glándula pineal o epífisis disminuye su concentración en sangre con el envejecimiento. Su máxima liberación se produce en la noche y entre sus funciones se encuentran el ser citoprotectora e inmunoprotectora. El páncreas y la glándula tiroidea disminuyen su función, generando una disminución de la tolerancia a la glucosa y del metabolismo basal.

En cuanto al *sistema cardiovascular*, se observan cambios propios en el corazón manifestados por la degeneración muscular, fibrosis del tejido cardioconector, calcificación valvular, cambios de los vasos, en donde a nivel arterial se produce una redistribución de la elastina, es decir la proteína del tejido conectivo a la que se unen depósitos de calcio y lípidos, disminuye la actividad del marcapasos aurículo-ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos. Estas modificaciones conllevan a una disminución de la reserva cardíaca, respuesta escasa a situaciones de estrés, tendencia a la disminución de la frecuencia cardíaca, mayor frecuencia de arritmias, el gasto cardíaco disminuye y por lo tanto la sangre que se distribuye a los distintos órganos también.

En lo que respecta al *aparato respiratorio* con el envejecimiento la caja torácica pierde elasticidad, esto puede resultar tanto de los fenómenos involutivos óseos como por la atrofia de los músculos respiratorios, lo que implica una disminución de los volúmenes y de la capacidad vital dependientes de la capacidad de expansión y un incremento del volumen residual. Las paredes bronquiales se atrofian, los cartílagos se calcifican, las glándulas se hipertrofian, se produce una pérdida de la capacidad de transporte de la mucosa ciliar. Los conductos alveolares se dilatan, el tamaño de los alvéolos

aumentan con fusión de los espacios aéreos por rotura de las paredes colindantes (efisema).

El *aparato digestivo* también sufre modificaciones con el transcurrir del tiempo, a nivel bucal se evidencia la disminución de la producción de saliva, conjuntamente con la pérdida de piezas dentarias contribuyen a una masticación deficiente. Se produce pérdida de la capacidad funcional celular como así también disminuye la producción de enzimas catalizadoras del proceso digestivo, disminución de la motilidad tanto esofágica como gástrica e intestinal, esto conjuntamente con la alteración de la capacidad de absorción del intestino pueden condicionar carencias de nutrientes. El hígado disminuye su tamaño pero dada su capacidad de reserva su capacidad funcional es normal excepto que alguna enfermedad o el abuso de determinados fármacos lo afecten.

En lo que concierne al *aparato génito-urinario*, disminuye el peso y volumen de los riñones, reduciéndose al mismo tiempo el número de unidades funcionales llamadas nefronas. El flujo sanguíneo renal disminuye y junto con este las alteraciones vasculares intrarrenales provocan modificaciones que condicionan la pérdida de la capacidad de reserva funcional del riñón, lo cual cobra importancia ya que este es un órgano comprometido en la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves en el medio interno. La capacidad de la vejiga se encuentra disminuida junto al tono de su musculatura y esfínteres de salida. El aumento del tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné en las mujeres junto a las modificaciones antes mencionadas contribuyen a la aparición de alteraciones como por ejemplo la incontinencia, retención urinaria o aparición de infecciones recidivantes. La disminución de la producción de hormonas sexuales trae aparejado modificaciones en los caracteres sexuales como por ejemplo, en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuye el tamaño de la vulva y el clítoris, la mucosa vaginal se atrofia. En el caso del hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, se distiende la bolsa escrotal.

El cerebro no está exento a los cambios que acontecen en el organismo a medida que trascurren los años. Los cambios a nivel cerebral están lejos de

darse de forma homogénea y con una distribución global, sino que son algunas áreas las que se encuentran afectadas, generalmente el lóbulo frontal y el temporal son los que sufren más cambios. (Basterra Besga, A, 2008).

En lo que refiere a cambios específicos, mediante diversos estudios realizados se ha evidenciado un cambio tanto en el tamaño (lo cual resulta más evidente a partir de los 50 años) como en el volumen del cerebro. Según Ardila, A y Rosselli, M. (2007), el volumen alcanza un pico máximo hacia los 20 años para luego iniciar una caída lenta pero gradual.

Algunas modificaciones más específicas tienen que ver con el ensanchamiento de los surcos, y la presencia de dilatación ventricular lo cual comienza a registrarse aproximadamente a partir de los 40 años, llegada esta edad, también se registra una pérdida del 5% de las neuronas del hipocampo cada diez años.

Con el envejecimiento se produce muerte cerebral en varias regiones del cerebro, en la corteza cerebral, el hipocampo, la amígdala, locus ceruleus, núcleos basales. Además estos autores agregan que se producen cambios dentro de la célula, apareciendo placas seniles y husos neurofibrilares. Se reducen las concentraciones de neurotransmisores como por ejemplo acetilcolina, noradrenalina, serotonina y dopamina. Disminuye el flujo cerebral en algunas zonas, la actividad electroencefalográfica tiende a lentificarse; se produce un aumento en la latencia de respuesta, lo cual se cree está asociado con la lentificación general en el proceso de información.



Se evidencia cambios tales como la atrofia neuronal, la hipertrofia de los astrocitos y de microglía, la regresión dendrítica y la pérdida sináptica. Román y Sánchez (1998) consideran que el proceso atrófico principal se encuentra en las convexidades de los lóbulos frontales, región parasagital, lóbulos temporales y parietales y en menor medida los lóbulos occipitales y la base del cerebro. Cabe mencionar que es más importante el lugar en donde se produce la pérdida antes que la pérdida neuronal por sí misma. Peinado y cols (2000) consideran que existe una pérdida neuronal en la sustancia negra, locus coeruleus e hipocampo durante el envejecimiento, lo cual se evidencia en la

dilatación del tercer ventrículo. Se observa el aumento de los ventrículos laterales y tercero a partir de los 70 años con atrofia del caudado y el putamen y una disminución de la sustancia periventricular. En lo que respecta a la hipertrofia de los astrocitos cabe destacar que esto conllevaría a la formación de placas amiloides y junto con la hipertrofia de microglías generarían efectos de toxicidad en el cerebro. Además se produce un descenso importante de las ramificaciones dendríticas durante el envejecimiento como así también de la densidad de las terminales presinápticas, además del descenso de sinapsis corticales frontales, el aumento de los surcos, la disminución de las circunvoluciones y un significativo aumento de los ventrículos celulares.

Por último cabe mencionar los cambios que acontecen en los órganos de los sentidos, cabe mencionar que las pérdidas sensitivas afectan a nuestra capacidad de interaccionar con el ambiente. *La visión* es uno de los sentidos más afectados con el envejecimiento, pudiendo llegar a influir en la autonomía del adulto mayor. Se puede evidenciar una disminución del tamaño de la pupila debido a la atrofia de los músculos dilatadores, así como una pérdida de la velocidad de acomodación del cristalino en respuesta a los cambios de focalidad de los objetos. En lo que respecta al cristalino, este aumenta de grosor, se vuelve opaco. A nivel externo se puede observar en las personas mayores un anillo rodeando la córnea el cual recibe el nombre de arco senil.

La *percepción auditiva* se afecta selectivamente para los tonos de frecuencia alta, lo cual implica un aumento del umbral auditivo y una disminución de la capacidad para discriminar tonos de frecuencias distintas. El adulto mayor suele encontrar mayores dificultades de audición cuando la percepción de sonidos se ve modificada por ruidos ambientales.

En cuanto al *gusto* y *el olfato*, disminuyen el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias, disminución de la producción de saliva, estas modificaciones pueden condicionar una menor satisfacción con la comida.

El tacto también se encuentra disminuido, fundamentalmente en lo que refiere a la sensibilidad térmica y la dolorosa.

Enfermedades Asociadas al Proceso de Envejecimiento

Una de las enfermedades más conocidas tiene que ver con la obesidad, esta tiene efectos adversos en la longevidad y la calidad de vida, a su vez existe una importante relación de aparición simultánea con la hipertensión, diabetes, artritis degenerativa, correlación con altas tasas de enfermedad cardiovascular y ciertos tumores.

Dentro de lo que puede denominarse enfermedades esqueléticas y de las articulaciones se encuentra el Trastorno degenerativo de las articulaciones, es una enfermedad limitadora del movimiento en articulaciones previamente sanas como lo pueden ser cadera y rodillas u otras en las cuales la persona haya sufrido lesiones con anterioridad. En cuanto a los síntomas son sujetos que tienen dificultades para levantarse después de haber estado sentadas largo tiempo, pueden padecer fatiga.

En la osteoporosis, el hueso se vuelve más poroso, con más aire en su interior aumentando de este modo el número y tamaño de las cavidades que existen en su seno, volviendo los huesos más frágiles, menos resistentes a los golpes y más susceptibles a rupturas.

La hipertensión está altamente correlacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo necesaria la prevención y detección precoz. Su presencia también se encuentra relacionado con el desarrollo posterior de demencia, el accidente isquémico transitorio no cardioembólico y cefalea crónica.

En lo que respecta a la visión una de las alteraciones más conocidas y de mayor frecuencia son las cataratas u opacidad de la lente pudiendo aparecer como visión borrosa que dificulta la lectura. El glaucoma, puede manifestarse como pérdida de visión central con dolor agudo en el ojo o con síntomas sistémicos como dolor abdominal y vómitos. En cuanto a la audición, puede existir tinnitus que se caracteriza por la presencia de sonidos continuos en el oído y puede estar causado por pequeñas anormalidades en el flujo sanguíneo que va al oído. La presbicia o pérdida de discriminación entre los sonidos de alta y media frecuencia. Además las personas mayores pueden presentar sinusitis crónica la cual se caracteriza por sequedad post-nasal, tos y jaqueca.

En cuanto a las enfermedades pulmonares la más conocida es el trastorno pulmonar obstructivo crónico, se encuentra muy relacionado con el tabaquismo. Las personas que sufren este trastorno pueden desarrollar un enfisema es decir, acumulación de aire en pequeños conductos del pulmón, con flujo de aire e intercambio de oxígeno pobre. Puede darse además disnea, saturación de oxígeno, bronquitis obstructiva, hipoxia e hipercapnea.

En lo que refiere a los trastornos del aparato génico-urinario nos encontramos con la incontinencia, la misma puede ser de diversos tipos entre ellos: por estrés, por incontinencia de urgencia, mixta, por inundación, secundaria a fistulas, trastornos de movilidad y cognitivos.

Las enfermedades del sistema endocrino se encuentran la diabetes mellitus y el hipotiroidismo.

Por último se encuentra el dolor crónico, este se halla unido a un sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condiciona y aumenta la percepción dolorosa.

Aspectos Neuropsicológicos y Psicológicos del Envejecimiento.

Envejecimiento y Funcionamiento Cognitivo.

El cerebro es una estructura constituida por un infinito repertorio de mecanismos puestos en marcha pocos días después de la concepción el cual prosigue su construcción y reconstrucción constantemente a lo largo de toda la vida, sin alcanzar una forma o función estable o definitiva. Este proceso sólo es detenido por la muerte. No hay cambios en la conducta que no se reflejen en el sistema nervioso como así tampoco cambios persistentes en el sistema nervioso que no se reflejen como cambios estructurales de algún nivel de resolución.

Desde la perspectiva de la neurociencia se considera que el cerebro de todo ser vivo, incluido obviamente el del ser humano no sólo cambia durante el desarrollo, la infancia y la juventud sino que lo hace durante todo el ciclo vital, es decir, durante la vida adulta y el propio envejecimiento.

En la década de los noventa las neurociencias sufrieron un acelerado desarrollo de la mano con este acontecimiento, los resultados de las

investigaciones sobre plasticidad cerebral han permitido una mayor comprensión del funcionamiento del cerebro y su potencialidad. Sus hallazgos constituyen un valioso aporte para resignificar prácticas educativas a lo largo del ciclo vital, sustentar revisiones conceptuales sobre el aprendizaje, validar la ampliación de los límites del espacio y del tiempo pedagógico. (Tamer, N, 2008)

El cerebro no está exento a los cambios que ocurren en el adulto mayor, sin duda alguna, el sistema nervioso al igual que el resto del organismo es susceptible al transcurrir de los años.

Con el correr del tiempo comienzan a evidenciarse ciertas modificaciones cognoscitivas por ejemplo la percepción, el lenguaje, la atención y la memoria sufren alteraciones.

Para Varela, L., Chávez, H., Galvez, M., y Mendez, F (2004), la función cognitiva cambia con la edad. Entienden que la misma es el resultado del funcionamiento global de las diversas áreas intelectuales.

Fernández Ballesteros, S (2004) sostiene que el deterioro que puede darse no es global ni generalizado, algunas funciones van declinando en forma lentamente progresiva durante toda la vida adulta, otras se mantienen hasta etapas muy tardías y finalmente existen algunas que no se deterioran incluso pueden llegar a mejorar con el paso del tiempo.

El estado cognitivo es definido de la siguiente manera;

“La condición estable de un conjunto de funciones cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, visoespacial y ejecutivas, entre otras) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de la actividad mental en relación con las exigencias de la vida diaria en múltiples áreas (cotidiana, laboral, social, etc.)”

(Mias, C., et.al, 2007, p 735)

- El procesamiento de la información.

En el proceso de envejecimiento se evidencia un enlentecimiento más o menos generalizado a nivel sensorial, motor, cognitivo y a nivel electroencefalográfico. Esto podría estar afectando de forma significativa a los demás procesos cognitivos a consecuencia de una codificación de los estímulos menos efectiva. A la hora de realizar una tarea, en la última parte de la misma la ejecución se

encuentra limitada como consecuencia de que la gran parte del tiempo disponible que se utilizó para la ejecución de las primeras operaciones. De este modo las últimas quedan degradadas o empobrecidas. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

Existen diversas hipótesis en lo que respecta al procesamiento de la información en el envejecimiento. La primera es *la hipótesis sobre los déficit de recursos*, desde esta postura se sostiene que está disponible una cantidad limitada de capacidad para las operaciones cognitivas y con el paso del tiempo se da una reducción de los recursos cognitivos (Light, 2000) y (Whitbourne, 2001). La segunda, hace referencia al *déficit de la inhibición*, aquí se sostiene que el envejecimiento implica una reducción de los recursos cognitivos disponibles para controlar o inhibir la atención. Los procesos de activación están conservados en la edad avanzada, los ancianos por el contrario tienen un deterioro en los procesos inhibitorios que previenen el acceso de ideas irrelevantes a la memoria de trabajo y la restricción de respuestas inapropiadas a la tarea. En sí el eje central hace alusión a un descenso del filtro atencional. (Groth y Allen, 2000). La tercera hipótesis es la del enlentecimiento cognitivo, aquí se sostiene que en los adultos mayores se da una pérdida de la velocidad de procesamiento, conjuntamente con otros deterioros del funcionamiento cognitivo, debido a dos mecanismos, el de tiempo limitado y el de simultaneidad. Cuando el tiempo disponible para el procesamiento se encuentra limitado por condicionantes externos la necesidad de pasar más tiempo en las operaciones tempranas de una secuencia hace descender el tiempo disponible para las operaciones posteriores. Por otra parte, una menor velocidad en la ejecución puede reducir la disponibilidad de los resultados de los pasos previos del procesamiento que son necesarios para completar los pasos subsecuentes debido a un decaimiento o desplazamiento de información. Cabe mencionar que cuando el tiempo permitido para las operaciones incrementa, incluidos los procesos de atención no puede compensar el enlentecimiento cognitivo, porque el problema radica en la tasa de procesamiento del individuo más que en constricciones temporales externas. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- La atención.

La atención es definida como:

“La función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.”

(Sánchez Gil, I y Pérez Martínez, V., 2008, p 2)

La atención está compuesta de cuatro componentes, la alerta, es la capacidad que tiene un sujeto para adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante, la atención dividida, es la capacidad que tiene el sujeto para alternar entre dos o más focos la atención y procesar más de una fuente de información. La atención sostenida, es la capacidad que permite al sujeto mantener el foco de atención a pesar de las condiciones de interferencia y distractibilidad. La atención selectiva es:

“La capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información”.

(Sánchez Gil, I y Pérez Martínez, V, 2008, p2)

Estos autores expresan que la atención disminuye en personas mayores y principalmente sucede esto cuando deben mantenerla voluntariamente, lo cual hace referencia a la atención sostenida. Otros autores como por ejemplo Stuart- Hamilton, considera que la atención es una tarea que está bastante bien preservada en la parte final de la vida. Chao y Knight (1997) considera que existe un aumento de la distracción y del deterioro en la atención sostenida asociado a una posible alteración de la función de la corteza prefrontal.

Además, se produce una disminución de la tasa de exactitud en la detección de señales, lo cual se asocia a un menor grado de vigilancia, el cual es progresivo y se evidencia en tareas que requieren de una atención mantenida.

La atención selectiva parece ser resistente a un deterioro asociado a la edad, surgen problemas cuando se requiere que la persona procese simultáneamente otra información. Según datos extraídos de trabajos en los que se han empleado tareas distractoras, sugieren que en el envejecimiento se produce una disminución en la capacidad para inhibir estímulos irrelevantes dentro de un contexto concreto. Cuando se les proporciona claves para distinguir los ítems relevantes de los irrelevantes es resistente al deterioro asociado a la edad.

En lo que respecta a la atención dividida, durante envejecimiento se evidencia una disminución en el rendimiento en tareas duales, lo cual podría estar asociado más con la complejidad de la tarea que con la división de la atención. La necesidad de dividir la capacidad limitada de los recursos atencionales entre dos tareas produce un descenso mayor del rendimiento en las personas mayores que en los jóvenes, esto se debe a una reducción de los recursos cognitivos con el aumento de la edad.

Los adultos mayores se encuentran en desventaja cuando la tarea es difícil, compleja o cuando rinden en tareas duales, lo cual se ha relacionado con una capacidad disminuida de procesamiento. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M, 2010).

- La memoria.

La principal queja que manifiestan tener las personas adultas tiene que ver con la memoria, ejemplos de ello son cuando tienen dificultades para evocar la palabra que necesitan, cuando olvidan un número de teléfono que acaban de memorizar, abrir la heladera y olvidarse que estaba buscando, entre otras situaciones. Comienzan a tener lugar pasados los cincuenta años, y van aumentando de forma progresiva. Indudablemente, en el proceso de envejecimiento se produce alteraciones en la memoria, las cuales son más significativas en unas tareas que en otras.

En la senectud, como expresan Ardila, A y Rosselli, M. (2007), se produce un incremento en la tasa de olvido y al mismo tiempo disminuye la capacidad para adquirir nueva información. Es importante mencionar que en el envejecimiento

normal este deterioro es lento, pero sucede lo contrario en el caso de la demencia, donde el deterioro es acelerado.

La memoria es la capacidad para adquirir, retener y utilizar conocimientos y habilidades. Tiene la función de;

“Acumular conocimientos y habilidades que nos permitan responder de la manera más eficaz y adaptativa posible a las demandas constantes del mundo en el que vivimos.”

(Ruiz Vargas, J, 2008, p 268).

La persona adulta, presenta mayores dificultades para recordar hechos recientes; el sujeto logra asimilar información inmediata pero no logra transformarla en huellas a largo plazo. Como manifiestan Ardila, A y Rosselli, M. (2007), estas dificultades son evidentes tanto en la manipulación de material verbal como no verbal, visualizándose mayores dificultades en este último.

Para poder comprender cuáles son los cambios que se producen en la memoria es imprescindible tener en cuenta el análisis de su estructura, los procesos que operan en ella y /o los conocimientos que han sido almacenados. Según Stuart Hamilton, (2000), la estructura de la memoria se divide de la siguiente manera:

+ *Memoria sensorial*: hace referencia a un proceso perceptivo breve (250 milisegundos). Su función es permitir que el estímulo inicial se prolongue el mayor tiempo posible con el fin de asegurar el tratamiento subsiguiente de la información. En lo concerniente al proceso de envejecimiento este no tiene influencias significativas sobre los posibles decrementos de la memoria sensorial.

Millán Calenti, J y Maseda Rodríguez, A. (2011), consideran que no se observan déficit en la memoria sensorial en relación al envejecimiento aunque destacan que sí ocurre un incremento en el tiempo de procesamiento de los estímulos visuales.

+ *Memoria a corto plazo*: implica el almacenamiento temporal de eventos e ítems percibidos en el pasado muy inmediato. Tienen la finalidad de mantener pequeñas cantidades de información durante varios segundos y minutos. A su vez esta estructura se subdivide en:

- ✓ Memoria primaria: la función es la de mantener una cantidad de información lo suficientemente pequeña para el procesamiento consciente de 1-2 segundos hasta ½ minuto. Con el envejecimiento este tipo de memoria declina levemente o no sufre ningún deterioro. Se destaca que en el caso de haber interferencias o de exigirle a la persona una reorganización del material a recordar, los resultados empeoran.
 - ✓ Memoria de trabajo: hace referencia al almacenamiento temporal de la información de capacidad limitada que permite realizar operaciones mentales complejas, como por ejemplo el cálculo, el aprendizaje, el razonamiento y la comprensión del lenguaje. Esta memoria cuenta con un ejecutivo central capaz de seleccionar o manipular la información de la memoria primaria. Los cambios asociados a la edad reducen el rendimiento en tareas tales como la memoria verbal, espacial, la comprensión del lenguaje, el aprendizaje, el razonamiento. Resulta evidente que existe una reducción de los recursos de procesamiento para tareas de memoria según la edad avanza.
- + *Memoria secundaria o a largo plazo*: hace referencia a un almacén permanente de información. Esta memoria almacena información en términos de símbolos abstractos y sus relaciones y es capaz de retener datos desde 1 a 2 minutos hasta una gran cantidad de años. Whitbourne (2001) sostiene que los efectos de la edad sobre la memoria se entienden en términos de la hipótesis de apoyo ambiental, es decir los adultos mayores tienen más dificultades cuando han de implicarse en un procesamiento auto-iniciado como lo puede ser el recuerdo libre. Esta estructura a su vez se subdivide en dos:
- ✓ Memoria explícita: hace referencia al conjunto de mecanismos necesarios para la realización del recuerdo voluntario y consciente de la información. Resultados obtenidos en pruebas de recuerdo intencional comparando los puntajes de personas mayores y jóvenes, los primeros son inferiores a los de los segundos. Dentro de esta estructura se encuentra la memoria episódica, la misma almacena hechos y acontecimientos que han ocurrido a lo largo de la vida de cada individuo, se moviliza de forma consciente y recupera los eventos acaecidos

situándolos en el tiempo y espacio, este tipo de memoria si es susceptible al paso del tiempo.

- ✓ Memoria implícita: hace referencia a los procesos necesarios para el aprendizaje de una información sin que intervenga conscientemente la intencionalidad de recordar. Esta parece no decaer tanto como lo sería la memoria explícita. La memoria implícita se subdivide por un lado en memoria semántica, esta implica la recuperación de hechos, conceptos, símbolos, palabras, etc. Que son necesarios para el lenguaje y que se encuentran ubicados en el entorno de la persona. En lo que concierne al proceso de envejecimiento normal este tipo de memoria no se encuentra afectada. Por el otro, la memoria procedimental, esta se utiliza para la realización de acciones concretas como lo puede ser pintar, escribir. Esta estructura no se deteriora con el transcurso de los años como así tampoco se ve alterada por el padecimiento de trastornos neurológicos.

+ *Memoria terciaria o remota*: se trata de la memoria a muy largo plazo es la que alberga los recuerdos de la infancia de la persona. Diversos estudios realizados parecen negar la influencia de la edad sobre este tipo de memoria.

+ *Memoria prospectiva*: tiene como función hacer recordar lo que tiene que hacer la persona en un futuro. Este es uno de los procesos de memoria en los que los ancianos declaran olvidos con mayor frecuencia.

+ *Metamemoria*: hace referencia al conjunto de conocimientos, creencias y actitudes que el sujeto tiene sobre el funcionamiento de sus procesos mnésicos. Varios autores coinciden en que no es clara la relación existente entre el envejecimiento y la metamemoria. Agrega además que no todos los individuos son capaces de predecir con precisión su rendimiento en una tarea de memoria, esto se encontrara afectado dependiendo de si una persona es optimista o pesimista

Los procesos de memoria, se encuentran afectados en el envejecimiento de diversas maneras. Los resultados en la adquisición de información es peor cuando se encuentran afectados por el medio no familiar y/o las condiciones de estrés o de demanda excesiva, pero cabe mencionar que lo significativo del material si se recuerda. La atmosfera relevante, la ayuda en la organización del material ayudan a mejorar este proceso. En lo que respecta a los procesos de

adquisición y recuperación ambos se encuentran afectados con el paso del tiempo, pero es imposible separarlos para valorar el peso de cada uno en los problemas de memoria asociados a la edad. El proceso de envejecimiento incide negativamente principalmente sobre la memoria a corto plazo afectando también diversas tareas cognitivas como lo es la comprensión y el razonamiento. La severidad de las dificultades depende de las circunstancias particulares de la tarea y de las características del sujeto. Además es importante tener en cuenta el papel del debilitamiento de la huella mnésica y los efectos de interferencia, ambos influyentes en el olvido de la información almacenada en la memoria a corto plazo. En lo que refiere a la memoria a largo plazo, se considera que el declive de esta en la vejez estaría relacionado con el uso inadecuado de estrategias de organización de la información en relación con las personas más jóvenes, por ende los adultos mayores tratan la información de forma más superficial quedándose en las fases de codificación y recuperación de la información.

- La inteligencia.

Cuando hablamos de inteligencia se hace referencia a la inteligencia cristalizada por un lado y por el otro a la inteligencia fluida, términos definidos por Casttall en 1971. La primera, implica la cantidad de conocimiento que ha sido adquirido a través de la educación, el aprendizaje y la acumulación de experiencias a lo largo del proceso vital. Incluye todo el vocabulario e información general. La segunda hace referencia a una capacidad innata de usar clases únicas de pensamiento de cara a resolver problemas nuevos que implican el aprendizaje accidental, pero también requiere del uso del sistema nervioso y cerebro eficaz. Esta última alcanza un máximo durante la adultez y posteriormente comienza a declinar, por lo tanto, como manifiestan Ardila, A y Rosselli, M. (2007), a la hora de resolver tareas que impliquen la inteligencia fluida los jóvenes tendrán mejores rendimientos, ya que la persona mayor progresivamente tiene menos habilidad para adaptarse a actividades nuevas. Sucederá lo contrario cuando se realicen actividades que impliquen inteligencia cristalizada.

Tanto la inteligencia fluida como la cristalizada implican procesos similares tales como percibir la relación entre los objetos, razonamiento abstracto, formación de conceptos, resolución de problemas. Whitbourne (2001) sostiene que existe una relativa conservación de las capacidades verbales que reflejan la inteligencia cristalizada, y un descenso mayor de las manipulativas que reflejan la inteligencia fluida.

- El lenguaje

Las funciones relacionadas con el lenguaje son las menos susceptibles a un deterioro asociado al envejecimiento a no ser que sea consecuencia de factores del tipo de una pérdida de la capacidad auditiva o alteraciones del aparato fonador que produzca cambios en la comunicación. Por lo general las capacidades básicas concernientes a la posibilidad de mantener una conversación, leer y escribir se mantienen a lo largo de la edad avanzada. De forma más específica algunos de los cambios que se producen en el lenguaje tienen que ver con:

+ Aumento o mantenimiento del vocabulario: los adultos mayores mantienen o mejoran su conocimiento de las palabras, su significado, reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes.

+ Dificultades para el acceso a las redes léxicas: en las personas mayores se evidencian dificultades para el recuerdo, denominación o el uso de la palabra adecuada para nombrar objetos, además, se produce un incremento del fenómeno denominado “lo tengo en la punta de la lengua”, los tiempos de reacción de la persona son mayores, utilizan la paráfrasis como estrategia compensatoria y existe una mayor dificultad para encontrar nombres.

+ Disminución en la comprensión de estructuras gramaticales complejas: esto se encontraría relacionado con las limitaciones que presentan los adultos mayores en lo que implica operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, oral o escrito. Esto sin duda conlleva un proceso de atención, control y organización sobre diversos elementos implicados, lo que puede encontrarse alterado en el caso de la persona mayor debido a una modificación de la capacidad atencional o de la memoria operativa. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son las primeras en sufrir el declive durante el envejecimiento, esto se debe a que los deterioros cerebrales más pronunciados se registran en los lóbulos prefrontales y es allí donde estas funciones se alojan. Las mismas implican la capacidad de formular metas, planificar, llevar a cabo planes dirigidos a esas metas y un rendimiento efectivo. Basuela Herreras (2007), expresa que el funcionamiento ejecutivo incluye habilidades vinculadas a la planificación, flexibilidad, monitorización, inhibición, autorregulación, fluencia verbal y habilidades visuoespaciales.

Su implicación resulta fundamental en la coordinación de los procesos cognitivos y del comportamiento como así también en el trabajo con la localización espacial y la búsqueda visual. Además cumplen un papel importante en el control emocional y la conducta socialmente correcta.

Algunos de los cambios que pueden evidenciarse son los siguientes:

+ Formación de conceptos: los adultos mayores presentan déficit en la organización conceptual, esto hace referencia a la capacidad para tratar elementos en un nivel abstracto ya que piensan en términos más concretos que los jóvenes. Además disminuye la flexibilidad cognitiva necesarias para hacer nuevas abstracciones y formar enlaces conceptuales nuevos.

+ El razonamiento lógico y abstracto, por ejemplo, cuando se le solicita a un adulto mayor que categoricen objetos ellos suelen agruparlos en función de sus relaciones más inmediatas. Diversos estudios sostienen que el rendimiento para comprender refranes, y la realización de identificación de objetos el rendimiento es inferior. Las personas mayores tienden a realizar preguntas más concretas.

+ Flexibilidad cognitiva: con el correr de los años los adultos mayores presentan déficits en la formación de conceptos auto-iniciada y en el cambio de categorías así como tendencias perseverantes.

+ El procesamiento inhibitorio: los adultos mayores suelen presentar mayores dificultades para interrumpir una respuesta, para adoptar normas nuevas en una tarea como para desestimar estímulos distractores. El aumento de la

verborrea que suele observarse en las personas mayores podría ser resultado de esta dificultad para inhibir la información irrelevante.

+ La resolución de problemas: los adultos mayores son menos sistemáticos y eficientes en tareas de resolución de problemas que requieren que las capacidades de conceptualización se encuentren intactas, parece que una vez tomada una decisión no les interesa la búsqueda de información adicional, suelen dar respuestas rápidamente incluso en aquellas áreas en las que no son especialmente expertos. Suelen tener un conocimiento procedimental muy amplio, pero esto puede llevarlos a cometer errores en la resolución de nuevos problemas. En general cuando los adultos mayores conocen un problema con anterioridad pero a este se le agrega un nuevo ingrediente o cuando toman una decisión precipitada conduce a evitar información relevante, estos se encuentran en desventaja con respecto a los más jóvenes, ya que estos últimos pueden carecer de familiaridad con muchas situaciones pero pueden procesar más cantidad de información en menor cantidad de tiempo, evitando de este modo algunas trampas en las que suelen caer las personas mayores.

- Las funciones viso-espaciales, viso-perceptivas y viso-constructivas.

Las primeras hacen referencia a la capacidad relacionada con la ubicación en el espacio, la capacidad para utilizar las referencias del medio y desenvolverse en él, la capacidad de orientación intrapsíquica, el conjunto de procesos relacionados con la percepción y la acción. En el proceso de envejecimiento resultan afectadas estas funciones, este declive parece ser más evidente a partir de la década de los setenta.

Las funciones viso-perceptivas están implicadas en la distinción de estímulos simbólicos o verbales y configuraciones estímulares como lo pueden ser la identificación de una figura enmascarada entre otras, la identificación de caras no familiares o la identificación de una parte faltante en una figura. El declive de estas funciones parece ser menor que en el caso de las primeras, pero no deja de existir un rendimiento menor en comparación con personas más jóvenes.

Las funciones viso-constructivas hacen referencia a aquellas funciones que implican la integración viso-espacial y viso-perceptiva con la actividad motora,

como por ejemplo, que el sujeto tenga que dibujar figuras tridimensionales, hacer dibujos complejos o realizar tareas de construcción.

Ardila, A y Rosselli, M (2007), consideran que existen diferencias en cuanto al rendimiento de estas funciones según la edad y el nivel educacional de la persona mayor. Estos autores, realizaron una investigación en donde aplicaron pruebas neuropsicológicas a 346 personas de entre 55 y 80 años, encontrándose que aquellas personas de edad avanzada tenían grandes dificultades en lo que refería a tareas de ensamblaje con cubos, dibujos de figuras tridimensionales y complejas, mencionan además, que el factor tiempo es de gran relevancia en este aspecto y que las diferencias entre sujetos jóvenes y de edad avanzada son notorias, consideran que este bajo rendimiento se debe a la lentificación motora y al aumento en los tiempos de reacción de las personas adultas mayores. Otro aspecto que se menciona es el hecho que existe lentitud en reconocer figuras incompletas, errores en lo que refiere a la copia de figuras bidimensionales y tridimensionales.

Aspectos Psicológicos

La persona mayor durante la vejez, experimenta una serie variada de situaciones desconocidas para ella y difíciles a las que debe adaptarse adecuadamente. La persona debe adecuarse a los cambios biológicos, limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que impone el envejecimiento. Que el sujeto puede adecuarse se encontrará favorecido o por el contrario obstaculizado por las habilidades de manejo y control que el sujeto tenga sobre las mismas o por el apoyo que la sociedad le brinde. Se puede identificar dos grupos de personas mayores, el primero hace referencias a aquellas que logran adaptarse a estos cambios, serían adultos mayores realistas, contentos de vivir esta etapa de su vida de forma satisfactoria, y aún aquellas personas que se encuentran jubiladas, están contentos de serlo sin ninguna obligación con respecto a la sociedad. En el segundo grupo encontramos aquellas personas mal adaptadas, son individuos pesimistas, hostiles, personas coléricas, que siempre están descontentas, que no aceptan el envejecer y tienen miedo a morir. Cuando estas personas realizan un

balance de lo vivido generalmente es negativo, se sienten culpables de todo, y consideran la muerte como la única salida a su situación de vida desagradable. La persona mayor mediante el transcurso de su ciclo vital ha adquirido una afectividad madura, esto le permite responder a situaciones de pérdidas afectivas, pero su estado de salud física y mental, como así también la calidad u hostilidad del medio en el que vive influirán en la expresión de su emotividad. Con el paso del tiempo las crisis aumentan, los problemas, los factores estresantes cobran mayor relevancia. Algunas crisis que debe enfrentar el adulto mayor tienen que ver con la jubilación, esta implica la pérdida del papel social y familiar, conjuntamente con la pérdida de índole económica la persona mayor siente la privación de su estatus social y prestigio. Este acontecimiento tiene diferente significado para las personas, algunas lo interpretan como una liberación, otras como el comienzo del final. Otra crisis hace referencia a la soledad, la misma se da por la pérdida de personas queridas.

En lo que respecta a la personalidad el adulto mayor no presenta cambios significativos, aunque si realiza algunos ajustes de acuerdo a las experiencias que le toca vivir, de este modo la personalidad puede verse afectada por el estado de salud, pérdida de personas queridas, entorno familiar, situación de vida, experiencias, entre otras.²⁵

En la etapa evolutiva de la vejez la tarea fundamental que lleva a cabo el adulto mayor es contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Resulta necesario que éste pueda aceptar su vida tal como la ha vivido y creer que lo ha hecho de la mejor manera posible de acuerdo a las circunstancias. Si logra esta tarea es porque el sujeto ha desarrollado la integridad del ego. Esta solo se alcanzara tras haber luchado contra la desesperación, lo cual constituye la octava crisis dentro de la *Teoría Psicosocial* de Erikson, integridad vs desesperación. Cuando domina la primera estamos frente a un sujeto que posee la fuerza propia de su edad que es la sabiduría. Cuando por el contrario, predomina la

²⁵ Borge Noriega, M, García Hernández, M y Torres Egea, M. (2010). "Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psicológicos y Cambios Sociales". Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ballesterostemas-01.pdf>

desesperación, la persona le teme a la muerte y aunque pueda llegar a expresar desprecio por la vida continúa anhelando volver a vivirla.

A continuación se detallan algunos trastornos que suelen sufrir los adultos mayores al transcurrir esta etapa evolutiva.

- La Ansiedad.

La ansiedad es un estado de alerta exagerado, se caracteriza por un aumento de la tensión muscular, rigidez, la persona se siente agarrotada, manifestaciones neurovegetativas entre las que se incluye sudor, boca seca, también puede evidenciarse la sensación subjetiva de peligro, excesiva preocupación, inquietud, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño. La ansiedad puede entenderse como patológica cuando interfiere en la efectividad de la vida, con la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable. La misma puede ser un síntoma, un síndrome, un trastorno, ser un estado psiquiátrico comórbido o ser provocado por enfermedades o medicamentos.

La ansiedad como síntoma de la depresión es la forma de presentación más habitual de la ansiedad en la vejez, el 95% de los ancianos que padecen de depresión presentan síntomas de ansiedad y a su vez, la ansiedad puede afectar el curso y pronóstico a corto o largo plazo de la depresión. (Matellanes, B, Díaz, U y Montero, M. 2010).

- La Depresión

El problema de depresión es el más común en lo referente a la salud mental en la tercera edad. Dentro del grupo de los trastornos depresivos hay que hacer una distinción entre lo que es el trastorno distímico o distimia y la depresión mayor. El primero hace referencia a un trastorno depresivo crónico más moderado en el que se da un estado de ánimo depresivo y otros síntomas como pueden ser alteraciones del sueño, pobre autoestima e indefensión durante la mayor parte del día en los últimos dos años. La depresión mayor implica que el sujeto presente durante al menos dos semanas pesar, tristeza o ánimo deprimido, irritable, desinteresado la mayor parte del día, además debe

presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales: (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- ✓ Una disminución importante del interés y el placer en la mayoría de las actividades diarias.
- ✓ Aumento o disminución importante del apetito o el peso.
- ✓ Trastornos del sueño con insomnio o sueño excesivo.
- ✓ Cambios psicomotores con agitación o lentitud de movimientos
- ✓ Cansancio inexplicable y falta de energía
- ✓ Sentimientos de falta de valía, culpa inapropiada, inutilidad o indefensión.
- ✓ Dificultad de pensamiento, concentración y toma de decisiones
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte y abandono o ideación suicida.

- La hipocondriasis.

Este es un trastorno psiquiátrico que implica el miedo de una persona a tener una enfermedad grave o la idea de que ya la tiene, basándose en una interpretación errónea de los síntomas. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- Los trastornos del sueño.

La transformación de los hábitos sociales del adulto mayor ocasionado por la jubilación, por la responsabilidad laboral y social reducida ocasiona alteraciones en el sueño. Durante el proceso de envejecimiento aumentan las dificultades para dormir y el tiempo pasado en la cama y las horas de sueño se intercalan con momentos de insomnio y sus interrupciones suelen ser más frecuentes. Benetó (2000) las alteraciones del sueño en el adulto mayor pueden llegar a interferir en la capacidad para realizar con normalidad las funciones diarias habituales ya que a la noche sufre de insomnio y somnolencia diurna.

Dentro de los trastornos del sueño encontramos el insomnio, es la alteración más frecuente. Los síntomas incluyen, dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares, escaso tiempo total de sueño. Síndrome de apnea

obstructiva del sueño, movimientos periódicos de piernas, este último puede ser causa de un insomnio grave principalmente cuando estos fragmentan el sueño y termina siendo poco reparador. Parasomnias, es el sonambulismo, es decir el “vagabundeo nocturno o errabundismo”. Trastorno del sueño por inadaptación, este se debe a situaciones emocionales muy perturbadoras como lo puede ser la jubilación, una hospitalización o la viudedad. Las personas que padecen este trastorno sufren cambios en la calidad del sueño principalmente dificultad para el inicio y mantenimiento del sueño nocturno, lo que provoca irritabilidad, ansiedad, menor rendimiento cognitivo. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

Aspectos Sociales del Envejecimiento.

El envejecimiento además de estar determinado por aspectos biológicos, psicológicos se encuentra influenciado por los aspectos sociales y el medio ambiente en que interactúa.

En cada contexto socio histórico se construye una imagen y un rol acerca de las personas adultas mayores, lo que hace que sean valoradas de distinta manera. Generalmente la valoración que existe hacía ellas es negativa, se asocia a los que transitan por esta etapa con personas enfermas, que sufren discapacidad, frágiles, esto se debe a que no existe una definición positiva de vejez. Butler, R en 1973 describió un conjunto de actitudes negativas que él veía que la sociedad tenía con respecto a los adultos mayores, este fenómeno fue estudiado por Salvarezza, quien lo denominó “viejismo”, término mediante el cual se hace referencia al rechazo, tendencia a la marginalización, temor, desagrado, negación, agresión, todas actitudes ligadas entre sí y que operan discriminando a la persona que envejece. Es una actitud que ha sido incorporada por las personas a través de los años y transmitida por la cultura. Resulta ser que para muchos este hecho se encuentra reforzado porque se observa el declinar físico de la persona mayor, se considera que ya no son productivos, que ya no son portadores de lo que esta sociedad consumista levanta como modelos que giran alrededor de tener belleza corporal, poder físico. La tecnología ha ido desplazando la experiencia enriquecedora mediante

la cual los adultos mayores leían cuentos a sus nietos, lo cual era muy rico en experiencia vivida como en contacto afectivo.

Desde la postura del “viejismo” generalmente se consideran desde el punto de vista social a las personas mayores como enfermas, seniles, rígidas, asexuadas, pasadas de moda incluyendo además una infinidad de rótulos descalificatorios de las mismas.

Los adultos mayores además de ser víctimas de estas construcciones sociales sufren muchos otros cambios que indudablemente los afectan de una u otra forma.

- La Jubilación.

Cuando se hace referencia a la jubilación entendemos el retiro del mundo del trabajo, por haber cumplido la edad exigida por la ley o por estar incapacitado para trabajar. Generalmente se asocia la vejez con la jubilación pero estos no son términos equivalentes ya que esta última puede producirse a distintas edades debida a diversas circunstancias. El hecho de la jubilación plantea grandes desafíos para la persona entre uno de ellos se encuentra el aprender a ocupar la gran cantidad de tiempo libre del que disponen.

Algunas personas esperan la jubilación con ansias, para de este modo sentirse liberados del trabajo, otros miran este acontecimiento desde lejos, como algo que no les llegara nunca, pero cabe mencionar que sea cuales sean las expectativas que las personas mayores tengan con respecto a este acontecimiento produce un alto impacto emocional e implica un proceso adaptativo que puede llegar a implicar un trastorno depresivo. La jubilación es un cambio brusco y total que afecta la esfera socio- profesional y familiar de forma violenta que incluso puede llevar al individuo a un estado de confusión y desmotivación. El papel que desempeñaba la persona en la sociedad o la consideración social que generaba la profesión, la seguridad de tener un salario mensual, se vienen abajo. El jubilado generalmente es un sujeto que se encuentra marginado de los sectores activos de la sociedad.

Este acontecimiento suele ser más traumático en aquellas personas que han dedicado su vida al trabajo, el cual era única fuente de motivación. Muchas personas a partir de los 65 años, comienzan a evolucionar hacía conductas

depresivas, esto se debe a que no se promueve la realización de otras actividades como por ejemplo, la música, la pintura, estudios especiales, labores de cooperación, solidaridad, como así tampoco se buscan nuevas alternativas postlaborales (Akerman, J. 2011).

El adulto mayor puede adoptar diversas actitudes frente a la jubilación, una de ellas es la actitud de rechazo, la persona niega la jubilación quizás por haber sobrevalorado su faceta laboral, percibe la vida como vacía de sentido, sin posibilidad de mantener el estatus o nivel de vida previo. Esta actitud puede deberse a variados motivos, entre ellos se menciona, haberse tenido que jubilar prematuramente, considerarla un alejamiento brusco de la actividad laboral, por la pasividad que implica e incluso por asociar jubilación con envejecimiento. Otro tipo de actitud es la conformista y resignada, es cuando la persona acepta la jubilación como algo inevitable, como una etapa más que debe enfrentar. Hay personas que entienden la jubilación como una liberación, piensan que es un premio al trabajo realizado, pero cabe mencionar que esta actitud puede provocar aburrimiento y apatía por la falta de expectativas, proyectos y actividades con las que llenar el tiempo libre que antes se dedicaba al trabajo. Otra actitud es percibir la jubilación como una oportunidad de poner en marcha proyectos y actividades que hasta ese momento no había podido realizar por encontrarse trabajando, desde este tipo de actitud la jubilación es entendida más positivamente, ya que permite iniciar nuevas actividades en muchos más enriquecedoras que el trabajo abandonado. La persona mayor puede adoptar también una postura ambivalente, es decir, mantener varias de las actividades anteriores.²⁶

Otros factores que pueden incidir en la adaptación a la jubilación son el nivel educativo y los ingresos económicos, generalmente cuanto más alto es el nivel educativo mejor suele ser el ajuste a la jubilación ya que ha podido planificarse con anterioridad y el mejor paso a esta situación.

Ingresos inadecuados y problemas financieros suelen asociarse a insatisfacción y mal ajuste, en caso de disponer de recursos económicos

²⁶ Bueno Martínez, B y Buz Delgado, J (2006). "Jubilación y Tiempo Libre". *Informe Portal Mayores* n°65. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>

adecuados y apoyo social importante, buen estado de salud, predisponen a afrontar este proceso de forma satisfactoria.

Otro hecho importante a tener en cuenta es que la pérdida del rol del trabajador es más problemática para aquellos jubilados que estaban en puestos de poco prestigio que para los que ocupaban un lugar de reconocimiento personal y profesional. Este último grupo de personas generalmente una vez jubilados tienen mayor contacto con grupos profesionales, se implican más en trabajos de tiempo parcial lo que conlleva a un incremento de la satisfacción.

Por último, otro de los factores influyentes en el ajuste a la jubilación es el estado de salud, este puede retrasar o adelantar este acontecimiento, o limitar la realización de actividades y la cantidad de contactos sociales. Muchos consideran que el proceso jubilatorio desencadena importantes secuelas sobre la salud, pero este no constituye un porcentaje mayoritario, generalmente dejar la actividad laboral favorece una mejora en el estado de salud principalmente en trabajos que exigían desgaste físico. (Bueno Martínez, B y Buz Delgado, J (2006).

El trabajo forma parte de la identidad personal y en muchos casos, apoya la autoestima de la persona, por ende la situación laboral y su finalización puede afectar a la satisfacción con la vida. Dentro de los factores que influyen en la satisfacción tiene que ver con que si la jubilación se realizó de manera voluntaria o forzosa, en este último caso, las personas tienen un peor nivel de bienestar y puede llegar a suceder que algunas lleguen a sufrir problemas psicológicos porque no se sienten útiles. Como se menciono con anterioridad la satisfacción con la actividad y estatus socioeconómico proporcionado por dicha actividad laboral también afecta, suele suceder que en los casos que el trabajo otorga a la persona un elevado prestigio presenta dificultades para adaptarse al rol del jubilado, mientras que las personas con empleos de baja remuneración suelen desvincularse de forma menos traumática. Otro aspecto tiene que ver con las relaciones sociales, es sabido que la jubilación precipita una reducción con los antiguos compañeros de trabajo pero en el caso de poder mantenerlos, esto reduce las dimensiones de la ruptura que la desvinculación laboral suele producir en la vida de los individuos. La actitud y preparación previa ante la jubilación afecta la satisfacción y adaptación exitosa o en caso contrario

problemática al rol de jubilado. Esto hace referencia a la posibilidad de la persona mayor de haber planeado la dedicación a diversas actividades posterior a la jubilación, esto influye en el proceso de ajuste y de reorganización posterior de su vida, además, en caso de que dichas actividades de ocio favorezcan las relaciones sociales refuerza la adaptación satisfactoria. En caso contrario, el exceso de tiempo libre sin ninguna actividad definida a la que dedicarse suele generar sentimientos negativos de aburrimiento, inutilidad, marginalización o incluso dependencia. En lo referente a los factores psicológicos y de personalidad, los individuos con un buen control interno que pueden verse a sí mismos como agentes activos de su propia adaptación tienen un mayor nivel de satisfacción con la jubilación, al igual personas con alta autoestima y la percepción de sí mismo como competente en su trabajo. Otro aspecto influyente en la satisfacción con la jubilación es la calidad de vida en pareja, esta puede precipitar la jubilación, ya que la persona desea pasar más tiempo con el conyugue, esto lleva a verla como algo positivo pero cuando implica convivir las 24 horas comienza a ser vista como algo negativo. Cabe mencionar que la vida matrimonial y el consecuente incremento del tiempo compartido depende de la calidad de la relación previa a la jubilación. En lo que concierne a los hobbies y aficiones, aquellas personas que los realizan de forma previa a la jubilación son más susceptibles de disfrutar su tiempo fuera del trabajo mientras que aquellos con pocas vocaciones en años anteriores pueden encontrar la jubilación como algo deprimente. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- La Soledad.

El ser humano es un ser social que está continuamente en contacto con otras personas, por ende, no puede pensarse a sí mismo si no lo es como miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y pertenencia.

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad. Pueden distinguirse dos tipos, uno objetivo, el cual hace referencia a la falta de compañía, cabe mencionar que no siempre es una experiencia desagradable muchas veces es algo buscado y enriquecedor. El segundo tipo es la soledad subjetiva, en este caso

se hace alusión a aquellas personas que padecen la soledad, es un sentimiento doloroso.

La soledad se manifiesta como un vacío como la falta de algo que se necesita, implica un empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales. La soledad se encuentra influida por diversos factores como lo son la clase socioeconómica, la clase étnica, la viudez, las relaciones familiares, la economía, la jubilación y muchos otros factores que interactúan de cara a proporcionar una compleja red de sucesos y presiones.

Un acontecimiento de los tantos arriba mencionados que influye fuertemente en la aparición del sentimiento de soledad es la viudez, esta es considerada uno de los trances más difíciles de la existencia humana. La viudedad de la mujer es más habitual ya que la edad media de vida es menor en hombres que en las mujeres. Este acontecimiento

provoca cambios tanto a nivel individual, familiar como social. A nivel personal se evidencian dificultades en la adaptación a una vida diferente impuesta por la viudedad esto ocasiona secuelas tanto en la esfera emocional como material, en el primer caso hace



referencia a la desilusión por la vida, malestar psicológico, insomnio y depresión puede conllevar a su vez a una disminución del apetito desinterés, problemas de sueño o incluso ideaciones de muerte y suicidio. En el caso de lo material, se destacan las limitaciones de los hombres a la hora de realizar las labores domésticas. En lo que refiere al nivel familiar, se entiende que la viudez implica pasar de un estado de convivencia exclusiva con el conyugue a otro radicalmente distinto, es decir, un hogar unipersonal, corresidir con la o ingresar a una residencia. Por último a nivel social, esta experiencia supone la pérdida de la esposa o esposo pero además, frecuentemente, se produce la pérdida del resto de las relaciones sociales. Con el correr del tiempo, la muerte de los parientes, amigos, se vuelve un fenómeno común. Además, el empobrecimiento de la actividad social como consecuencia del enviudamiento

puede derivar en episodios de aislamiento, evitando contactos con el mundo externo y hasta incluso las salidas fuera de la casa.

Por último, cabe mencionar que la aceptación de la viudez como un hecho natural en el proceso de envejecimiento consuela en gran medida a las personas mayores y la actitud de resignación ayuda a asimilar la defunción del conyugue, por ende, cobra un papel importante el hecho de reorganizar o continuar con la propia vida que más que un deseo o cualquier otra cosa es una auténtica necesidad. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

- La Familia.

La familia actúa como una red social de apoyo que acrecienta su importancia en el proceso de envejecimiento, ya que es una etapa en donde tiende a retraerse otras relaciones sociales. En sí es el mejor recurso de apoyo a pesar de que la imagen de la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas. La familia es la principal proveedora de cuidados y fuente de sostén de la persona mayor.

- La Institucionalización.

Es indudable que los cambios acontecidos como consecuencia de lo que se denomina “transformación demográfica” conjuntamente con la modificación de los estilos de vida, ha afectado de forma significativa a las personas mayores y a su entorno. Consecuentemente los centros residenciales, los hogares asilos o sea cual sea la modalidad han cobrado una importancia que antes no tenían. Estos centros se están convirtiendo progresivamente en una alternativa con el fin de responder a las nuevas necesidades de este grupo etario a través de la adecuación de sus servicios y cualificación de sus profesionales.²⁷

La familia cumple un importante rol en lo que respecta al cuidado y protección de los adultos mayores pero sucede que muchas veces la misma familia es la precursora del abandono, esto se debe a diversos factores o incluso suele ser

²⁷ Ramos Cordero, P, Larios Gonzales, O, Martínez de la Mata, S, Martínez, M y Pinto Fontanillo, J (2003). “Prevención y Promoción de la Salud en el Anciano Institucionalizado. (La residencia como espacio de convivencia y de salud). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>

hasta porque se convierten en una molestia en el grupo familiar, esto conlleva a la búsqueda de una institución que se haga cargo de las personas mayores, en lo que respecta al cuidado y la contención, lo que indudablemente puede llegar a provocar trastornos psicológicos al adulto mayor.

Cuando una persona ingresa a la institución puede deberse a distintos motivos, entre ellos los antes mencionados pero muchas veces también suele coincidir con un proceso vital que en la mayoría de los casos conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y/o emocionales del sujeto. Esto indudablemente implica un proceso de adaptación para los diversos actores, en primer lugar la persona mayor, pero también la familia debe adaptarse, el personal del centro y el propio ambiente.

En la institucionalización, la independencia habitacional, la estabilidad residencial y la interacción con el medio social resultan vulneradas. En estas instituciones las habitaciones se comparten al igual que los baños como así también diversos espacios. Además existen días y horarios de visita, ropa determinada que puede usarse, menú preestablecido, en sí normas institucionales que la persona mayor debe respetar. Consecuentemente el adulto puede experimentar sentimientos de tristeza, añoranza, soledad, falta de intimidad, la existencia de problemas en la convivencia con extraños e incluso suele darse el síndrome confusional, este se caracteriza por no poder reconocer el lugar, los objetos, las personas que lo rodean, que duermen a su lado.

Algunos cambios por los que atraviesa la persona mayor, tienen que ver con el cambio ambiental debido al ingresar a la institución, el sujeto pasa de un macroambiente exterior a un microambiente interior, lo que indudablemente implica por un lado una reestructuración de la experiencia espacial y por otro la reestructuración de la experiencia social. La naturaleza propia del ambiente institucional, los hogares asilos o residenciales o cualquiera sea su modalidad que parecen ser entornos fríos y deshumanizantes, tienden a causar declives en el funcionamiento humano, en el caso de ambientes que fomenten la autonomía es improbable que se produzcan los cambios antes mencionados hasta incluso puede llegar a observarse mejorías. Es importante la preparación previa y la voluntariedad de la persona mayor para ingresar al centro, esto

alivia la tensión, disminuye la ansiedad, le permite construir expectativas realistas, incrementar la aceptación del ingreso. Y por último otro factor, es el estado de salud previo del adulto mayor, este va a condicionar tanto su nivel de adaptación al nuevo entorno como sus posibilidades de supervivencia. (Matellanes, B, Diaz, U y Montero, M. 2010).

Los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

La población de América Latina y el Caribe envejece significativamente debido a la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, consecuentemente se produce un incremento de las personas mayores de 60 años, esto implica que el Estado deba generar políticas públicas que atiendan especialmente a los adultos mayores y lo hagan desde un enfoque integrador y de inclusión que impacte positivamente en la calidad de vida de la población y en el desarrollo de los países.²⁸

Los Derechos Humanos son universales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, pertenecen a todos los seres humanos incluidas las personas adultas mayores. Estos se encuentran establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados y declaraciones.

El estado debe actuar como garante de los derechos sociales, debe tutelarlos, protegerlos, resguardarlos. Las políticas públicas deben concebirlo como instrumentos válidos para la promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de

Ciudadanía de todas aquellas personas que componen la sociedad.

Los adultos mayores se encuentran entre los grupos que sufren mayor discriminación, desprotección social y marginación. Habitualmente se evidencia la violación de los derechos de este grupo etario, mediante la restricción en el

²⁸ Pochtar, N y Pszemirower, N (2011). "Personas Adultas Mayores y Derechos Humanos". Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pochtar-personas-01.pdf>

acceso a los servicios de salud, imposibilidad de acceder a una vivienda digna y el derecho a una cobertura previsional entre otros tantos acontecimientos.

En Argentina los Derechos de las personas mayores están amparados en la Constitución Nacional Argentina pero no de forma específica, en su artículo 75 inciso 23 postula lo siguiente:

“Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los que los niños, las mujeres, los ancianos y personas con discapacidad”.

El artículo 14 establece “todos los habitantes de la Nación gozan del derecho a trabajar y al ejercicio de toda industria lícita”. El artículo 14 bis expresa que:

“El estado otorgará beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes: jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna”.

A pesar del reconocimiento de sus derechos, la mayoría de los adultos mayores no pueden enfrentar sus problemas diarios esto se debe a que no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, por ende, son más vulnerables a sufrir violación a sus derechos.²⁹

Sin duda la discriminación y la violación de los derechos de las personas mayores son partes de la realidad de nuestro país que no podemos ignorar. Las mismas se realizan desde formas muy sutiles que muchas veces hasta

²⁹ Amico, L. (2009). “Envejecer en el Siglo XXI. No Siempre Querer es Poder. Hacia la Deconstrucción de Mitos y la Superación de Estereotipos en torno a los Adultos Mayores en Sociedad”. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Septiembre. Número 55.

parecen invisibles ante los ojos de toda la sociedad, hasta los actos más crueles e inhumanos dan cuenta de este hecho cuando aparecen en los medios masivos de comunicación. Esto resulta ser incompatible con lo que la Constitución consagra. (Amico, L. 2009)

Hoy en día el desafío consiste en amparar e incluir a las personas de edad como parte integrante de la sociedad, como parte indispensable para el desarrollo social y para poder lograr una sociedad “para todas las edades”, con participación intergeneracional. Para que esto sea posible, es preciso poner énfasis en la promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores, con el fin de superar situaciones desventajosas que este grupo etario padece y evitar que se las siga marginando, y sigan siendo víctimas de la discriminación. (Pochtar, N y Pszemiarower, N, 2011).

En este capítulo el propósito fue abordar los diversos cambios que sufre el adulto mayor cuando transita por la etapa evolutiva de la vejez. El proceso de envejecimiento es universal, todos los seres humanos envejecen pero no lo hacen al mismo tiempo como así tampoco de la misma forma, cada caso es único, y esto se debe fundamentalmente a la interacción de los factores genéticos con los ambientales, lo cual da como resultado una amplia diversidad en lo que refiere a modos y tiempos de envejecer.

Es imprescindible que aquellos profesionales abocados a la vejez tengan muy en cuenta estos aspectos, porque no se debe generalizar el proceso de envejecimiento, cada uno envejece a su tiempo y a su manera, es importante respetar esto a la hora de trabajar con adultos mayores, además deben procurar y promover la remoción de diversos prejuicios y mitos que rodean a la vejez. El adulto mayor de hoy en día no es el mismo de hace cien años atrás por lo tanto como profesionales, como ciudadanos, se debe luchar para que se los incluya en la sociedad, para que dejen de sentirse aislados, improductivos, ineficientes, se debe promover además las relaciones intergeneracionales de lo cual se podría sacar mucho provecho.

CAPITULO II

Envejecimiento Normal y Patológico



Capítulo II

Envejecimiento Normal y Patológico

El envejecimiento es un fenómeno universal e inevitable, todos los seres humanos envejecen. Es un proceso que implica cambios a nivel biológico, psicológico y social, resultantes de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta.

El aumento de personas mayores de 60 años se correlaciona con un incremento de las enfermedades neurodegenerativas. Según De la Barrera, M., y Donolo, D. (2009), este grupo de enfermedades se caracterizan por la ausencia de una causa específica, inicio insidioso, curso progresivo de los síntomas, y es el reflejo de la desintegración paulatina de una o varias partes del sistema nervioso.

La distinción entre lo que es envejecimiento normal y patológico resulta imprescindible a la hora de planificar los cuidados y tomar decisiones que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores, de sus cuidadores y/o familiares; Para que esto sea posible es necesario conocer el estado cognitivo del adulto mayor.

El estado cognitivo es definido de la siguiente manera;

“La condición estable de un conjunto de funciones cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, viso espacial y ejecutivas, entre otras) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de la actividad mental en relación con las exigencias de la vida diaria en múltiples áreas (cotidiana, laboral, social, etc.)”

(Mias, C, et.al, 2007, p 735)

Cuando hablamos de envejecimiento exitoso o normal se hace referencia a;

“Aquellas personas que aún en edades muy avanzadas presentan una ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas y llevan una vida relativamente normal”.

(Ardila, A y Rosselli, M, 2007, p 228)

Por el contrario, cuando se hace alusión al envejecimiento patológico, las personas manifiestan una caída más acelerada de las habilidades cognoscitivas existiendo la posibilidad de presentar algún tipo de demencia.

El cerebro no está exento a los cambios que ocurren en el adulto mayor, sin duda alguna, el sistema nervioso al igual que el resto del organismo es susceptible al transcurrir de los años.

Con el correr del tiempo comienzan a evidenciarse ciertas modificaciones cognoscitivas por ejemplo la percepción, el lenguaje, la atención y la memoria sufren alteraciones.

Para Varela, L., Chávez, H., Galvez, M., y Mendez, F (2004), la función cognitiva cambia con la edad. Entienden que la misma es el resultado del funcionamiento global de las diversas áreas intelectuales.

Muchas personas adultas mayores pueden envejecer “exitosamente”, es decir, varias de sus funciones cognitivas permanecer prácticamente igual que en su juventud. Pero existe otro grupo de personas, el cual es mayoría, que sufre la disminución en alguna área cognitiva como lo pueden ser, la de aprender nueva información o ejecutar funciones motoras rápidas. Otro grupo de adultos mayores sufren por ejemplo de Enfermedad de Alzheimer, la cual deteriora severamente el funcionamiento cognitivo.

“Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y patológicas como la Enfermedad de Alzheimer, un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica.”

(Varela, L, et. Al, 2004, p 38)

De forma general, algunas de las modificaciones que ocurren en el proceso de envejecimiento tienen que ver con la presencia de problemas de memoria, viéndose alterada la memoria para hechos recientes, manteniéndose preservada la memoria inmediata y remota. Esto suele asociarse a una alteración a nivel del hipocampo. La memoria episódica se encuentra alterada sucediendo lo contrario con la semántica que hasta incluso puede llegar a mejorar. Se produce una disminución en lo que refiere a la velocidad de procesamiento, enlentecimiento motor y pérdida de flexibilidad mental, las personas suelen tener dificultades para retener dígitos y decirlos en forma inversa, lo cual se relaciona con el declive de la memoria de trabajo. En lo que refiere al lenguaje el vocabulario y el léxico se preservan, observándose alteraciones en lo que respecta a la fluencia verbal, ya que está depende de la atención, de la velocidad de procesamiento y la producción motora. Cabe mencionar que estas alteraciones, en una persona adulta que transita por un envejecimiento normal no afectan de manera significativa las actividades diarias del sujeto, esto se debe a que estas pérdidas en ciertas áreas se compensan con mejores ejecuciones de otras funciones cognitivas.³⁰

Envejecimiento Patológico.

El fenómeno de explosión demográfica, conduce a un incremento de las enfermedades ligadas a la edad, entre ellas se sitúa el Deterioro Cognitivo Leve y la demencia. Estas enfermedades constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI, Basterra Besga, A. (2008) expresa que se ha convertido en el tercer problema de salud más importante de los países desarrollados, detrás de la patología cardiológica, cerebrovascular y el cáncer.

En el transcurso de un envejecimiento normal hasta la demencia en general y la Enfermedad de Alzheimer, en particular, según Alberca Serrano, R. (2011),

³⁰ Besga Basterra, A. (2008). "Neuroimagen Estructural y Funcional en Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer". Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8196/1/T30565.pdf>

existe un continuum en el que se han situado diversas entidades creadas para identificar personas mayores en un estadio precoz de la enfermedad y poder llevar a cabo acciones antes que las alteraciones cognitivas y funcionales sean irreversibles. Las principales entidades son: queja subjetiva de memoria (QSPM) y deterioro cognitivo leve (DCL).

Queja Subjetiva de Pérdida de Memoria.

Llegado a la tercera edad gran parte de las personas mayores manifiestan pérdida de memoria, cuando acuden a consulta los neurólogos realizan una exploración neuropsicológica en donde no se corrobora esta pérdida. Generalmente son personas que acuden solas a consulta, y manifiestan por ejemplo, olvidarse un número de teléfono, donde dejó una cosa, no recuerda lo que le dijeron con anterioridad, pero al poco tiempo lo manifiesta. Recuerda lo que ha hecho con anterioridad, administra sus finanzas, su medicación, entre otras. Por ende, esta “pérdida” se asocia más a una falta de atención que a una alteración de la memoria. De igual manera resulta necesario realizar una exploración general y neurológica para descartar cualquier causa de este tipo de quejas. (Alberca Serrano, R. (2011).

Según lo expresa este autor, la queja subjetiva de pérdida de memoria puede deberse a diversas causas, entre ellas menciona: depresión y /o ansiedad, alteraciones del sueño, enfermedades médicas diversas, efectos adversos de los tratamientos y sin causa aparente la cual es más común.

En lo que respecta a la evolución, cabe mencionar que es muy variable, puede suceder que desaparezca, que se mantenga sin empeorar o incluso que evolucione primero hacia un deterioro cognitivo leve y luego a la Enfermedad de Alzheimer, pero esto ocurre rara vez.

Deterioro Cognitivo Leve. (DCL)

A lo largo de la historia se han adoptado diversos términos para hacer referencia a estadios intermedios entre normalidad y demencia, en 1962, Kral hacía la distinción entre “olvidos benignos y malignos” en la vejez, este fue el

primer intento de diferenciar la función de memoria “normal” de los procesos patológicos, considerándose a los primeros como una variante del envejecimiento. En el caso de los olvidos benignos, las personas mayores mostraban fallos en la memoria de carácter ligero y estable, presentaban dificultades para recordar datos insignificantes y partes de una experiencia como por ejemplo, nombres, lugar o fecha, mientras que la experiencia en sí misma era memorizada. Estas fallas en la memoria no se acompañaban de otros trastornos cognitivos siendo la mortalidad y evolución a demencia similar a los sujetos que transcurrían por un envejecimiento normal.

Los olvidos malignos tienen que ver con una alteración mayor en la memoria, fundamentalmente en lo que refiere a la reciente y remota, los rendimientos en las pruebas neuropsicológicas son bajos, por lo tanto probablemente su evolución sería hacia la demencia.³¹

En 1986 comienza a utilizarse el término “Deterioro de la memoria asociado a la edad” (AAMI) según Scharovsky, D (2007), los criterios de inclusión hacían alusión a que la persona debía tener una edad de 50 o más, debía presentar quejas de memoria en la vida cotidiana, debía existir un deterioro objetivable de una desviación estándar con respecto al adulto joven, no presentar demencia, y tener una inteligencia promedio o por encima de este. Los criterios de exclusión, consistían en descartar cualquier condición médica o psiquiátrica que conllevará a una alteración de la memoria. En 1989, Blackford y La Rue, subdividieron esta entidad por un lado en “Deterioro de la memoria consistente con la edad”, haciendo referencia a aquellos sujetos cuyo rendimiento se encontraba alrededor del 75% en la pruebas de memoria administradas, con una desviación típica con respecto al grupo de su misma edad y por otro en “olvido de la vejez”, incluía a aquellas personas con un rendimiento de una o dos desviaciones por debajo de su grupo etario.³²

³¹ Scharovsky, D (2007). “Revisión de los Cuadros de Deterioro Cognoscitivo no Demencia”. *Revista del Hospital Privado de comunidad*. Agosto, 10 (1): 47-56. Disponible en: <http://www.hpc.org.ar/images/revista/558-r16n1p47.pdf>

³² Samper Noa, J, Llibre Rodríguez, J, Sánchez catases, C y Sosa Pérez, S. (2011). “El Deterioro Cognitivo Leve antes de la Enfermedad de Alzheimer”. *Revista Habanera de ciencias médicas*. Marzo, 10(1): 27-36. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1804/180418876006.pdf>

En 1994 la International Psychogeriatric Association conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen la utilización del término “Declive cognitivo asociado al envejecimiento” (DCAE), entendiéndose como la disminución en alguno de los siguientes dominios: memoria y aprendizaje, atención y concentración, pensamiento, lenguaje y dominio viso-espacial, existiendo una desviación por debajo de la media establecida para el mismo grupo etario y nivel de escolaridad. La declinación no debía lo suficientemente grave como para constituir una demencia, no debía ser consecuencia de ninguna patología médica o psiquiátrica ni al uso de sustancias psicoactivas, los síntomas debían persistir al menos seis meses, y por último, la declinación debía ser informada por un familiar y/o cuidador confiable.³³

En el año 2001 los criterios de la Clínica de Mayo quedan expuestos en una revisión que centraba su interés en la evidencia clínica, sugiriendo la necesidad de identificar a aquellas personas que sufrieran de DCL y realizar un estudio longitudinal de las mismas ya que el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer es alto.

El término “el Deterioro cognitivo leve” (Mild Cognitive Impairment) fue inicialmente propuesto por Flicker, pero fue la utilización y caracterización realizada por Petersen la que dio mayor difusión y propició la utilización del mismo. Cabe mencionar que recién a finales de la década de los noventa comienza a tener mayor aceptación y atención en la literatura especializada, siendo aceptada por la Academia Americana de Neurología recién en 2004. (Samper Noa., J, et al, 2011).

Esta entidad hace referencia a un trastorno cognitivo de baja intensidad, que se ubica en una posición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Estas personas tienen un riesgo mayor a padecer Enfermedad de Alzheimer u otras demencias. (Alberca Serrano, R, 2011).

Según Samper Noa, J, et.al, (2011) el DCL implica una alteración de la memoria superior a la esperada a la edad del sujeto y el nivel de escolaridad,

³³ Álvarez Saúco, M y Alam Poveda, J. (2009). “Capacidad Predictiva de Demencia por Enfermedad de Alzheimer de Diferentes Criterios Diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve.” *Revista Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*. 41: 13-19. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/>

quien no tiene dificultades a la hora de realizar las diversas actividades de la vida cotidiana, por ende, no se habla de demencia. Resulta imprescindible que se constate que las fallas en la memoria son adquiridas mediante un informante confiable.

Pose, M y Manes, F. (2010) sostienen que en la actualidad el término Deterioro Cognitivo Leve, se reconoce como una entidad patológica y no como un proceso normal asociado a la edad. Los sujetos incluidos en este grupo presentan cierto grado de déficit cognitivo pero su gravedad no es suficiente como para cumplir con los criterios de demencia fundamentalmente porque no se encuentran comprometidas las actividades de la vida diaria.

Pelegrín Valero, C., Olivera Pueyo, J., y Castillo Jimenez, L (2011), consideran que no existe un biomarcador entendiéndose por este una característica somática específica o cambio biológico cuantificable relacionado con el estado de salud- enfermedad que permita el diagnóstico en una fase previa a la demencia y que determine cuales serán los casos que evolucionaran hacia una demencia.

Según estos autores, a la hora de realizar un diagnóstico precoz y etiológico del síndrome demencial es imprescindible realizar una evaluación neuropsicológica, para determinar el tipo de afectación de las funciones superiores que presenta el sujeto, entre ellas se evaluaría: orientación en persona, espacio, y tiempo- atención- memoria- funciones ejecutivas- lenguaje oral y escrito- valoración de habilidades motoras y praxias- gnosias- evaluación de alteraciones conductuales y emocionales. Mientras más amplia sea esta evaluación existirán más posibilidades de hallar alteraciones en otros dominios distintos de la memoria.

Algunas baterías que son utilizadas para evaluar el DCL son: Cambridge Mental Cognitive, la escala de enfermedad de Alzheimer y el Test Barcelona.

Además de la evaluación neuropsicológica es necesario realizar un análisis tanto cuantitativo como cualitativo de las funciones que el sujeto tiene preservadas como alteradas. Sin duda alguna esta información debe acompañarse de datos de la historia clínica, opinión de familiares y resultados de neuroimágenes ya que ninguno de estos aspectos de forma independiente

nos permitirá obtener un diagnóstico de DCL. Este conjunto de información nos brindara la posibilidad de:

- “Aproximarnos al estudio y diagnóstico de los trastornos intermedios entre el envejecimiento normal y la demencia
- Integrar la neuropsicología con el resto de las pruebas complementarias, favoreciendo el diagnóstico clínico de los principales tipos de demencia
- El diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de demencia”.

(Pelegri Valero., C, Olivera-Pueyo, J., y Castillo Jimenez, L, 2011, p 369)

Consideran además que la demarcación entre ambos síndromes se basa principalmente en aspectos cuantitativos:

“La intensidad de la repercusión funcional que esos déficit cognitivos producen en las actividades cotidianas más complejas de la vida del paciente. Así, el constructo teórico de DCL pretende englobar todos los cuadros clínicos que, desde una perspectiva dimensional, se encuadran entre el funcionamiento cognitivo normal y el síndrome demencial.”

(Pelegri Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L, 2011, p 369).

En lo que refiere a la epidemiología del DCL, cabe mencionar que la frecuencia del mismo varía enormemente de unos estudios a otros, depende de la media de edad de las personas mayores, los criterios diagnósticos, test utilizados y puntos de cortes, sucede lo mismo con la tasa de conversión a demencia, sin duda en los adultos mayores que presentan DCL la tasa es superior, pero varían de un trabajo investigativo a otro, especialmente por el tipo de estudio, siendo mayor la probabilidad en estudios de corte transversal.(Alberca Serrano, R, 2011). De forma general Fernández Verdecía, C, Machado Porro, M y Díaz del Guante, M (2009) establecen que su prevalencia aumenta con la edad y la conversión a demencia se estima una frecuencia entre 10% y 15% por año.

Según Pose, M y Manes, F, (2010) algunos de los factores de riesgo tendrían que ver con la presencia del genotipo APOE4 (fundamentalmente para el caso del DCL amnésico), depresión, factores raciales, bajo nivel educacional, atrofia

e infartos identificados en resonancia magnética, presencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Resulta imprescindible mencionar que existen diversos subtipos de DCL, los cuales guardarían una relación con determinada evolución posterior. Por un lado encontramos, DCL con afectación de la memoria, lo cual nos permite hablar de dos tipos, el DCL amnésico en donde sólo se encuentra deteriorada la memoria, objetivadas mediante pruebas estandarizadas tomando como referencia datos normativos del mismo grupo etario y nivel de escolaridad, las actividades de la vida cotidiana no se encuentran interferidas, función cognitiva general esencialmente normal, y generalmente evolucionan a una demencia tipo Alzheimer.

DCL de dominios múltiples amnésico, en donde además de existir un deterioro de la memoria otros dominios cognitivos se encuentran afectados pero la severidad no es suficiente como para comprometer las actividades de la vida diaria. Su evolución es incierta, pudiendo progresar muchos casos hacia una demencia tipo Alzheimer, demencia vascular o tratarse de una evolución regresiva de DCL ³⁴

Por otro lado, encontramos aquellos DCL en los cuales no existe un deterioro de la memoria pero existe una alteración en algún otro dominio, en tal caso se refiere al DCL de dominio único, en donde se evidencia la afectación de un área cognitiva distinta de la memoria. Además existe otro subtipo denominado DCL de dominios múltiples no amnésico en donde se produce una alteración de dos áreas cognitivas al menos, distintas de la memoria. Cabe mencionar que estos tipos tienen más probabilidades de progresar hacia un tipo de demencia diferente a la de Alzheimer. (Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011).

La mayor parte de la bibliografía existente sobre Deterioro Cognitivo Leve se centra en el DCL amnésico, este es quizás el que se relaciona más con una

³⁴ Fernández Verdecía, C, Machado Porro, M y Díaz del guante, M (2009). "Deterioro Cognitivo Ligero como Predictor del Envejecimiento Exitoso". *Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría*. 4(1): 1-22. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/deterioro_cognitivo_ligero.pdf

fase previa a la Enfermedad de Alzheimer. Para realizar su diagnóstico se tienen en cuenta los siguientes criterios.

- Quejas subjetivas de memoria manifestadas por la persona mayor y corroborada por algún familiar y/o cuidador.
- Las actividades funcionales del adulto mayor debe estar esencialmente preservada o mínimamente afecta.
- La persona no cumple con criterios de demencia.
- Objetivación de un deterioro de la memoria a través de pruebas neuropsicológicas específicas con una desviación estándar de 1.5 o más por debajo de la media para su edad.
- Conservación de cierta normalidad en el resto de las funciones cognitivas.

Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011), mencionan dos tipos más de DCL, el vascular y el distímico. En el primero los individuos presentan deterioro en al menos un área cognitiva pero los déficit no son tan graves como para afectar la vida cotidiana del sujeto y por tal motivo no se realiza el diagnóstico de demencia vascular. En este subtipo también existe un continuum entre el DCL y la demencia vascular. La tasa de prevalencia es muy heterogénea y depende del tipo de lesión y la localización.

“En las lesiones secundarias a *enfermedad de gran vaso* que producen generalmente infartos corticales en localizaciones estratégicas, (lóbulos frontales y parietales, giro angular, hipocampo, etc) esto da lugar a un deterioro cognitivo cortical multifocal.”

“En las lesiones de pequeño vaso (con mayor afectación de circuitos frontosubcorticales) se produce un DCL con afectación fundamentalmente de las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento de información y asociado a síntomas emocionales.”

(Pelegrín Valero, C, et al, 2011, p 376)

En lo que refiere al DCL distímico o afectivo, cabe mencionar que la asociación existente entre DCL amnésico y depresión duplica el riesgo de desarrollar

enfermedad de Alzheimer respecto de los pacientes que no padecen depresión. Dentro de lo que son los factores causales se mencionan los siguientes: escasa motivación, indecisión, negativismo, enlentecimiento psicomotor, interferencia cognitiva por las preocupaciones entre otras.

“La velocidad de procesamiento de la información, la memoria episódica diferida, las capacidades visoespaciales y las funciones ejecutivas son las áreas más afectadas y, en ocasiones, los déficit persisten incluso tras remitir el síndrome depresivo.”

(Pelegrín Valero, C, et al, 2011, p 377)

El papel de la neuroimagen.

Basterra Besga, A. (2008) expresa que la neuroimagen es uno de los mejores recursos diagnóstico de mayor fiabilidad y utilidad con los que cuentan los profesionales especializados a la hora de poder visualizar lesiones y alteraciones que presentan los pacientes con DCL es importante ya que permite predecir con un alto grado de fiabilidad quienes tienen probabilidades de desarrollar una demencia tipo Alzheimer. Por este motivo y por la posibilidad de establecer una causa del DCL específica y tratable como por ejemplo hematomas subdurales, tumores cerebrales, hidrocefalia a presión normal, es importante la utilización de las diversas técnicas existentes de neuroimagen. Además agrega que la resonancia magnética es una de las técnicas que ha proporcionado más información sobre el DCL. (Besga Basterra, A. 2008)

Tratamiento.

Para el Deterioro Cognitivo Leve no existe un tratamiento específico, pero son dos las alternativas que pueden tenerse en cuenta, por un lado el farmacológico, en donde se le administra al paciente Placebo o Donepezil, con el objetivo de retrasar la conversión a enfermedad de Alzheimer.

En la actualidad de forma empírica aún se emplean antioxidantes como lo es la vitamina E, Selegilina o ambos, por la similitud con el efecto neuroprotector que estas sustancias muestran en la enfermedad de Alzheimer y además, se menciona que ha aumentado el interés en los inhibidores de HMG-CoA

reductasa debido a que han mostrado disminuir el riesgo de EA en un 70% aproximadamente. La segunda alternativa hace referencia a la estimulación cognitiva, cuyo centro de interés radica en la plasticidad cerebral.

Demencia.

La demencia es una de las afectaciones más frecuentes en la población adulta mayor, Boada Rovira, M y Robles Bayón, A (2009) definen la demencia de la siguiente manera:

“Síndrome de causa variada, caracterizado por un deterioro intelectual respecto a un nivel cognitivo previo, de intensidad suficiente como para producir interferencia en las actividades de la vida diaria. El deterioro debe afectar a dos o más funciones cognitivas.”

(Boada Rovira, M y Robles Bayón, A, 2009, p 148)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales, Cuarta Modificación, (DSM IV) se considera que la demencia implica:

“El desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia, o una alteración de la función de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.”

(DSM IV, 1994, p 140)

A continuación se desarrollan los distintos tipos de demencia.

Demencia tipo Alzheimer.

Este tipo de demencia es la más frecuente en los adultos mayores, su nombre se debe a que fue descrita por primera vez por el neurólogo alemán Alois Alzheimer en 1906 en una conferencia en Tübingen, y publicada al año siguiente.

La complejidad etiológica y los diversos factores de riesgo que intervienen la convierten en una de las patologías más investigadas y estudiadas en los diversos ámbitos disciplinarios. Resulta imprescindible el estudio de la misma para poder brindar respuestas adecuadas a las necesidades tanto del adulto mayor como de los familiares y/o cuidadores.³⁵

Este tipo de demencia es progresiva, por lo tanto, con el transcurrir del tiempo más partes del cerebro resultan dañadas y como consecuencia los síntomas son más severos.

Durante su evolución se producen placas y ovillos en las estructuras del cerebro lo cual conlleva inevitablemente a la muerte celular.

Esta enfermedad implica una disminución de la capacidad intelectual, se da conjuntamente con cambios psicológicos y comportamentales los cuales afectan tanto a la persona que padece la enfermedad como a quienes tiene a su alrededor. (Davicino, N., Muñoz, M, De la Barrera, M., y Donolo, D., 2009).

En lo que respecta a las causas cabe mencionar que no existe una sola sino que la enfermedad es la resultante de varios factores. (De la Barrera, M y Donolo, D, 2009).

Es importante tener conocimiento de cuáles son los factores de riesgo asociados a la EA para poder llevar a cabo estrategias de prevención específicas. Estos según Besga Basterra, A (2008), se pueden clasificar en dos grupos, los no modificables y los modificables; dentro del primer grupo se encuentra la edad, el sexo (según varios estudios, existe una tendencia a aumentar en mujeres), historia genética (los familiares de primer grado de enfermos de Alzheimer tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad), factores genéticos (en parte de los enfermos se evidencia una mutación del gen precursor de la proteína β amiloide (APP), gen de la presenilina1, el gen de la presenilina2. Se destaca además el gen Apo E ligado a mayor susceptibilidad de padecer EA). Dentro de los factores modificables encontramos las enfermedades asociadas (factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes) dieta saludable, la educación, lugar de residencia, número de hermanos.

³⁵ Davicino, N, Muñoz, M, De la Barre, M & Donolo, D. (2009). "El Rol Psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer". *Revista chilena de Neuropsicología*. Julio, 4, (1), 6-11. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1793/179317756002.pdf>

La enfermedad de Alzheimer puede tener un inicio temprano, es decir, antes de los 65 años, o un inicio tardío, después de los 65 años. A su vez, es una enfermedad que puede tener una duración de 10 a 15 años, existiendo variaciones de un sujeto a otro. (American Psychiatric Association, 1995)

A la hora de realizar el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es imprescindible realizar una evaluación integral, incluyendo cuatro ejes, el clínico, mental, funcional y social lo que va a permitir obtener un panorama completo del funcionamiento neurocognitivo.

Funciones cognitivas y enfermedad de Alzheimer.

“Los déficit de memoria episódica anterógrada de inicio insidioso y curso progresivo son típicamente los síntomas iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Los trastornos de la memoria episódica se expresan como una dificultad para codificar y almacenar la información reciente (amnesia anterógrada) y una progresiva amnesia retrógrada con un gradiente temporal, mientras que se preserva de forma relativa la memoria autobiográfica.”

(Pelegrín Valero, C, et al, 2011, p 380)

En lo que respecta a la orientación espacial, temporal y personal, cabe destacar que primeramente, se encuentra afectada la orientación temporal, luego, debido a los trastornos perceptivos, comienzan a desorientarse en el espacio y por último pierden la orientación de su propia persona.

En lo que refiere a la memoria semántica, el sujeto presenta dificultades en lo que cuanto a la evocación del conocimiento de los conceptos, dificultad para hallar las palabras adecuadas y sus significados, esto suele estar acompañado de una escases del vocabulario.

En cuanto a la atención, en los comienzos de la enfermedad se observa un déficit en la atención selectiva, fundamentalmente en aquellas tareas que requieren una inhibición de respuestas, selección y cambio de foco. Con el transcurrir de la enfermedad, comienzan a evidenciarse déficit en la atención dividida y sostenida.

En lo que concierne al lenguaje, este se encuentra alterado, evidenciándose principalmente en la denominación de palabras, lo cual da cuenta de un lenguaje pobre de contenido.

En cuanto al lenguaje receptivo, no presentan dificultades para desempeñar órdenes simples pero si cuando las órdenes son de un carácter más complejo. La lectura en voz alta, la repetición, pronunciación, y articulación suelen encontrarse preservadas.

En los inicios de la enfermedad no se evidencian alteraciones en las habilidades visoespaciales, pero con el transcurrir del tiempo la persona mayor comienza a perderse en ambiente poco familiares, a presentar dificultades en la conducción, posteriormente el sujeto puede presentar agnosia visual, la cual implica la incapacidad para reconocer estímulos complejos. En estadios más avanzados de la enfermedad puede aparecer la incapacidad para reconocer rostros conocidos, e incluso dificultades para reconocer el propio esquema corporal.

En lo referente a las praxias cabe mencionar que se encuentran afectadas primeramente, las más complejas, las cuales incluye las praxias constructivas y las de vestir, y en lo que respecta a las praxias ideatorias e ideomotora estas se ven afectadas en etapas tardías de la enfermedad ya cuando las alteraciones en el lenguaje y la memoria resultan muy evidentes. (Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L, 2011).

Para sintetizar lo antes mencionado se presenta el cuadro número uno en donde se caracterizan las distintas etapas por las cuales atraviesa la persona que padece la enfermedad de Alzheimer. Para la construcción del mismo se utilizó información del libro “Neuropsicología clínica” de Ardila, A y Rosselli, M (2007) y de la tesis doctoral de Besga Basterra, A. (2008). “Neuroimagen estructural y funcional en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y enfermedad de Alzheimer”.

Cuadro N°1

	El sujeto presenta fallas en la memoria reciente con dificultades para almacenar nueva información. Desorientación temporal, olvido de palabras en el
--	---

<p>ETAPA AMNÉSICA</p>	<p>lenguaje espontáneo, dificultades en el cálculo, empobrecimiento en las habilidades constructivas, dificultad en la generación de una lista de palabras, preservación de la actividad motora, anomia, indiferencia, irritabilidad ocasional, cambios frecuentes en el estado de ánimo e incluso puede presentar depresión. La tomografía axial computarizada, resonancia magnética cerebral, y los exámenes electrofisiológicos como el EEG, pueden dar normales.</p>
<p>ETAPA CONFUSIONAL</p>	<p>Hay un decremento de las funciones intelectuales, se agudiza la anomia, el lenguaje es parafásico, hay cambios en la comprensión, se conserva la capacidad de repetir. La amnesia se convierte en anterógrada grave, aparece la amnesia retrógrada, dificultades espaciales, apraxia constructiva, agnosia topográfica y espacial, irritabilidad, alucinaciones, En pruebas de neuroimagen estos sujetos pueden presentar cambios atróficos leves, principalmente en lo que refiere al hipocampo y lóbulo frontal.</p>
<p>ETAPA DEMENCIAL</p>	<p>Las personas presentan un grave deterioro tanto intelectual como comportamental. El lenguaje expresivo se reduce hasta llegar a constituir un cuadro de semimutismo o incluso mutismo, con tendencia a la ecolalia. Comprende solamente órdenes muy sencillas, puede existir descontrol de esfínteres, aparece en estas personas la necesidad de estar acostado, en posición rígida o flexionada. Los reflejos patológicos como por ejemplo la succión, la prensión, la búsqueda y el signo de Babinski resultan evidentes. En el EEG se refleja la lentificación cortical y la atrofia cortical difusa, como así también la dilatación ventricular en la escanografía cerebral.</p>

Tratamiento.

En lo que respecta al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer cabe mencionar que no existe una cura, ya que es un cuadro progresivo que va deteriorando con el transcurrir del tiempo más partes del cerebro y sus síntomas comienzan a ser más severos, pero existen dos alternativas, la terapia farmacológica y la no farmacológica. Dentro de la primera, es muy importante tener en cuenta y conocer en profundidad la fisiopatología de las demencias en general y de la enfermedad de Alzheimer en particular.

La decisión de iniciar un tratamiento debe darse en forma conjunta con la familia y en la medida de lo posible con el paciente también. Los medicamentos de mayor éxito son los inhibidores de colinesterasa, la eficacia del donepezil, la galantamina y la rivastigmina ha quedado demostrada. Los efectos de esta terapia no sólo afectan a la esfera cognoscitiva sino también a la comportamental.³⁶

En lo que respecta a la terapia no farmacológica, es importante mencionar que deben implementarse en todas las personas que padezcan esta enfermedad e involucrar y comprometer a aquellos familiares y cuidadores del adulto mayor. Una de las herramientas primordiales es la capacitación de estas personas, generalmente esto conlleva a que los familiares modifiquen el ambiente, evitando por ejemplo las barreras arquitectónicas, adecuar los baños entre otros. (Cano Gutierrez, C, 2007).

Otra alternativa dentro de lo que es la terapia no farmacológica, es la estimulación cognitiva, la cual es definida de la siguiente manera;

“Conjunto de estímulos generados por la neuropsicología terapéutica o intervencionista con el fin de realizar una rehabilitación para maximizar las funciones cognoscitivas preservadas, manteniendo la autonomía funcional del paciente el mayor tiempo posible. “

(Davicino, N., et al, 2009, pp 8-9)

³⁶ Cano Gutiérrez, C. (2007). “Tratamiento de las Demencias”. *Revista colombiana de psiquiatría*. 36 (1): 157- 174. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615418013>

A la hora de realizar una terapia de esta envergadura es primordial tener en cuenta al sujeto como totalidad integrada, y realizándola de forma complementaria a la terapia farmacológica, la orientación familiar, el abordaje social.

Las diversas intervenciones no farmacológicas tienen su fundamento en el concepto de Neuroplasticidad. Luria fue uno de los primeros en afirmar que las zonas cerebrales que se encontraban dañadas podrían compensarse por la acción de las zonas preservadas.

Tarraga Mestre, (2000) citado en Davicino, N., Muñoz, M., De la Barrera, M., y Donolo, D. (2009), define la neuroplasticidad de la siguiente manera:

“La respuesta que da el cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y restablecer el equilibrio perdido después de la lesión. Recientes investigaciones ponen en evidencia la capacidad de las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el anciano, incluso en el demente, pero en menor intensidad. “

(Davicino, N., et al, 2009, p9)

La plasticidad cerebral se relaciona tanto con factores intrínsecos, como lo son la información genética y la memoria biológica del proceso de envejecimiento, como a factores extrínsecos, en donde se incluye el grado de escolaridad, factores ambientales.

Demencia vascular.

La demencia vascular es el segundo tipo de demencia más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Según Ardila, A y Rosselli, M (2007), se caracteriza por síndromes heterogéneos, dependiendo de la región cerebral afectada y del tamaño de los vasos sanguíneos comprometidos se verán alteradas ciertas funciones neuropsicológicas y no otras.

El inicio de esta enfermedad es súbito, el deterioro cognoscitivo es fluctuante. Según Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011), este tipo de demencia se caracteriza por la enorme variabilidad clínica, determinada por la localización, volumen, lateralidad (hemisferio izquierdo) y número de

lesiones cerebrales, ya sean isquémicas, hipóxicas o hemorrágicas, dada esta heterogeneidad, conlleva a que su diagnóstico sea complejo.

Expertos del National Institute of Neurological Disorders and Stroke y la Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences llegaron a un acuerdo con respecto a los criterios diagnósticos incluyéndose;

- La existencia de un deterioro de memoria y otras dos funciones cognitivas, corroboradas en la historia clínica, objetivado por el examen mental o pruebas neuropsicológicas que produce un trastorno en las actividades cotidianas que lleva a cabo la persona
- Deben existir lesiones focales vasculares, corroboradas en la exploración neurológica y por las técnicas de neuroimagen.
- Deben existir lesiones radiológicas de naturaleza vascular; ya sean múltiples infartos, infarto único en sitio estratégico, infartos lacunares múltiples o lesiones extensas de la sustancia blanca.
- Debe existir una relación temporal entre la enfermedad cerebrovascular y la aparición de la demencia, por consenso se establece que el punto de corte es de tres meses tras el accidente cerebrovascular para el inicio del deterioro cognitivo.

Después de haber especificado cuáles son los criterios diagnósticos para este tipo de demencia es preciso establecer cuáles son los tipos existentes, entre ellos encontramos;

- Demencia multiinfarto por afectación de los vasos cerebrales gruesos que irrigan la corteza cerebral, esto produce un patrón neuropsicológico cortical y signos neurológicos focales.
- Demencia por infartos estratégico: este tipo es causado por pequeños infartos que se dan en lugares específicos, por lo tanto dependiendo del lugar que se encuentra afectado se verán alterados diversos procesos cognitivos.
- Demencias subcorticales secundarias a lesiones de pequeño vaso (demencia vascular subcortical). Según Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011), estos tipos de lesiones dan lugar a dos entidades anatomopatológicas, la primera se caracteriza por:

“El solapamiento etiológico, clínico y fisiopatológico, entre ellas: estados lacunares que hacen referencia al trastorno producido por pequeños infartos subcorticales que dan lugar a cavidades irregulares (lagunas) casi exclusivamente secundarios a la obstrucción arterioesclerótica de los vasos penetrantes basales y medulares largos”.

Y la segunda, enfermedad de Binswanger o encefalopatía subcortical arteriosclerótica que dan lugar a:

“Demencia con un patrón neuropsicológico subcortical, trastornos de la marcha, incontinencia urinaria, signos pseudobulbares, apatía, depresión, etc.”

- Demencia por hipoperfusión cerebral, son consecuencia de trastornos hemodinámicos generales que dan lugar a anoxia isquémica aguda o enfermedades que producen hipoxia cerebral crónica.
- Demencias hemorrágicas: son secundarias a un hematoma subdural crónico, hemorragia subaracnoide y hematomas cerebrales.
- Demencia mixta: enfermedad de Alzheimer con lesiones vasculares cerebrales.
- Demencia vascular hereditaria.

En lo que respecta a la prevalencia de los distintos tipos de demencia sigue siendo desconocida pero se considera que la demencia de pequeño vaso o subdural es la causa más frecuente de la demencia vascular.

En cuanto a las alteraciones neuropsicológicas se evidencia déficit en la atención, en el procesamiento de la información y funciones ejecutivas. Estas afectaciones se encuentran asociadas a síntomas neuropsiquiátricos entre los cuales se menciona la pérdida de iniciativa, apatía, disminución de la actividad, de la espontaneidad, depresión, labilidad emocional.

Por último cabe mencionar aspectos a tener en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Alzheimer, el primero tiene que

ver con la realización de una cuidadosa historia clínica, el exámen físico y neurológico, entrevista psiquiátrica, técnicas de neuroimagen. En lo que refiere a las diferencias neuropsicológicas dependen del subtipo de demencia vascular predominante, pero de forma general, en la enfermedad de Alzheimer se encuentra afectada la memoria en mayor medida y en el caso de la demencia vascular la afectación es de la atención, procesamiento de la información y funciones ejecutivas. Y el último aspecto tiene que ver con los signos físicos, entre los cuales se incluye trastornos de la marcha, déficit motor o sensitivo, hiperreflexia, incontinencia urinaria son más precoces en la demencia vascular. (Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011).

Demencia por cuerpos de Lewy

Esta enfermedad se caracteriza fundamentalmente por existir fluctuaciones en el nivel de conciencia, tener parkinsonismo espontáneo, alucinaciones visuales e hipersensibilidad a los neurolépticos. No existen particularidades neuropsicológicas característica de esta enfermedad, solamente se ha demostrado la existencia de una disfunción cognitiva global, en donde se encuentra afectada la memoria, la atención, funciones ejecutivas, praxias constructivas y lenguaje. Tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la demencia por cuerpos de Lewy existe un deterioro cognitivo global de las funciones cerebrales, en la segunda aparecen con mayor frecuencia y de forma más temprana alteraciones de las funciones ejecutivas y visuoespaciales.³⁷

Demencias frontotemporales.

Según Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011), los criterios que se tienen en cuenta a la hora de diagnosticar este tipo de demencia tienen que ver con un inicio insidioso y progresión gradual, trastorno

³⁷ Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011). "Neuropsicología del Deterioro Cognitivo Leve y de las Demencias". En Tirapu ustároz, J, Rios Lago y Maestú, F, *Manual de Neuropsicología segunda edición*. (pp. 369-397). Viguera Editores. Barcelona.

precoz de la conducta social, alteración de la capacidad de autorregulación, superficialidad e indiferencia emocional precoz y anosognosia temprana. Dentro de las manifestaciones que pueden apoyar el diagnóstico se tienen en cuenta que el comienzo sea antes de los 65 años, la presencia de antecedentes familiares, trastornos de conducta (negligencia en la higiene, inflexibilidad y rigidez, distraimiento, hiperoralidad, estereotipias, conductas de utilización) y alteraciones del habla y lenguaje expresivo (estereotipias, ecolalia, mutismo).

Se establecen según estos autores, tres síndromes neuropsiquiátricos, entre los cuales se incluye la demencia frontotemporal, la demencia semántica o afasia primaria fluente progresiva y la afasia primaria no fluente progresiva.

En la primera se encuentran preservadas funciones tales como visuoespaciales, praxias ideomotoras, la percepción, memoria autobiográfica. Se evidencia la pérdida de normas de comportamiento social, deterioro de la capacidad de autorregulación de la conducta, embotamiento emocional y déficit de introspección, además de la pérdida del cuidado y la higiene personal, rigidez e inflexibilidad mental, distraimiento y falta de persistencia, hiperoralidad, cambios alimenticios, conducta perseverativa y estereotipada y conductas de utilización.

La demencia semántica o variante temporal se caracteriza por un deterioro selectivo de la memoria semántica, lo cual ocasiona una anomia grave con parafasias aisladas habladas o escritas, reducción de respuestas en test de fluencia verbal categorial. Se evidencia además que el lenguaje espontáneo es fluido pero se encuentra vacío de contenido, hay alteración del conocimiento del significado de las palabras, parafasias semánticas, prosopagnosia, agnosia asociativa, ausencia de un trastorno de la percepción, las personas pueden repetir palabras sencillas, perseveración de la capacidad de lectura y escritura mediante el dictado de palabras irregulares.

En lo que refiere a las capacidades preservadas se encuentran las habilidades perceptivas no semánticas con capacidad para emparejar objetos idénticos, realizar copia de dibujos, memoria autobiográfica y episódica, habilidades visuoespaciales.

En cuanto al lenguaje este se caracteriza por una disminución de la espontaneidad conjuntamente con la fluencia verbal, la persona que tiene este tipo demencia no puede iniciar una conversación de manera espontanea, o se limita a frases breves, o puede suceder lo contrario, lo cual es muy poco frecuente en donde el individuo monopoliza la conversación. Poco a poco el trastorno del lenguaje va siendo más severo, apareciendo estereotipias verbales, concretismo, ecolalia, palilalia, o repetición sostenida de una palabra o frases. Existe una preservación del lenguaje automático, la repetición es prácticamente normal, al igual que la comprensión evidenciándose algunas fallas cuando el material resulta más complejo. La denominación se encuentra preservada. En lo que refiere a la lectura generalmente se encuentra conservada, al igual que la capacidad para deletrear. La escritura es reducida, con tendencia a la utilización de palabras aisladas o frases cortas. (Pelegrín Valero, C, Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011).

Demencia debida a la enfermedad de Parkinson.

Es una enfermedad que se caracteriza por la triada temblor, rigidez y bradiscinesia. El temblor compromete manos, tobillos y /o cabeza; la rigidez aparece en los músculos flexores, esta provoca la postura característica de inclinación hacia adelante con una ligera flexión de rodillas, cuello y hombros. Existen problemas motores que se manifiestan en una dificultad para iniciar los movimientos, lentificación en la ejecución de los mismos. El control fino de estos últimos se encuentran dañados en gran medida, al igual que la coordinación y la falta de mímica. Aparece un lenguaje disártrico. Las funciones que llegan a verse afectadas son la atención y las funciones ejecutivas. Esta enfermedad implica una pérdida progresiva de las neuronas dopaminérgicas.³⁸

Demencia debida a la enfermedad de Huntington.

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de movimientos coreiformes y cambios cognoscitivos o comportamentales de tipo psicótico. Tanto el déficit

³⁸ Ardila, A y Rosselli, M (2007). "Neuropsicología clínica". Editorial El Manual Moderno.

motor como el cognoscitivo son progresivos. La duración de la enfermedad oscila entre los 13 y 16 años. Es el resultado de un gen anormal en el cromosoma 4. (Ardila, A y Rosselli, M (2007).

Neurosífilis.

La neurosífilis es consecuencia de la invasión del sistema nervioso central por el treponema pallidum, por lo tanto este tipo de enfermedad es un ejemplo de demencia infecciosa. Los síntomas pueden comenzar a visualizarse después de 15 o 20 años después de la adquisición de la infección. Algunos síntomas son los siguientes: cambios en la conducta como lo es la irritabilidad, apatía, desinhibición, descuido personal, alteraciones motoras, temblor facial y disartria. (Ardila, A y Rosselli, M (2007).

Demencia en la encefalopatía del virus de inmunodeficiencia humana

Según Ardila, A y Rosselli, M (2007) esta enfermedad se caracteriza por trastornos motores, cognoscitivos y comportamentales. Personas que tienen la enfermedad manifiestan una lentificación del pensamiento, escasa capacidad de concentración, olvidos frecuentes, apatía, aislamiento social, decremento de la espontaneidad. Al progresar la enfermedad incrementa la bradicinesia y aparece la ataxia, hipertonia y debilidad motora, para culminar en un cuadro de acinesia.

Se encuentran cambios subcorticales, principalmente en lo que refiere a la sustancia blanca, núcleos basales y el talámo.

A lo largo del capítulo se hizo referencia al continuum existente entre el envejecimiento normal y el patológico. Hay que tener en cuenta que actualmente se está produciendo un aumento de las enfermedades neurodegenerativas por lo tanto tener conocimiento acerca de las diversas entidades es de vital importancia ya que tanto los familiares como los cuidadores pueden percibir alguna alteración y decidir realizar una consulta. Además, es imprescindible a la hora de planificar los cuidados y tomar decisiones que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, cuidadores y/o familiares.

Algo a destacar es que por más conocimiento que una persona tenga en relación a la temática es de vital importancia realizar la consulta y estudios pertinentes para poder establecer un diagnóstico y las medidas para llevar a cabo en caso de existir una patología.

CAPITULO III

Aspectos Metodológicos



Capítulo III

Aspectos Metodológicos

El presente Trabajo de Licenciatura tiene como tema central el estudio del estado cognitivo de adultos mayores de 65 años, que reciben estimulación cognitiva, institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto, Provincia de Córdoba, República Argentina.

Objetivo general.

Verificar si existen diferencias en el estado cognitivo de adultos mayores de 65 años de la ciudad de Río Cuarto, que reciben estimulación cognitiva, institucionalizados en el Hogar Asilo San José y adultos mayores no institucionalizados que asisten al Programa Educativo para Adultos Mayores (PEAM), específicamente al Taller de Psicología.

Objetivos específicos.

- Conocer el estado cognitivo de los adultos mayores de 65 años institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina.
- Conocer el estado cognitivo de los adultos mayores de 65 años no institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Población.

La población está constituida por adultos mayores de 65 años institucionalizados en el Hogar Asilo San José, y adultos mayores de 65 años que asisten al Programa Educativo para Adultos Mayores (PEAM), específicamente al Taller de Psicología y cursando el tercer nivel del mismo.

El Hogar Asilo San José se encuentra ubicado en la intersección de las calles Marcelo. T. de Alvear y México. Esta institución está en funcionamiento desde 1925, pertenece a una red social de beneficencia llamada San Vicente de Paul. Es laico y privado, recibe la ayuda del gobierno de la provincia y el gobierno

municipal, muchas personas mayores que allí residen no abonan una cuota sólo una pequeña contribución que otorga la familia si la tuviese.

El objetivo que tiene la institución es la de albergar, cuidar y brindar un bienestar óptimo a personas que por diferentes motivos quedan solas, es decir, ampara una franja de personas vulnerables.

Hoy el hogar cuenta con 54 personas mayores institucionalizadas.

El Programa Educativo para Adultos Mayores (PEAM) es una oferta de educación pública enmarcada en la Secretaría de Extensión y Desarrollo (SEyD) de la Universidad Nacional de Río cuarto. Se inició en el año 1992, con 50 alumnos, en la actualidad cuenta con casi 1.800 alumnos³⁹, teniendo el programa una demanda mucho mayor aún. Se pretende generar un espacio en el que se propicia la reinserción social del adulto mayor teniendo como estrategia la educación permanente.

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- + Favorecer una imagen positiva de la vejez como una etapa más del desarrollo humano
- + Acrecentar los niveles de conocimientos de las personas de edad de modo que se conviertan en actores del proceso educativo y puedan adaptarse mejor a un medio social en constante transformación.
- + Mejorar el entrenamiento de las facultades intelectuales de los mayores mediante la participación en actividades de docencia, investigación y servicios a la comunidad.
- + Desarrollar hábitos de participación, organización, autogestión, tendientes a la formulación de un proyecto vital que favorezca el desarrollo personal y social en esta etapa de la vida.

Los destinatarios de esta propuesta son adultos mayores de 50 años, generalmente el rango de edades de las personas que asisten se encuentra entre los 50 y 80 años.

Aquí se dictan diversos cursos, talleres, seminarios, los cuales son agrupados en tres áreas: Formación Artística y Creativa, Desarrollo Cultural y Tecnológico

³⁹ Programa Educativo de adultos mayores- Secretaría de extensión y desarrollo- Universidad Nacional de Río Cuarto. (2011). Blog: "Tercer escalón. Para conocer lo que hacen los adultos mayores de la Universidad Nacional de Río Cuarto". "Fue inaugurado en El Andino el nuevo edificio del PEAM". Mayo de 2011. Disponible en: <http://peamriocuarto.blogspot.com/2011/05/fue-inaugurado-en-el-andino-el-nuevo.html>

y Calidad de Vida. Existen más de 70 cursos que brinda el programa, el mismo implica el cursado de un taller determinado, donde el sujeto suma conocimientos a su experiencia y luego la unidad de gestión, en donde la persona aplica lo aprendido a la comunidad al desarrollar actividades en contacto con esta. En síntesis la educación que reciben los adultos mayores que asisten al PEAM tiende a revalorizar a la persona que transcurre por esta etapa evolutiva y su papel en la sociedad.⁴⁰

Tipo de estudio.

El tipo de estudio es descriptivo- cuantitativo- retrospectivo

Instrumento utilizado para recolectar los datos.

El instrumento mediante el cual se recolectan los datos es la Evaluación Neuropsicológica Breve en español, cuyos autores son: Dra. Ostrosky, F, Dr. Ardila, A y Dra. Roselli, M, (1997).

Aquí se evalúa un gran espectro de funciones cognitivas, entre ellas: orientación (tiempo, persona y espacio), atención y concentración, memoria a corto y largo plazo (codificación y evocación) que incluye el manejo de palabras y de viso espacialidad, lenguaje, escritura, lectura, funciones ejecutivas, conceptuales y motoras.

La batería incluye un protocolo estandarizado en población de habla hispana con interpretaciones según edad y escolaridad lo que permite hacer una valoración de los datos tanto cuantitativa como cualitativa.

La administración de este instrumento es individual, para ello se requiere de un conjunto de tarjetas (láminas anexas) y el protocolo de registro. Cabe mencionar que se incluye un protocolo para la población escolarizada y otro

⁴⁰ Boarini, M, Cerda, E y Rocha, S (2006). "La Educación de Adultos Mayores en Tic's. Nuevas Competencias para la Sociedad de Hoy". Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología". Consultado octubre de 2011. Disponible en: <http://teyet-revista.info.unlp.edu.ar/numero-1.htm>

para la población con escolaridad nula. En el caso de existir un trastorno cognoscitivo la duración será de 35 a 40 minutos, sino existe alteración cognoscitiva el tiempo estimado sería de 20 a 25 minutos.

En lo que respecta al sistema de calificación, este permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas. El mismo señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognitivas evaluadas.

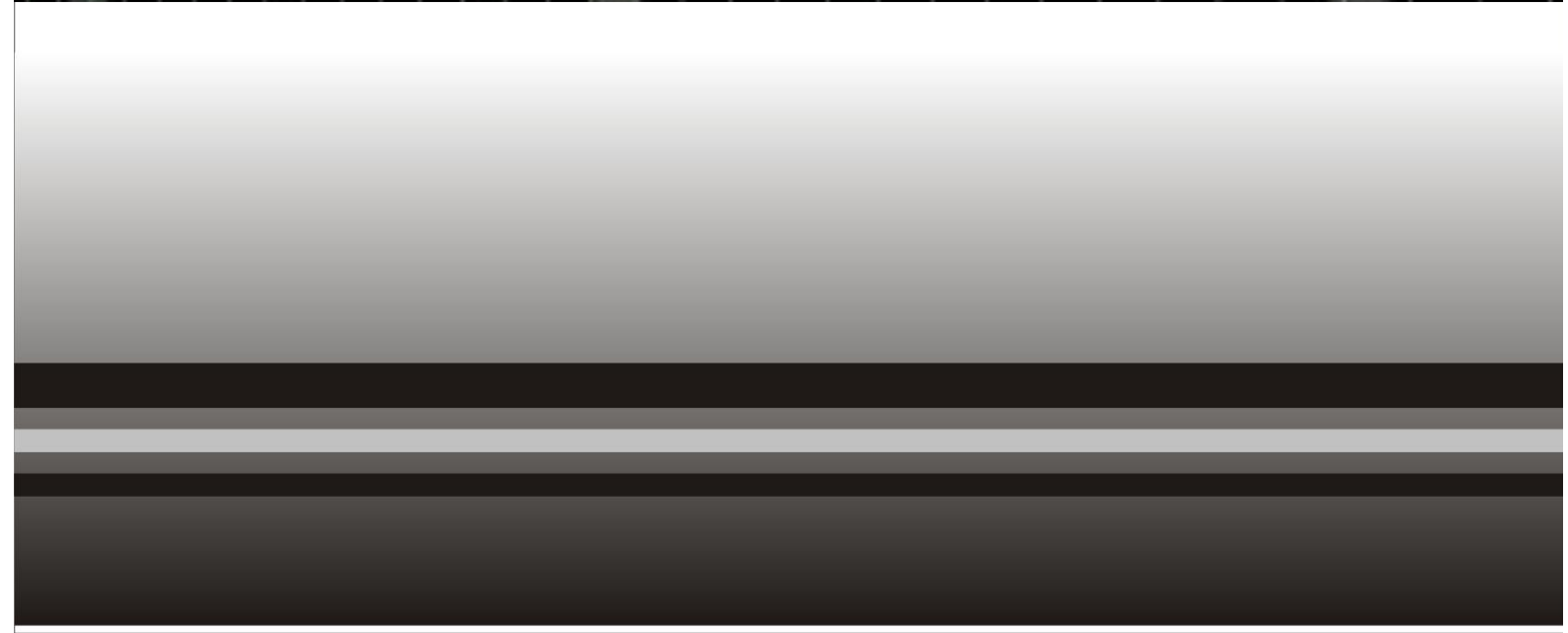
El puntaje máximo que puede alcanzar un sujeto es de 130. La interpretación que se realiza de los resultados obtenidos en el Neuropsi pueden ser: normal- alteración leve- alteración moderada- alteración severa del funcionamiento cognitivo. Se incluyen 4 tablas de acuerdo a la escolaridad: 0 años- 1 a 4 años- 5 a 9 años y por arriba de los diez años. A su vez cada una de ellas contienen los puntajes de 4 rangos de edad: 16-30 años, 31-50 años, 51-65 años, 66-85 años. Por lo tanto, la ejecución de la persona se clasificará teniendo en cuenta ambas variables, escolaridad y edad en sujetos normales, con alteraciones leves o limítrofes, alteraciones moderadas y alteraciones severas del funcionamiento cognoscitivo.

Análisis de datos.

Se realizó mediante el SPSS, (Statistical Package for the Social Science) versión 11.5 para Windows.

CAPITULO IV

Resultados



Capítulo IV

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la administración de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI) con el objetivo de verificar si existen diferencias en el estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina y además, por un lado, conocer el estado cognitivo de las personas mayores institucionalizadas y por el otro, conocer el estado cognitivo de los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Río Cuarto.

Tabla N° 1: Distribución de la muestra según género.

Género.	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	34	79,1%
Masculino	9	20,9%
N	43	100,0%

Fuente: datos propios.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla N°1, se observa que 43 adultos mayores de 65 años de la ciudad de Río Cuarto participaron en este estudio. El 79.1% es de sexo femenino y el 20.9% de sexo masculino.

Tabla N°2: Distribución de la muestra según edades.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
65-69	10	23,3%
70-74	10	23,3%
75-79	7	16,3%
80-84	11	25,6%
85-89	4	9,3%
90-94	1	2,3%
N	43	100,0%

Fuente: datos propios

Según los datos que se observan en la tabla N°2, las edades de los participantes oscilaron entre 65 y 90 años. Para el análisis de las mismas se

crearon categorías o rangos de edad: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y 90-94. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentran dentro de la categoría 80- 84 con un porcentaje de 25,6 %. Luego le sigue el rango comprendido entre los 65-69 años con un 23,3% y 70-74 con un 23.3%. Las edades comprendidas entre 75-79 con un 16,6%, la categoría 85-89 años con un 9.3%% y por último, el rango de edad entre 90-94 años, un 2,3%.

La edad promedio de la muestra es de 75.26.

Tabla N° 3: Distribución de la muestra de acuerdo a si los sujetos se encuentran institucionalizados o no institucionalizados.

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Institucionalizado	20	46,5%
No institucionalizado	23	53,5%
N	43	100,0%

Fuente: datos propios

Como puede evidenciarse en la tabla N°3, el total de participantes se divide en dos grandes grupos, personas que se encuentran institucionalizadas en el Asilo San José de la ciudad de Río Cuarto, es decir el 46.5% y personas no institucionalizadas que asisten al Programa Educativo de Adultos Mayores (PEAM), específicamente al Taller de Psicología, lo cual representa el 53.5%.

Tabla N°4: Distribución de frecuencias según nivel de escolaridad alcanzado.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1-4 años	10	23,3%
5-9 años	14	32,6%
10-24 años	19	44,2%
N	43	100,0%

Fuente: datos propios

De acuerdo a lo expuesto en la tabla n°4 los sujetos que participaron en este estudio alcanzaron distintos niveles de escolarización, el 23.3% tiene entre 1 y 4 años de escolaridad, el 32.6% entre 5- 9 años de escolaridad, y el 44.2% entre 10-24 años de escolaridad.

Tabla N° 5: Tabla de contingencia escolaridad * Adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Escolaridad	Institucionalizado	No institucionalizado
1-4 años	45,0%	4,3%
5-9 años	40,0%	26,1%
10-24 años	15,0%	69,6%
N	100,0%	100,0%

Fuente: datos propios

En la tabla N°5 se observa la relación existente entre escolaridad y si el sujeto se encuentra institucionalizado o no; se encontró que el 45% de las personas institucionalizadas tienen una escolaridad de 1 a 4 años. El 40% tiene entre 5 y 9 años, y el 15% entre 10- 24 años de escolaridad.

En el caso de los adultos mayores no institucionalizados se evidencia que el 4,3% tiene entre 1 y 4 años de escolaridad, el 26,1 % tiene entre 5-9 años, y el 69,6% entre 10 y 24 años de escolaridad

Tabla N° 6: Tabla de contingencia Edad * adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

Grupos etarios	Institucionalizado	No institucionalizado	Total
65-69	15,0%	30,4%	23,3%
70-74	15,0%	30,4%	23,3%
75-79	5,0%	26,1%	16,3%
80-84	40,0%	13,0%	25,6%
85-89	20,0%	0,0%	9,3%
90-94	5,0%	0,0%	2,3%

Fuente: datos propios

En la tabla N° 6 se evidencia la relación existente entre la edad de los adultos mayores y el hecho de encontrarse institucionalizado o no. Se observa que en el caso de los adultos mayores institucionalizados el 15% tiene entre 65-69 años, otro 15% tiene entre 70-74 años, un 5% tienen entre 75-79 años, el 40% tiene entre 80-84 años, el 20% tiene entre 85-89 años y un 5% entre 90-94 años.

De los adultos mayores no institucionalizados el 30,4% tiene entre 65-69 años, otro 30,4% tiene entre 70-74 años, el 26,1% tiene entre 75-79 años, y el 13% tiene entre 85-89 años.

Tabla N°7: Distribución de frecuencia según el resultado obtenido en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español.

Resultados	Frecuencia	Porcentaje
Normal	32	74,4%
Alteración leve	6	14,0%
Alteración moderada	4	9,3%
Alteración severa	1	2,3%
N	43	100,0%

Fuente: datos propios

De acuerdo a lo expuesto en la tabla N°7, los resultados obtenidos tras la administración de la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español, se observa que el 74,4% de los adultos mayores obtienen puntajes dentro de los valores normales en lo que respecta al funcionamiento cognitivo, el 14,6% presenta una alteración leve del funcionamiento cognitivo, el 9,3% una alteración moderada del funcionamiento cognitivo y el 2,3% alteración severa del funcionamiento cognitivo.

Tabla N°8: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/no institucionalizados* Resultado obtenido en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español.

Condición	Resultado obtenido				N
	Normal	Alteración leve	Alteración moderada	Alteración severa	
Institucionalizado	50,0%	25,0%	20,0%	5,0%	100,0%
No institucionalizado	95,7%	4,3%	0.0%	0.0%	100,0%

Fuente: datos propios

En la tabla N°8 se establece la relación entre las variables institucionalizado/ no institucionalizado y el resultado obtenido en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español, observándose que 50,0% de los adultos mayores institucionalizados obtuvieron puntajes dentro de los parámetros de normalidad del funcionamiento cognitivo, el 25,0% presenta una alteración leve del funcionamiento cognitivo, el 20,0% alteración moderada del funcionamiento cognitivo y el 5,0% alteración severa del funcionamiento cognitivo.

En el caso de los sujetos no institucionalizado se evidencia que el 95,7% de los sujetos logro valores dentro del rango de normalidad en lo referente al funcionamiento cognoscitivo, el 4,3 % alteración leve del funcionamiento cognitivo. No se presentaron sujetos con alteración moderada ni severa del funcionamiento cognitivo.

A continuación se presentan las tablas en las cuales se evidencia la relación existente entre los puntajes obtenidos en los diversos subtest del NEUROPSI y el hecho de que los sujetos se encuentren institucionalizados o no institucionalizados.

Tabla N°9: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest de orientación.

CONDICIÓN	SUBTEST
	Orientación
Institucionalizados	40.0%
No institucionalizados	87.0%

Fuente: datos propios.

Como se observa en la tabla N°9, en el subtest Orientación se evidencia una diferencia significativa, del total de sujetos no institucionalizados el 87.0% obtiene un puntaje óptimo, en el caso de los individuos institucionalizados solamente el 40.0% logra responder de acuerdo a lo esperado, observándose una mejor orientación en tiempo, espacio y persona en los adultos mayores no institucionalizados.

Tabla N°10: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest atención y concentración.

CONDICIÓN	SUBTEST		
	Atención y concentración		
	Dígitos en regresión	Detección visual	20-3
Institucionalizados	5.0%	0.0%	45.0%
No institucionalizados	4.3%	13.0%	82.6%

Fuente: datos propios.

En la tabla N° 10, se observan los puntajes obtenidos en el subtest atención y concentración esta función se evalúa mediante tres subtests; dígitos en regresión, detección visual y “20-3”. En el primero se evidencia que el 5.0% de los sujetos institucionalizados responde según lo esperado como así también lo hace el 4.3% de los individuos no institucionalizados. En el caso del subtest “Detección visual” se observa que de los adultos mayores institucionalizados ninguno logra responder de acuerdo a lo esperado, sin embargo, el 13.0% de los adultos mayores no institucionalizados si alcanzan un resultado óptimo. En la prueba denominada “20-3”, el 45.0% de los adultos mayores institucionalizados realiza la prueba obteniendo un puntaje dentro de lo esperado, en lo concerniente a los adultos mayores no institucionalizados, el 82.6% responde correctamente a la prueba. Cabe mencionar que de acuerdo a los datos obtenidos los adultos mayores no institucionalizados cuentan con una mayor habilidad para enfocar y sostener la atención.

Tabla N°11: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest codificación.

CONDICIÓN	SUBTEST	
	Codificación	
	Memoria verbal espontánea	Proceso viso espacial.
Institucionalizados	5.0%	10.0%
No institucionalizados	4.3%	52.2%

Fuente: datos propios.

En la tabla N°11 se observa el resultado obtenido en el subtes de codificación, la misma se evalúa mediante la administración de dos subtest; memoria verbal espontánea y proceso visoespacial (copia de una figura semicompleja). En el primero no se evidencian diferencias significativas, el 5.0% de los adultos mayores institucionalizados y el 4.3% de los adultos mayores no institucionalizados responden según lo esperado. En la copia de una figura

semi compleja, el 10.0% de los sujetos institucionalizados responde correctamente a la prueba, y en el caso de los individuos no institucionalizados el 52.2% obtiene un resultado óptimo, evidenciándose una diferencia en esta prueba siendo mayor el porcentaje de adultos mayores no institucionalizados que responden adecuadamente.

Tabla N°12: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest lenguaje.

CONDICIÓN	SUBTEST				
	Lenguaje				
	Denominación	Repetición	Comprensión	Fluidez Verbal	
Total semántico				Total fonológico	
Institucionalizados	95.0%	100.0%	30.0%	0.0%	0.0%
No institucionalizados	95.7%	95.7%	69.6%	4.3%	17.4%

Fuente: datos propios.

El lenguaje es evaluado a través de cuatro subtests; denominación, repetición, comprensión y fluidez verbal, en este último se obtienen dos puntajes el total semántico y el total fonológico. En la tabla N°12 se observa que en denominación no se evidencian diferencias significativas, el 95.0% de los adultos mayores institucionalizados y el 95.7% de los adultos mayores no institucionalizados responden adecuadamente. En lo referente a la repetición tampoco hay diferencias significativas, el 100.0% de los sujetos institucionalizados responde de acuerdo a lo esperado como así también el 95.7% de los individuos no institucionalizados. En cambio, en lo que respecta a la comprensión si se observan diferencias, el 30.0% de los adultos mayores institucionalizados responde según lo esperado, de los adultos mayores no institucionalizados el 69.6% obtiene un puntaje óptimo, evidenciándose una mejor capacidad de comprensión en los sujetos no institucionalizados. También se evidencian diferencias en torno a la fluidez verbal, en el total semántico el

0.0% de los adultos mayores institucionalizados responde de acuerdo a lo esperado, en el caso de los adultos mayores no institucionalizados el 4.3% responde de acuerdo a lo esperado. En el total fonológico se observa lo mismo, un 0.0% de los sujetos institucionalizados responde según lo esperado en cambio un 17. 4% de los adultos mayores no institucionalizados si lo hace, se evidencia una mejor fluidez verbal en los sujetos no institucionalizados.

Tabla N°13: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest lectura

CONDICIÓN	SUBTEST
	Lectura
Institucionalizados	30.0%
No institucionalizados	78.3%

Fuente: datos propios.

En la tabla N° 13 se observa el desempeño logrado por los sujetos que constituyen la muestra en relación a la lectura, aquí se observa que del total de sujetos institucionalizados el 30.0% responde según lo esperado, y en el caso de los individuos no institucionalizados el 78.3% logra un puntaje óptimo, resultando evidente el mayor porcentaje de personas no institucionalizadas que responden de acuerdo a lo esperado y que por ende no presentan dificultad en la capacidad de lectura.

Tabla N°14: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest escritura.

CONDICIÓN	SUBTEST
	Escritura
Institucionalizados	55.0%
No institucionalizados	95.7%

Fuente: datos propios.

En la tabla N°14 se observa el resultado obtenido en el subtest “escritura”, el 55.0% de los individuos institucionalizados logra un resultado óptimo, de los adultos mayores no institucionalizados el 95.7% responde correctamente a la evaluación. Evidenciándose aquí una diferencia significativa.

Tabla N°15: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest funciones ejecutivas.

CONDICIÓN	SUBTEST		
	Funciones ejecutivas		
	Conceptual	Cálculo	Secuenciación
Institucionalizados	5.0%	15.0%	0.0%
No institucionalizados	8.7%	56.5%	17.4%

Fuente: datos propios.

En la Tabla N° 15 se observa el resultado obtenido por los sujetos en el subtest de funciones ejecutivas, las mismas se evalúan mediante la administración de

tres subtests; conceptual, cálculo y secuenciación. En lo conceptual el 5.0% de los sujetos institucionalizados y el 8.7% de los individuos no institucionalizados responden de acuerdo a lo esperado, siendo muy sutil la diferencia entre ambos grupos. En el cálculo ya la diferencia que se observa es mayor, un 15.0% de los adultos mayores institucionalizados responde óptimamente y el 56.5% de los adultos mayores no institucionalizados responde de acuerdo a lo esperado, observándose mayores dificultades para realizar operaciones aritméticas en los sujetos institucionalizados. En el subtest referido a la secuenciación los adultos mayores institucionalizados ninguno logra alcanzar un puntaje óptimo, sucediendo lo contrario con el 17.4% de los adultos mayores no institucionalizados que si lo logran.

Tabla N°16: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest funciones motoras.

CONDICIÓN	SUBTEST		
	Funciones motoras		
	Cambio de posición	Movimientos alternos	Reacciones opuestas
Institucionalizados	55.0%	50.0%	50.0%
No institucionalizados	65.2%	87.0%	82.6%

Fuente: datos propios.

En la tabla N°16 se observa los resultados obtenidos en el subtest “funciones motoras”, éstas son evaluadas a través de tres subtests; cambio de posición de la mano, movimientos alternos de las dos manos y reacciones opuestas. En el primer subtest el 55.0% de los adultos mayores institucionalizados y el 65.2% de las personas mayores no institucionalizadas responden de acuerdo a lo esperado. En la realización de los movimientos alternos de las manos se observan diferencias, el 50.0% de los individuos institucionalizados responde

según lo esperado, y de los sujetos no institucionalizados el 87.0% lo realiza respondiendo a lo esperado. En reacciones opuestas sucede lo mismo, el 50.0% de las personas institucionalizadas contestan de acuerdo a lo esperado, como así también el 82.6% de las personas no institucionalizadas siendo mayor este último porcentaje.

Tabla N°17: Tabla de contingencia sujetos institucionalizados/ sujetos no institucionalizados * Resultado obtenido en el subtest evocación.

CONDICIÓN	SUBTEST			
	Funciones motoras			
	Memoria viso espacial	Memoria verbal espontánea	Por claves	Por reconocimiento
Institucionalizados	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%
No institucionalizados	21.7%	8.7%	8.7%	47.8%

Fuente: datos propios.

En la última tabla, la N° 17, se observa el resultado obtenido en el subtest de evocación, la misma se evalúa mediante la administración de cuatro subtest: memoria visoespacial, memoria verbal espontánea, evocación por claves y evocación por reconocimiento. En el primer subtest se observan diferencias ya que ningún sujeto institucionalizado responde a lo esperado, sucediendo lo contrario con las personas mayores no institucionalizadas de las cuales el 21.7% si lo hace. En cuanto a la memoria verbal se evidencia que ningún sujeto institucionalizado responde a lo esperado, y un 8.7% de los no institucionalizados si lo hace. Cuando se le proporcionan claves, sucede lo mismo los sujetos institucionalizados no logran responder a lo esperado, sin embargo un 8.7% de los no institucionalizados si lo hace. El último subtest es el de funciones de evocación por reconocimiento, aquí se observa que el 60.0% de los individuos institucionalizados responde adecuadamente, y el 47.8% de los no institucionalizados responde de acuerdo a lo esperado. Por ende se

observa que los sujetos no institucionalizados tienen una mayor capacidad para codificar, almacenar y evocar información.

Para finalizar con el análisis de los resultados es pertinente realizar una síntesis de los mismos para ello cabe mencionar que se administró el NEUROPSI a 43 personas mayores, 23 adultos mayores no institucionalizados lo cual representa el 53.5% de la muestra, estos sujetos asisten al Programa Educativo de Adultos Mayores, y 20 adultos mayores institucionalizados en el Asilo San José de la ciudad de Río Cuarto, lo cual representa un 46.5%. Del total de personas entrevistadas el 79.1% está compuesto por personas mayores de sexo femenino y el 20.9% sujetos del sexo masculino.

Las edades de los adultos mayores que participaron en este estudio oscilaron entre los 65- 94 años situándose la media en una edad de 75.26 años.

En lo que respecta a las edades de acuerdo a si los sujetos se encuentran institucionalizados o no institucionalizados se observa que en el caso de los adultos mayores institucionalizados, la mayoría es decir el 40.0% de los sujetos tiene entre 80-84 años a diferencia de los adultos mayores no institucionalizados quienes la mayoría tienen entre 65 y 74 años lo cual representa un 60.8%.

Otro aspecto a tener en cuenta son los años de escolaridad alcanzados por las personas mayores, observándose que el 69.6% de los adultos mayores no institucionalizados, la mayoría de este grupo, alcanzan un nivel de instrucción más alto entre 10-24 años de escolaridad, en comparación con la mayoría de las personas mayores institucionalizadas, lo cual representa un 45.0%, quienes tienen entre 1-4 años de escolaridad.

En lo que refiere a los resultados obtenidos en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI), se observa que el 74.4% obtiene valores dentro de los parámetros normales del funcionamiento cognitivo, el 14.0% presenta alteración leve del funcionamiento cognoscitivo, el 9.3% alteración moderada el funcionamiento cognitivo y el 2.3% alteración severa del funcionamiento cognitivo.

De la relación existente entre resultados obtenidos en el test y el hecho de que los sujetos se encuentren institucionalizados se extraen los siguientes datos; de

los adultos mayores institucionalizados el 50.0% obtiene puntajes dentro de los valores normales que la evaluación establece en referencia al funcionamiento cognitivo, el 25.0% presenta alteración leve del funcionamiento cognoscitivo, el 20.0% presenta alteración severa del funcionamiento cognitivo y un 5.0% alteración severa del mismo. En lo que respecta a las personas mayores no institucionalizadas se observa que el 95.7% obtiene puntajes dentro de los parámetros normales, y el 4.3% restante presenta alteración leve del funcionamiento cognoscitivo. Aquí se evidencia una diferencia en cuanto al rendimiento de los sujetos visualizándose que la mayoría de los adultos mayores no institucionalizados (95.7%) obtienen puntajes dentro de la normalidad en lo referente a funcionamiento cognitivo y los adultos mayores institucionalizados solo la mitad (50.0%) obtiene el mismo resultado.

En cuanto a los puntajes obtenidos en los subtest y el hecho de que los sujetos se encuentren institucionalizados o no, se observa que en lo referido a la orientación, las personas mayores no institucionalizadas tienen un mejor desempeño y por ende cuentan con una mejor orientación de tiempo, espacio, persona. Sucede lo mismo con la atención y concentración, los sujetos no institucionalizados cuentan con una mejor habilidad para enfocar y sostener la atención.

En el subtest de codificación no se evidencian diferencias del todo significativas en memoria verbal espontánea aunque sí un porcentaje mayor de sujetos no institucionalizados que logran realizar correctamente el subtest de proceso viso espacial (copia de figura semicompleja)

En el lenguaje no se evidencian diferencias en torno a la denominación ambos grupos tienen un buen desempeño, sucede lo mismo con la repetición. Pero en lo que respecta a comprensión y fluidez verbal los adultos mayores no institucionalizados logran mejor rendimiento en comparación con las personas institucionalizadas.

En lectura se evidencia una cierta dificultad en los sujetos institucionalizados al igual que en la escritura, obteniendo mejores rendimientos los sujetos no institucionalizados.

En funciones ejecutivas, en el subtest conceptual no se evidencian grandes diferencias, en cálculo el 56.5% de sujetos no institucionalizados tiene un buen

rendimiento de acuerdo a lo esperado y de los sujetos institucionalizados sólo un 15.0% obtiene el mismo resultado observándose una diferencia en cuanto a esta capacidad. En secuenciación las personas institucionalizadas no obtuvieron puntajes de acuerdo a lo esperado la prueba.

En lo referente a las funciones motoras se observa un mejor rendimiento en los adultos mayores no institucionalizados al igual que en funciones de evocación a excepción del subtest “por evocación” obteniendo un mejor desempeño los adultos mayores institucionalizados.

CAPITULO V

Discusión



Capítulo V

Discusión

El objetivo general de este Trabajo Final de Licenciatura fue verificar si existe diferencia en el estado cognitivo de adultos mayores de 65 años, de la ciudad de Río Cuarto, institucionalizados en el Hogar Asilo San José y no institucionalizados que concurren al Programa Educativo para Adultos Mayores específicamente al Taller de Psicología.

De acuerdo a los datos obtenidos se observan diferencias en cuanto a los resultados generales logrados; del total de personas evaluadas se evidencia que el 74,4% se encuentra dentro de los patrones de funcionamiento cognitivo normal, 14,6% presenta alteración leve del funcionamiento cognitivo, el 9,3% alteración moderada del funcionamiento cognoscitivo, y por último el 4,3% alteración severa del funcionamiento cognitivo.

Al tener en cuenta el hecho de estar institucionalizado o no, se encuentra que en el caso de las personas institucionalizadas el 50% obtiene valores dentro de la normalidad en lo que refiere a funcionamiento cognitivo y el 50% restante presenta diversos grados de alteración. A diferencia de los adultos mayores no institucionalizados en donde un 95,7% logra alcanzar valores normales de funcionamiento cognoscitivo y sólo el 4,3% alteración leve del mismo.

En lo que respecta a la edad, el resultado obtenido en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español y el hecho de ser adulto mayor institucionalizado o no institucionalizado se observa que de los adultos mayores institucionalizados la mayoría, lo cual implica un 40.0% tienen entre 80-84 años, en el caso de las personas mayores no institucionalizados la mayoría de los sujetos tiene entre 65 y 74 años, lo cual incluye dos rangos de edad, de 65-69 años y el de 70-74 años, cada uno con un porcentaje de 30.4 %. Como se mencionó anteriormente en lo que refiere al desempeño se observa que los adultos mayores no institucionalizados prácticamente la totalidad logra alcanzar valores normales de funcionamiento cognitivo a diferencia de los adultos mayores institucionalizados que sólo un 50% alcanza valores comprendidos en el funcionamiento cognoscitivo normal. Por lo tanto cabe mencionar que a

mayor edad se evidencia un declive del rendimiento cognitivo. Además este desempeño se puede ver influenciado por el hecho de estar institucionalizado. A continuación se presentan algunas investigaciones que corroboran esta afirmación.

Según Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M y Méndez, F (2004), la asociación entre la frecuencia del deterioro cognitivo con el incremento de la edad es una relación ya definida en la literatura. Consideran además esta variable como el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta condición.

Arrizaga, R., Gogorza, R., Allegri, R., Bauman, D., Morales, M., Harris, P., y Pallo, V. (2005), corroboran esta premisa cuando efectúan la segmentación de la muestra por edad y observan que la prevalencia de deterioro aumenta con la edad, pero con respecto al sexo no se observan diferencias significativas.

En el caso de la investigación realizada por Burín, D., Ramenzoni, V y Arizaga, L (2003), se hallaron correlaciones significativas entre la edad, años de educación formal y el rendimiento en indicadores de memoria verbal, visual, de construcción y funciones ejecutivas/ frontales, observándose mejores rendimientos en sujetos con mayor educación y menor edad.

Mias, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A y Krawchik, R. (2007), a diferencia de las investigaciones mencionadas anteriormente, consideran que el género femenino y el número de hijos, edad superior a los 65 años, el menor nivel de instrucción parecen ser las variables sociodemográficas que más influyen en el estado cognitivo. Los mismos son factores que aumentan la probabilidad de pasar de los parámetros de normalidad a patologías que pueden convertirse en un síndrome demencial. En cuanto a la edad se evidenció que a partir de los 65 años se observa un incremento del deterioro cognitivo leve subtipo amnésico y multidominio (19.8%) y que de los 70 años en adelante comienza a registrar un deterioro cognitivo de moderado a grave.

De la Barrera, M y Donolo, D. (2009), observaron en su investigación que los adultos más jóvenes, tanto en el MMSE (Mini Mental State Examination) como en el ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination) mostraban una mayor concentración de sujetos en los valores de normalidad o desempeños satisfactorios, sucediendo lo contrario con los adultos mayores quienes se concentraron en valores bajos y medios bajos. En el caso del coeficiente VLOM

(siglas en inglés de los subtest de fluidez verbal + lenguaje/orientación + recuerdo diferido), se observó que ambos grupos concentraban la mayoría de los sujetos en valores de normalidad, pero el grupo de adultos mayores presentaba casi el doble de sujetos que el de adultos más jóvenes en la posibilidad de padecer Demencia Tipo Alzheimer (DTA). Esto evidencia que la edad sería un factor de riesgo para padecer algún tipo de demencia.

Otro factor que puede incidir en las diferencias encontradas en cuanto a los resultados obtenidos es el hecho de la escolaridad, las personas no institucionalizadas tienen una escolaridad mayor, el 69,6% tiene entre 10 a 24 años de educación. En el caso de los adultos mayores institucionalizados, el 45,0% tiene entre 1 a 4 años de escolaridad. Tanto investigaciones nacionales como internacionales afirman que la escolaridad es un factor que determina el rendimiento del sujeto y la posibilidad de padecer alguna alteración o deterioro, sostienen que las personas con menos escolaridad sufren mayor deterioro que aquellas con mayor escolaridad.

Para Otrosky Solís, F, Lozano Gutiérrez, A, Gómez Pérez, M. (2010) la escolaridad es una variable que influye en la evaluación neuropsicológica y se ha propuesto que hasta puede ser un factor más importante que la edad. Menciona además la importancia de tener en cuenta que el efecto educativo no es lineal sino que es una curva negativamente acelerada que tienen una meseta, consideran que las diferencias entre los 0 y 3 años de instrucción alcanzado son altamente significativas, entre los 3 y 6 años de educación son menores, entre 6 y 9 son bajas y se espera que entre los 12 y 15 años de educación no haya diferencias.

Otrosky Solís, F, Lozano Gutiérrez, A, Gómez Pérez, M. (2010), citan a Farmer, Kittner, Rae, Bartco, y Regier (1995); Christensen et al. (1997) quienes sostienen que las personas con menos escolaridad sufren mayor deterioro que aquellas con mayor nivel de escolaridad.

Limón Ramírez, E, Argimon Pallás, J, Vila Domenech, J, Abos Pueyo, T, Cabezas Peña, C y Vinyoles Bargalló, E. (2003) sostienen que las personas con estudios superiores a los primarios tuvieron menor frecuencia de posible deterioro. Estos autores agregan además que aquellas personas con más años de estudio, mayor nivel socioeconómico tienen un estilo de vida más saludable

y reciben más y mejores cuidados médicos y por ende sus cerebros tendrían menos lesiones, específicamente de “pequeño vaso”, las cuales contribuyen a la aparición de la demencia.

Varela, L, Chávez, H, Gálvez, M y Méndez, F (2004), se adhieren a la postura anterior considerando que la población con bajo nivel de instrucción y pobre estimulación intelectual poseería una escasa reserva neurológica y que aquellos sujetos que han alcanzado un mayor nivel educativo han tenido la oportunidad de desarrollar algún sistema de protección. Esta reserva les permitiría una mayor resistencia para iniciar la enfermedad y controlar la progresión de la misma. Gonzales Delgado, R, Zapata Muñoz, J, Pérez Sánchez, J, Hormigo Pozo, A, Guerrero Zamorano, R y Baca Osorio, A. (2001) observan una clara relación entre la escolaridad y la obtención de un puntaje menor en el Test Minimental.

De la Barrera, M y Donolo, D. (2009), llegan a la misma conclusión que en investigaciones mencionadas anteriormente cuanto mayor es el nivel educativo que se alcanza en la vida, menor será la probabilidad de sufrir demencia en edades avanzadas.

Los adultos mayores que participaron en este estudio, reciben estimulación cognitiva y este hecho es considerado como un factor protector en relación al rendimiento que logra el sujeto. De la Barrera, M, Donolo, D y Rinaudo, M. (2010) sostienen que el hecho de que una persona se mantenga mental y físicamente activa a medida que va envejeciendo podrá hacerlo de forma saludable y beneficiosa. Además en la investigación realizada por Binotti, P, Spina, D, De la Barrera, M y Donolo, D. (2009), los resultados mostraron que aquellos sujetos que se encuentran activos cognitivamente, esto hace referencia a que siguen realizando alguna actividad laboral o que mantienen el interés por aprender cosas nuevas, evidencian mejor rendimiento en el caso específico de este trabajo, en fluencia verbal que aquellas personas que no consideran estas cuestiones en su vida.

Para finalizar se considera a estos tres factores, escolaridad, edad y estimulación como determinantes de la diferencia en cuanto al desempeño logrado por los sujetos. Puede suceder que en el caso de las personas institucionalizadas influyan también otros elementos como lo puede ser el

aislamiento, la separación de la familia, la ansiedad, la depresión, entre otros, es muy probablemente que sean factores que incidan en el desempeño y la calidad de vida del sujeto pero para obtener una conclusión en cuanto a esta cuestión se debería profundizar más en el estudio de esta población.

CAPITULO VI

Sugerencias Psicopedagógicas



Capítulo VI

Sugerencias psicopedagógicas.

Uno de los fenómenos que caracterizó al siglo XX y comienzo del siglo XXI es el aumento sin precedente alguno de personas mayores de 60 años, sin duda, nuestro país no escapa a esta situación.

Nuevos desarrollos e investigaciones han puesto de relevancia la importancia del abordaje de esta franja etaria, sin duda, la Psicopedagogía es una disciplina que se encuentra en condiciones de trabajar con ella.

Los adultos mayores son sujetos que generalmente se encuentran en buenas condiciones físicas, que disponen de tiempo libre, que tienen las capacidades y posibilidades necesarias para demandar y disfrutar de nuevas intervenciones educativas, intervenciones que hoy en día se han multiplicando.

En este Trabajo Final de Licenciatura se realizarán diversas sugerencias Psicopedagógicas con el objetivo de que la persona mayor pueda envejecer con calidad de vida, prevenir el deterioro cognitivo, en caso de que el sujeto padezca algún tipo de demencia o grado de deterioro lo que se intentará es enlentecer el progreso del mismo y restaurar aquellas habilidades cognitivas en desuso, partiendo de las funciones intelectuales conservadas, sin obviar los aspectos que refieren a la integridad de la persona.

Sugerencias psicopedagógicas derivadas del objetivo de la investigación:

❖ **Intervención con sujetos mayores de 65 años no institucionalizados.**

- Trabajar fuertemente en prevención del deterioro cognitivo.
- Apuntar, a que tomen conciencia de la existencia del deterioro cognitivo propio de la edad y de la necesidad de trabajar en la estimulación cognitiva. Esto lo puede realizar, por ejemplo mediante talleres de reflexión.
- Realizar talleres con los familiares de los adultos mayores a fin de reflexionar sobre el deterioro cognitivo y brindar estrategias para que ellos puedan acompañar a sus familiares mayores en la adquisición de

nuevos aprendizajes o reaprendizajes, a fin de mejorar su calidad de vida.

❖ **Intervención con sujetos mayores de 65 años institucionalizados.**

- Realizar talleres con los cuidadores de los adultos mayores a fin de reflexionar sobre el deterioro cognitivo y brindar estrategias para que ellos puedan acompañar a ancianos en la adquisición de nuevos aprendizajes o reaprendizajes, a fin de mejorar su calidad de vida.
- Promover el acercamiento de la familia a la institución y realizar talleres informativos sobre el deterioro cognitivo en la tercera edad.
- Fuerte trabajo en tratamiento psicopedagógico cuyo apuntando a la estimulación cognitiva en áreas afectadas. Para llevar a cabo este aspecto es imprescindible:

1-Establecer un vínculo con el adulto mayor,

2-Elaborar el diagnóstico mediante evaluaciones neuropsicológicas que le permitan al profesional evaluar el estado cognitivo del sujeto, teniendo en cuenta los aspectos tanto preservados como perturbados de la persona mayor.

3- Al comenzar con la etapa de tratamiento, la misma tendrá como objetivos: 1- Identificar el progreso del deterioro cognitivo y restaurar las habilidades cognitivas en desuso partiendo de las funciones intelectuales conservadas; 2- mejorar el estado funcional del sujeto, desarrollando las competencias que le posibiliten vivir de la forma más autónoma posible; 3- promover la utilización y el enriquecimiento de los recursos y capacidades intelectuales y la exploración de nuevas potencialidades, 4- mejorar el funcionamiento cognitivo y funcional del adulto mayor.

Para la consecución de los objetivos planteados se realizan diversas actividades que permiten la estimulación de distintas funciones cognitivas.

Además el profesional puede incorporar una herramienta que se complemente con las actividades propias del proceso de estimulación cognitiva y es el uso de las Tecnologías de la Información y

Comunicación (TICs), cuyos objetivos siguen siendo los mismos, prevenir, mantener e intervenir en el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores.

❖ **En general para la intervención con sujetos mayores de 65 años institucionalizados y no institucionalizados se sugiere:**

- Generar un espacio para promover el encuentro, la participación y el intercambio entre los adultos mayores, y entre estos y generaciones más jóvenes.
- Fortalecer las motivaciones y potencialidades de cada uno, para el desarrollo del aprendizaje y el crecimiento, así como estimular el aprender a seguir aprendiendo e incorporar saberes nuevos, con actualización de conocimientos.
- Potenciar la individualidad del adulto mayor, respetando y comprendiendo la alteridad, o sea, apreciando al otro en sus diferencias y promoviendo la singularidad.
- Generar un espacio de promoción para los adultos mayores, y no asumir una actitud de sobreexigencia o sobreprotección.
- Apuntar a crear aprendizajes significativos, ya que este tipo de población están más próximos a la vivencia de finitud, y por lo tanto, necesitan tener muy clara la finalidad, es decir, el para qué seguir aprendiendo. No se trata, entonces, de un hacer por hacer algo, ni de llenar el tiempo entreteniéndose con alguna actividad. Se trata de dar un sentido al hacer, y no sólo para ellos mismos sino también para el medio que los rodea. Es un espacio de desarrollo, que trasciende lo puramente recreativo, para llevar a cabo acciones productivas.
- Desde el campo pedagógico, el psicopedagogo debe tratar de acompañar al sujeto a aprender sobre sí mismo, aprender a hacer proyectos y a ponerlos en práctica, dentro de un grupo con diversidad de características.

❖ **Actividades de formación para intervenir con adultos mayores.**

- Promover espacios de formación de postgrado en los cuales se puede incluir la Universidad Nacional de Río Cuarto, el Colegio Profesional de Psicopedagogos de la Provincia de Córdoba.
- Estimular a la sociedad en general acerca de la necesidad de realizar un diagnóstico precoz en caso de existir algún indicio o síntoma de enfermedad para que de este modo no se confunda con los síntomas naturales del proceso de envejecimiento.

La estimulación cognitiva permite mantener saludable el cerebro y potencialmente mejorar y/o reducir los cambios cognitivos que se producen con el envejecimiento.

Para recordar, es fundamental que las tareas que lleve a cabo el psicopedagogo con personas mayores, ya sean de orden preventiva o asistencial, deben estar enmarcadas en el trabajo y la colaboración interdisciplinaria permanente, considerando la complejidad y multidimensionalidad de la patología que pueda padecer el sujeto o tan sólo el hecho de estar atravesando la etapa evolutiva de la vejez.

El psicopedagogo debe participar activamente en la realización de estudios e investigaciones que permitan un mayor conocimiento científico acerca de esta etapa evolutiva, de las enfermedades que pueden presentar los sujetos que atraviesan por este período, como así también capacitarse en cuanto a las diversas alternativas terapéuticas existentes, es importante que el profesional se involucre en la problemática y elabore, ejecute, evalúe planes, programas y proyectos que posibiliten la aplicación generalizada de tales intervenciones y recursos con el principal fin, el de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Para concluir cabe mencionar que;

“ Es fundamental generar espacios de prevención y promoción de salud para que puedan resignificar este momento de su vida como oportunidad para nuevos aprendizajes, convocándolos y comprometiéndolos a asumir una posición activa de su propio envejecimiento, invitándolos a re-crearse, a

aprender, a mejorar la calidad de vida. Apuntando a un aprendizaje continuo, resulta necesario ofrecer espacios donde el adulto mayor pueda desplegar su condición de “sujeto aprendiente”.

(Bertotto, et.al, 2010 p.64)

CAPITULO VII

Conclusiones



Capítulo VII

Conclusiones.

Desde hace ya algún tiempo resulta evidente el aumento de personas mayores de sesenta años, esto se encuentra asociado al aumento de la expectativa de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población mundial, esto es un logro. Pero aquí hay un problema, el hecho de que la sociedad ni la economía están aún adaptadas para este cambio que plantea nuevos retos en cuanto a atención sanitaria, recursos económicos, empleo, educación, entre otros.

El envejecimiento demográfico constituye un gran desafío del tercer milenio, pues implica grandes transformaciones, notables en todas las esferas de la vida ya sea familiar, social, sanitaria, económica, política y educacional.⁴¹

Este es un fenómeno de alcance mundial, prácticamente todas las sociedades experimentan el incremento de personas mayores conjuntamente con una disminución en el porcentaje de niños y adolescentes. Además, lejos de revertirse, este aumento será aún mayor con el transcurso de los años.

Sin duda alguna el envejecimiento de la población demanda diversas intervenciones con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y conjuntamente disminuir el riesgo de dificultades. En sí, resulta necesario crear estrategias rehabilitadoras y preventivas con el fin de poder retrasar o prevenir los problemas asociados a la edad.

El proceso de envejecimiento afecta a todo ser humano, este es una de sus características, la universalidad, pero cabe mencionar que no todos lo hacen a iguales ritmos ni lo hacen de la misma manera. El envejecimiento no es un estado sino un proceso el cual no es unitario y se caracteriza por una amplia variabilidad inter e intraindividual.

⁴¹ García Araneda, N. (2007). "La Educación con Personas Mayores en una Sociedad que Envejece". Revista Horizontes educacionales. 12 (2): 51-62. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/979/97917592006.pdf>

La adultez mayor está considerada como un período en el que la persona experimenta numerosos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que dependen del estilo de vida que ha tenido el sujeto, del sistema familiar, social en el que se ha desarrollado, y sin duda influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, pero no por esto se debe entender a la vejez como una etapa patológica.

Con el paso de los años se ha ido considerando esta etapa evolutiva de diferentes formas de acuerdo a las culturas, hoy por hoy se puede decir que estamos frente a una transición en lo que respecta a la visión que se tiene acerca de los adultos mayores, esto quiere decir, generalmente se los ha considerado como pasivos e improductivos una vez alcanzada la jubilación pero poco a poco, esta postura va cambiando hacia una visión más dinámica, que considera a la persona mayor como alguien activo y que puede seguir aprendiendo más allá de las marcas visibles que el paso de los años va dejando en el cuerpo. Este es un aspecto de gran importancia en presente Trabajo Final de Licenciatura, ya que desde la Psicopedagogía conjuntamente con otras disciplinas se puede mejorar la calidad de vida de las personas. Es un desafío, conjuntamente con el hecho de concientizar a las personas de que esta profesión no solo se aboca a niños, y se circunscribe al consultorio clínico o a la escuela.

Desde esta profesión junto a otros profesionales de diversas áreas se debe promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Dentro de las posibilidades de actuación se puede trabajar desde la prevención primaria, es decir, actuando antes de que la enfermedad o dificultad ya se encuentre instalada o desde la prevención secundaria, esta última teniendo como finalidad desacelerar el progreso de la enfermedad en cualquier punto de su aparición.

Tomando como referencia los objetivos planteados en este Trabajo Final de Licenciatura cabe mencionar que existe diferencia en el estado cognitivo de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Esto puede atribuirse a varios factores, como lo es el hecho de estar institucionalizado o no, el nivel de escolaridad, los estilos de vida llevados a lo largo de los años, el nivel socio-económico, y fundamentalmente la edad, ya que a medida que los

años vividos son mas, mayor es el riesgo de contraer algún tipo de enfermedad.

El profesional que trabaja con adultos mayores debe entender a los sujetos tanto en la generalidad del grupo, como en su individualidad. Resulta imprescindible que se considere a la persona mayor en su totalidad, atendiendo todos los aspectos de la vida.

En la actualidad son muchos los estudios de esta etapa evolutiva, no así de la relación existente entre Psicopedagogía y Vejez, por ende, resulta indispensable la continua capacitación y formación del profesional, involucrarse en las problemáticas que aquejan a los adultos mayores, elaborando, ejecutando y evaluando planes, programas, proyectos que posibiliten la aplicación generalizada de diversas intervenciones para lograr que el ser humano envejezca con calidad de vida y con dignidad.

Para finalizar, una frase de Ander Egg, E. (2009) que encierra lo que hemos venido planteando a lo largo de este Trabajo Final de Licenciatura:

“No añadir años a la vida...sino vida a los años”.

Referencias Bibliográficas



Referencias Bibliográficas

- 1- Acevedo, G., Barri, H., Osan, C., kassis, J., y Meletta, A (2011). “Atención de la Salud y Situación Sanitaria en Argentina”. Manual de medicina preventiva y social II. Consultado octubre de 2011. Disponible en:<http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20%20Unidad%201%20Atencion%20de%20la%20salud..pdf>
- 2- Acevedo, G., Chuit, R., Martínez, H., Barri, H., Cerutti, B., López de Neira, M., Aguirre, C., Mitchell, M., Glastein, N., y Juárez, A. (2011). “Sistema de Salud”. Manual de medicina preventiva y social II. Consultado octubre de 2011. Disponible en:
[http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20%20Unidad%20%20Sistemas%20de%20Salud%20\(Final\).pdf](http://www.mp.fcm.unc.edu.ar/apuntes/MPyS%20%20%20Unidad%20%20Sistemas%20de%20Salud%20(Final).pdf)
- 3- Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., González, K., Mucho, K., Vázquez, R., Cardenas, C y Soto, M. (2008). “Relación entre Educación, e Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores en Arequipa”. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3 (1): 7-14. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en:
http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/1793/179317752002/179317752002_1.html
- 4- Acuña, M. y Risigna, M. (2001). “*Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*”. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- 5- Administración Nacional de la Seguridad Social (2011). “Programa de Inclusión Previsional”. Consultado agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.anses.gov.ar/jubilados/inclusion/alcances.php>
- 6- Alberca Serrano, R. y López Pousa, S. (2011). “*Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*”. Editorial Panamericana. Cap 2. (pp:17-27).

- 7- Alonso Ortiz, T. (2000). "Psicología de la Vejez". Consultado en mayo de 2011. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_2/g-10-2-003.pdf
- 8- Akerman, J. (2011). "Jubilación y Tercera Edad... ¿Principio del fin?". Consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://www.vejezyvida.com/jubilacion-y-tercera-edad-%C2%BFprincipio-del-fin/>
- 9- Álvarez Saúco, M. y Alam Poveda, J. (2009). "Capacidad Predictiva de Demencia por Enfermedad de Alzheimer de Diferentes Criterios Diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve." *Revista Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*, 41: 13-19. Consultado en julio de 2011. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/>
- 10- Amaya, L. y Falcone, V. (2005). "Un Estudio sobre las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores. Una Aproximación a las concepciones del Mundo Social. Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto. Córdoba.
- 11- Amico, L. (2009). "Envejecer en el Siglo XXI. No Siempre querer es poder. Hacia la Deconstrucción de Mitos y la Superación de Estereotipos en torno a los Adultos Mayores en Sociedad". *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Septiembre. Número 55. Consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>
- 12- Ander- Egg, E (2009). "Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años". Editorial Brujas. Argentina.
- 13- Andreu, G. (2003). "Consideraciones Generales sobre algunas de las Teorías del Envejecimiento". *Revista Cubana de investigación Biomédica*,

22(1). Consultado en junio de 2011. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi08103.pdf

14-Anzola Pérez, E., Galinsky, D., Morales Martínez, F., Salas, A y Sánchez Ayende, M. (1994). *“La atención de los Ancianos: un Desafío para los Años Noventa”*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica n°546.

15-Ardila, A y Rosselli, M (2007). *“Neuropsicología clínica”*. Editorial El Manual Moderno. México.

16-Argentina (2011). “Guía de Trámites. Jubilados y Pensionados”. Consultado agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.argentina.gov.ar/argentina/tramites/index.dhtml?frame1=3&tema=9&subtema=142&tramite=1160&ea=2#a1>

17-Arlegui, M. (2009). “Situación de los Adultos Mayores en Argentina. Activos y Capacidad de Respuesta Frente a la Vejez en Contextos Vulnerables.” Ponencia presentada en el XXVI Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología realizado en Buenos Aires del 31 de agosto al 4 de septiembre en 2009. Consultado en marzo de 2011. Disponible en:
<http://www.gerontología.org/portal/activosupload/situación-adultos-mayores-argentina.pdf>

18-Arlegui, M. (2009). “Capacidades y Necesidades frente al Envejecimiento. Situación de los Adultos Mayores de Argentina en los aglomerados urbanos. (2004- 2006). Tesis de Maestría de Diseño y Gestión de políticas sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires. Consultado en junio de 2011. Disponible en:
http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2612/1/Tesis_Maria_Alejandra_Arlegui.pdf

- 19-Armas Castro, J., Carrasco García, A y Angel Valdez, S (2008). “Los Factores de Progresión del Deterioro Cognitivo Leve a la Enfermedad de Alzheimer”. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, Octubre- diciembre, 7(4). Consultado en agosto de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414029020>
- 20- Arrizaga, R., Gogorza, R., Allegri, R., Bauman, D., Morales, M., Harris, P., y Pallo, V. (2005) “Deterioro Cognitivo en Mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del piloto del estudio CEIBO (estudio epidemiológico poblacional de demencia). *Revista Neurológica Argentina*, Julio. 30 (2): 83-90. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37246&id_seccion=1257&id_ejemplar=3845&id_revista=95
- 21-Bartrés Faz, D., Clemente, I., y Junqué, C. (1999). “Alteración Cognitiva en el Envejecimiento Normal: Nosología y Estado Actual”. *Revista de Neurología*, Mayo, 29 (1): 64-70. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://www.gruposparacrecer.com.ar/pdf/INV6b.pdf>
- 22-Baquero, M., Blasco, R., Campos García, R., Garcés, M., Fages, E y Andreu Catalá, M. (2004). “Estudio Descriptivo de los Trastornos Conductuales en el Deterioro Cognitivo Leve”. *Revista de Neurología*, Noviembre. 38 (4): 323-326. Consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3804/q040323.pdf>
- 23-Bertotto, V., Carballo, N., Díaz, C., Donato, A., Fernández, M., González, S., Martínez A., Ochnio, L., Sívori, A y Treviño, S. (2010). “Se hace Camino al Andar: Aprendiendo a Construir un Envejecer Saludable. El quehacer Psicopedagógico en el Programa de Adultos Mayores. *Revista de actualidad psicopedagógica Aprendizaje Hoy*. N°76.
- 24-Besga Basterra, A. (2008). “Neuroimagen Estructural y Funcional en Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer”.

Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina. Consultado en julio de 2011. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/8196/1/T30565.pdf>

25-Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M y Donolo, D. (2009). “Funciones Ejecutivas y Aprendizaje en el Envejecimiento Normal. Estimulación Cognitiva desde una Mirada Psicopedagógica”. *Revista Chilena de Neuropsicología*. Diciembre, 4 (2), 119- 126. Consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1793/179314913005.pdf>

26-Boarini, M., Cerda, E y Rocha, S (2006). “La Educación de Adultos Mayores en Tic’s. Nuevas Competencias para la Sociedad de Hoy”. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*. Consultado en octubre de 2011. Disponible en: <http://teyet-revista.info.unlp.edu.ar/numero-1.htm>

27-Boada Rovira, M y Robles Bayón, A (2009). “Documento Sitges 2009. Capacidad para Tomar Decisiones durante la Evolución de una Demencia: Reflexiones, Derechos y Propuestas de Evaluación”. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en: http://www.familialzheimer.org/media/libros/documento_sitges_2009/documento_sitges_2009.pdf

28-Borge Noriega, M., García Hernández, M y Torres Egea, M. (2010). “Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psicológicos y Cambios Sociales”. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ballesterostemas-01.pdf>

29-Bueno Martínez, B y Buz Delgado, J (2006). “Jubilación y Tiempo Libre”. *Informe Portal Mayores n°65*. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>

- 30-Burín, D., Ramenzoni, V y Arizaga, L (2003). "Evaluación Neuropsicológica del Envejecimiento: Normas según Edad y Nivel Educacional". *Revista Neurológica Argentina*. 28 (3): 149-152. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=95&id_seccion=&id_ejemplar=&id_articulo=17672&pdfFile=Arne03305.pdf&method=saveDataForDownload&motivo=1
- 31-Canale, M (2010). "Programas de Estimulación Cognitiva en Tercera Edad: Fundamentos y Generalidades". *Revista Argentina de Alzheimer y otros trastornos*. Año 10: 33- 37. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.alzheimer.org.ar/revista10.pdf>
- 32-Cano Gutiérrez, C. (2007). "Tratamiento de las Demencias". *Revista colombiana de psiquiatría*. 36 (1): 157- 174. Consultado en octubre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615418013>
- 33-Carradori, M y Lujan, L. (2008). "Cognición y Tercera Edad: Aportes desde la Psicopedagogía en la Mejora de la Calidad de Vida." Trabajo Final de Licenciatura en Psicopedagogía. Universidad Nacional de Río Cuarto, Río Cuarto, Córdoba.
- 34-Carrasco, M y Bilarrasa, A. (2007). "Deterioro Cognitivo Ligero ¿Una Entidad Necesaria?". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Octubre, 36 (003), 471-507. Consultado en julio de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80636307.pdf>
- 35-Cava, M y Musitó, G (2000). "Bienestar Psicosocial en Ancianos Institucionalizados y no". *Revista multidisciplinaria de gerontología*. 10 (4).

215-221. Consultado en julio de 2011. Disponible en:
www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_4/g-10-4-003.pdf

36-CEPAL y Naciones Unidas (2004). "Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento". Consultado en julio de 2011. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estrategia_regional_america_latina_y_el_caribe_del_plan_de_madrid.pdf

37-"Ciudadanos/tercera edad." Consultado en agosto de 2011. Disponible en:<http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=267>

38-Colegio Oficial de Psicólogos. (2002). "Psicología, Psicólogos y Envejecimiento: Contribución de la Psicología y los Psicólogos al Estudio e Intervención sobre el Envejecimiento". *Revista Española de Geriatria y gerontología*. 37(5): 268-275. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v37n05a13040767pdf001.pdf>

39-Contador Castil, I., Fernández Calvo, B., Ramos Campos, F., Cacho Gutiérrez, L y Rodríguez Pérez, R. (2009). "Deterioro de la Memoria no Verbal en la Demencia tipo Alzheimer, ¿Olvido o Adquisición?". *Revista Pscothema*. 21 (1): 15-20. Consultado en noviembre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72711818003>

40-Cornachione Larrinaga, M. (2006). "La vejez: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales. Editorial Brujas.

41-Davicino, N., Muñoz, M., De la Barrera, M y Donolo, D. (2009). "El Rol Psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer". *Revista chilena de Neuropsicología*. Julio, 4,

(1), 6-11. Consultado en julio de 2011. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1793/179317756002.pdf>

42-Damasco Crespo, S., Velasco, P., Gonzales Carreró López, M y Fernández Viadero, C. (2011) "Biogerontología 2011". Materiales de clase, capítulo 1: "El envejecimiento: definiciones y teorías". Disponible en:<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-1.-el-envejecimiento-definiciones-y>

43-De la Barrera, M y Donolo, D. (2009). "Diagnóstico Diferencial de Envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrook's Cognitive Examination (ACE). *Revista Pensamiento Psicológico*. Enero- junio, 5 (12): 45-58. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/801/80111899004/80111899004.htm>

44-De la Barrera, M., Donolo, D y Rinaudo, M. (2010). "Riesgos de Demencia y Niveles de Escolaridad: Cuando Aprender es más Saludable de lo que Pensamos". *Anales de Psicología*. Enero (2010), 26 (1): 34-40. Consultado en enero de 2012. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16713758005.pdf>

45-De la Barrera, M. (2009). "Educación, Aprendizaje y Tercera Edad: algunas consideraciones". *Caleidoscopio, revista de contenidos educativos del CEP de Jaen*. N°2. Pp: 29- 37. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en:
http://revista.cepjaen.es/pdf/caleidoscopio_02.pdf

46-De la vega, R y Zambrano, A. (2007). "Memoria". Consultado en octubre de 2011. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/memoria.asp> .
Consultado 28/08/11

- 47-Donoso, A., Venegas, P., Villaroel, C y Vásquez, C. (2001). "Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer inicial en Adultos Mayores". *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Junio, 39 (3): 231- 238. Consultado en junio de 2011. Disponible en:
http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/35DCL%20y%20enf.Alz.inicial.pdf
- 48-Duran, D., Orbegoz Valderrama, L y Uribe, A. (2008). "Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores". *Revista Universitas Psychologica*. Enero- abril, 7 (1): 263- 270. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64770119.pdf>
- 49-El envejecimiento: Definiciones y Teorías. (2010). Consultado en junio de 2011. Disponible en:
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-1.-el-envejecimiento-definiciones-y>
- 50-Esparza Pérez, A (2005). "La Demencia: Diagnóstico y Evaluación". *Revista de Especialidad Médico Quirúrgica*. Septiembre- diciembre. 10(3): 6-13. Consultado julio de 2011. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47310302>
- 51-Fernández Ballesteros, R., Tárraga Mestre, L y Zamarrón Cassinello, M (2008). "Plasticidad Cognitiva en Personas con la Enfermedad de Alzheimer que reciben Programas de Estimulación Cognitiva". *Revista Psichothema*. 20 (3): 432- 437. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.psichothema.es/pdf/3504.pdf>
- 52-Fernández Ballesteros, R (2004). "La psicología de la Vejez". Consultado en mayo de 2011. Disponible en:
<http://www.encuentros multidisciplinarios.org/Revistan%BA16/Roc%EDo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

- 53-Fernández Ballesteros, R., García, M., Zamarrón Casinello, D., López Bravo, M., Molina Martínez, M., Díez, J., Montero López, P y Schettini del Moral, R. (2010). “Envejecimiento con Éxito: Criterios y Predictores”. *Revista Psicothema*. 22 (4): 641- 647. Consultado en agosto de 2011. Disponible en: <http://www.psycothema.com/pdf/3779.pdf>
- 54-Fernández Verdecía, C., Machado Porro, M y Díaz del guante, M (2009). “Deterioro Cognitivo Ligero como predictor del Envejecimiento Exitoso”. *Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría*. 4(1): 1-22. Consultado en julio de 2011. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/deterioro_cognitivo_ligero.pdf
- 55-Garamendi Araujo, F., Delgado Ruiz, A y Amaya Alemán, A. (2010). “Programa de Entrenamiento cognitivo en Adultos Mayores”. *Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitación*. 22: 26-31. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf101f.pdf>
- 56-García Araneda, N. (2007). “La Educación con Personas Mayores en una Sociedad que Envejece”. *Revista Horizontes educacionales*. 12 (2): 51-62. Consultado en noviembre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/979/97917592006.pdf>
- 57-García Sánchez, C., Estévez González, A y Kulisevsky, J. (2002). “Estimulación Cognitiva en el Envejecimiento y la Demencia”. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 29 (6): 374-378. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/estimulacion/estim.cognit.vejez_demencia.pdf
- 58-Gascón, S y Lombardi, M (2005). “Salud de los Mayores”. En Borell Bentz, R, Municipios Saludables. Portafolio educativo. Primera edición.

Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Consultado en septiembre de 2011.

Disponible en:

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/Portfolio/Introduccion.pdf>

59-Gómez Viera, N., Bonnin Rodríguez, M., Gómez de Molina Iglesias, M., Yanez Fernández, B y Gonzales Zaldívar, A. (2003). "Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro Cognitivo". *Revista Cubana Médica*. 43 (1): 12-7. Consultado en junio de 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med02103.pdf

60-González Delgado, R., Zapata Muñoz, J., Pérez Sánchez, J., Hormigo Pozo, A., Guerrero Zamorano, R y Baca Osorio, A. (2001). "Estudio del Déficit Cognitivo en Pacientes Ingresados en una Residencia Geriátrica". *Revista medicina general y familia*. Vol.38: 792-796. Consultado en julio del 2011. Disponible en:

<http://www.medicinageneral.org/noviembre2001/792-796.pdf>

61-Guerrini, M. (2010). "La Vejez. Su Abordaje desde el Trabajo Social". *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Marzo. Número 57. Consultado en julio de 2011. Disponible en:

<http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

62-Guzmán, J (2002). "Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe". Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE)-División población. Consultado en mayo de 2011. Disponible en:

<http://ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/problemas/envejecimiento.pdf>

63-Hernández Ramos, E y Cansino, S (2011). "Envejecimiento y Memoria de Trabajo: el Papel de la Complejidad y el tipo de Información". *Revista de Neurología*. 52(3): 147- 153. Consultado en junio de 2011. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/neurologia-hernandez-envejecimiento-01.pdf>

- 64-Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P (2006). *“Fundamentos de Metodología de la investigación”*. (4ta Edición). McGraw-Hill/Interamericana de España; S.A.V, Avaraca (Madrid)
- 65-Hernando Ibeas, M. (2006) “Teorías sobre el Fenómeno de Envejecimiento”. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>
- 66-Huamán Ochoa, J (2010). “Fisiología del Envejecimiento Humano”. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: www.es.scribd.com/doc/46053620/envejecimiento-humano
- 67-Iniguez Martínez, J. (2004). “El Deterioro Cognitivo Leve. La Importancia de su Diagnostico Diferencial para Detectar un Posible Proceso de Demencia tipo Alzheimer”. Consultado en abril de 2011. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf
- 68-Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (INDEC), (2010). “Censo 2010. Datos provisorios. Somos 40.091.3592”. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/novedades/novedades_detalle.asp?id=20973
- 69-Limón Ramírez, E., Argimon Pallás, J., Vila Domenech, J., Abos pueyo, T, Cabezas Peña,C y Vinyoles Bargalló, E. (2003). “Detección del Deterioro Cognitivo en Población Mayor de 64 Años; primera fase del proyecto cuida´1”. *Revista de Atención Primaria*. 32(1): 6-14. Consultado en junio del 2011. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v32n01a13048858pdf001.pdf>

70-Lisso, J. (2004). "Deterioro Cognitivo Leve (MCI). Una Nueva Entidad Nosológica." *Revista del Hospital privado de Comunidad*. Enero- julio, 7 (1), 64-68. Consultado en abril de 2011. Disponible en:

<http://www.hpc.org.ar/images/revista/357-v7n1p64.pdf>

71-Llanero Luque, M., Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., Fernández Blázquez, M. y Ruiz Sánchez de León, J. (2010). "Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar". *Revista Alzheimer*. 46: 5-13. Consultado en enero de 2012. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0222.pdf>

72-Marin, J, Troyano, Y y Vallejo, A. (2001). "Percepción Social de la Vejez". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 11(2): 88-90. Consultado en abril de 2011. Disponible en:

www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-006.pdf

73-Marín, J. (2003). "Envejecimiento". *Revista Salud pública y educación para la salud*. 3 (1): 28-33. Consultado en mayo de 2011. Disponible en:

<http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

74-Mardomingo, M y Peraita Adrados, H. (2008). "Detección Precoz del Deterioro Cognitivo Ligerero en la Tercera Edad". *Revista Psicothema*. 20 (3): 438-444. Consultado en mayo de 2011. Disponible en:

<http://www.psycothema.com/pdf/3505.pdf>

75-Martínez Pascal, B., Díaz Palarea, M., Alonso, J y Calvo, F. (2006). "Evolución del Envejecimiento Poblacional y Respuesta Sociosanitaria". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16 (1): 26-31. Consultado en mayo de 2011. Disponible en:

http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2006_1/g-16-1-005.pdf

76-Matellanes, B., Diaz, U y Montero, J (2010). “*El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención psicosocial*”. Universidad de Deusto.

77-Mias, C, Sassi, M, Masih,M, Querejeta, A & Krawchik, R. (2007). “Deterioro Cognitivo Leve: Estudio de Prevalencia y Factores Sociodemográficos en la Ciudad de Córdoba, Argentina”. *Revista de Neurología*. Abril, 44 (12): 733-738. Consultado en mayo de 2011. Disponible en:
<http://www.psicofisiologia.com.ar/nuevo/images/stories/mias.o.pdf>

78-Mejía Arango, S., Miguel Jaimes, A., Villa, A., Ruiz Arregui, L y Gutiérrez Robledo, L. (2007). “Deterioro Cognoscitivo y Factores Asociados en Adultos Mayores en México”. *Salud Pública de México*. Año/vol. 49, suplemento 4: 475-481. Consultado en julio de 2011. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604406>

79-Millán calenti, J y Maseda Rodriguez,A. (2011). “*Geriatría y Gerontología. Valoración e Intervención*”. Editorial Panamericana. Cap. 1. (pp 1-19)

80-Migliacci, M., Scharovsky, D y Gonorazky, S. (2009). “Deterioro Cognitivo Leve: Características Neuropsicológicas de los Distintos Subtipo”. *Revista de Neurología*. Marzo, 48 (5): 237- 241. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/52201930/DCOG-LEVE>

81-Ministerio de Salud de la Nación. (2007). “Programa de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores”. Consultado en junio de 2011. Disponible en;
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/07/Material%20para%20difusi%C3%B3n%20y%20reproducci%C3%B3n/PROGRAMA%20>

[ACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20y%20Programa.pdf](#)

82-Ministerio de Salud. Sistema Estadístico de Salud. (2006). “Encuesta de Utilización en Servicios de Salud. Argentina año 2005. Encuestas a población 10 (20). Consultado en julio de 2011. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie10nro20.pdf>

83- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2008). “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales. Seguridad Económica, Salud, Atención a la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los Países del Cono Sur. Apuntes para un Diagnóstico”. Consultado en julio de 2011. Disponible en: http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf

84-Mishara, B.L & Riedel, R.G. Traducido por Solanas, G. (1986) “*El Proceso de Envejecimiento*”. Madrid. Editorial Morata, S.A.

85-Molina Sena, C., Meléndez Moral, J y Navarro Pardo, E. (2008). “Bienestar y Calidad de Vida en Ancianos Institucionalizados y no Institucionalizados. *Revista Anales de psicología*. Diciembre. 24(2): 312-319. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16711589014.pdf>

86-Monereo Font, C y Sole Gallart, I (1996). “*El Asesoramiento Psicopedagógico: una Perspectiva Profesional y Constructivista*”. Editorial Alianza. Madrid, España.

87-Muñoz, O, García Peña, C y Durán, L. (2004). “La salud del Adulto Mayor. Temas y Debates”. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:

<http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf>

88-Naciones Unidas (2001). "Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad". Consultado en agosto de 2011. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>

89-Observatorio de Política Social y Derechos Humanos. (2011). "Marco Jurídico Internacional y Nacional- Adultos mayores". Consultado en noviembre de 2011. Disponible en: http://www.observatoriosocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=156:adultos-mayores&Itemid=221

90-Otero, J y Fontán Scheitler, L (2003). "Las Fronteras entre el Envejecimiento Cognitivo Normal y la Enfermedad de Alzheimer. El Concepto de Deterioro Cognitivo Leve". *Revista Médica del Uruguay*. Mayo. 19 (1): 4-13. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2003v1/art2.pdf>

91- Otrosky Solís, F., Lozano Guitiérrez, A., Gómez Pérez, M. (2010). "Cultura, Escolaridad y Edad en la Valoración Neuropsicológica". *Revista Mexicana de Psicología*: 27 (2): 285-291. Consultado en octubre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=243016324016>

92-Organización Mundial de la Salud. (2002). "El Envejecimiento Activo: un Marco Político". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37 (2): 74-105. Consultado en junio de 2011. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

93- Pac, P., De Vega, P., Formiga, F y Macaro, J. (2006). "Motivos de Ingreso en Residencia Geriátrica de Calahorra (La Rioja)". *Revista multidisciplinar de gerontología*. 16 (1):32-36. Consultado en agosto de

2011. Disponible en: [http://www.librostonic.com/pdf/Motivos-de-ingreso-en-residencias-geriatricas-en-Calahorra-\(La-Rioja\)](http://www.librostonic.com/pdf/Motivos-de-ingreso-en-residencias-geriatricas-en-Calahorra-(La-Rioja))

94-Park, D y Schwarz, N. (2002). “*Envejecimiento Cognitivo*”. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid

95-Peláez, E y Feliz Ferrera, J. (2010). “Transición Demográfica y Arreglos Residenciales de los Adultos Mayores en República Dominicana y Argentina”. Papeles de publicación (en línea). Enero-marzo, 16 (63), 85-115. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/MATERIAL%202010/RAM2011/RepDominicana/transicion%20demografica%20y%20arreglos%20residenciales%20de%20los%20AM%20en%20la%20R%20Dominicana.pdf>

96-Pelegrín Valero, C., Olivera Pueyo, J y Castillo Jimenez, L (2011). “Neuropsicología del Deterioro Cognitivo Leve y de las Demencias”. En Tirapu ustárróz, J, Rios Lago y Maestú, F, *Manual de Neuropsicología segunda edición*. (pp. 369-397). Viguera Editores. Barcelona.

97-Petritz, G y Viguera, V. (2002). “Un Desafío al Tiempo: Educación Permanente. Curso virtual Educación para el envejecimiento. Ref.15. Consultado en diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/desario.htm>

98-Pochtar, N y Pszemiarower, N (2011). “Personas Adultas Mayores y Derechos Humanos”. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pochtar-personas-01.pdf>

99-Pose, M y Manes, F. (2010). “Deterioro Cognitivo Leve” .Acta Neurológica Colombiana. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_supl3_1_7_12.pdf-colombia.

- 100- Programa Educativo de Adultos Mayores- Secretaria de Extensión y Desarrollo- Universidad Nacional de Río Cuarto. (2011). Blog: "Tercer Escalón. Para Conocer lo que hacen los Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Río cuarto". "Fue inaugurado en El Andino el nuevo edificio del PEAM". Mayo de 2011. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:<http://peamriocuarto.blogspot.com/2011/05/fue-inaugurado-en-el-andino-el-nuevo.html>
- 101- Ramos Cordero, P., Larios Gonzales, O., Martínez de la Mata, S., Martínez, M y Pinto Fontanillo, J (2003). "Prevención y Promoción de la Salud en el Anciano Institucionalizado. (La residencia como espacio de convivencia y de salud)". Consultado en julio de 2011. Disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>
- 102- Rodríguez García, Y., Oliva Díaz, J., Gil Hernández, J y Hernández Riera, R. (2008). "Características Biopsicosociales de los Ancianos" *Archivo Médico de Camagüey* 12 (1): 2-5. Consultado en junio de 2011. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211116118004.pdf>
- 103- Rodríguez Rodríguez, N., Juncos Rabadaán, O y Facal Mayo, D. (2008). "Discriminación mediante Marcadores Cognitivos del Deterioro Cognitivo Leve frente al Envejecimiento Normal". *Revista Española de geriatría y gerontología*. Diciembre, 43 (5): 291-298. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/en/node/2067736>
- 104- Ruiz, V., Scipioni, A y Lentini, F. (2008). "Aprendizaje en la Vejez e Imaginario Social". *Revista Fundamentos en Humanidades*.

Noviembre, 1(17): 221-233. Consultado en noviembre de 2011.
Disponible en:

<http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/revista-17.pdf>

- 105- Ruiz Vargas, J (2008). "Envejecimiento y Memoria: ¿Cómo y por qué se Deteriora la Memoria con la Edad?". *Revista Española de geriatría y gerontología*. 43(5): 268-270. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124/envejecimiento-memoria-como-que-se-deteriora-memoria-13126577-editoriales-2008>
- 106- Samper Noa, J., Llibre Rodriguez, J., Sánchez catases, C y Sosa Pérez, S. (2011). "El Deterioro Cognitivo Leve antes de la Enfermedad de Alzheimer". *Revista Habanera de ciencias médicas*. Marzo, 10(1): 27-36. Consultado en julio de 2011. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180418876006>
- 107- Scharovsky, D (2007). "Revisión de los Cuadros de Deterioro Cognoscitivo no Demencia". *Revista del Hospital Privado de comunidad*. Agosto, 10 (1): 47-56. Consultado en agosto de 2011. Disponible en:
<http://www.hpc.org.ar/images/revista/558-r16n1p47.pdf>
- 108- Silva, R (2009). "Reflexiones acerca de la Esperanza de Vida y una Implementación en una hoja de cálculo". Consultado en mayo de 2011. Disponible en:
<http://www.revista-actuario.com/Publicaciones/Mar09/023.pdf>
- 109- Slachevsky, A y Oyarzo, F (2008). "Las Demencias: Historia, Clasificación y aproximación Clínica". Consultado en agosto de 2011. Disponible en:

[http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap Dementia Slachevsky&Oyarzo_08.pdf](http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Dementia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf)

- 110- Strejilevich, L. (2010). "Políticas Sociosanitarias para los Adultos Mayores de la Argentina". Consultado en mayo de 2011. Disponible en: www.aggmdp.org.ar
- 111- Tamer, N. (2008). "La Perspectiva de la Longevidad: un Tema para Re- pensar y Actuar". *Revista Argentina de Sociología*. 6 (10):91-110. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/269/26961007.pdf>
- 112- "Teorías del Envejecimiento" (2008). Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://www.institutotomasaspascual.es/reportajes/muestra.asp?id=2430&n=3&org=Dieta%20Tercera%20Edad&x=3>
- 113- Tomatis, K. (2004). "El Envejecimiento y la Situación Actual de los Adultos Mayores en Argentina: Situación Actual y Perspectivas en la primera mitad del Siglo XXI." Trabajo Final de Licenciatura en Economía. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto, Córdoba.
- 114- Triado Tur, C (2001). "Cambio Evolutivo, Contextos e Intervención Psicoeducativa en la Vejez". *Revista Contextos educativos*. Año 2001/vol. 4: 119-133. Consultado en agosto de 2011. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD057.pdf>
- 115- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M y Méndez, F (2004). "Características del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor Hospitalizado a Nivel Nacional". Consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/61508765/Caracteristicas->

del-deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor-hospitalizado-a-nivel-nacional

- 116- Vargas, M. (2011). “La Argentina Envejece Revela el último Censo”. Consultado en mayo de 2011. Disponible en: <http://mariooweb.wordpress.com/2011/02/09/la-argentina-envejece-revela-el-ultimo-censo/>
- 117- Viera, N., Rodriguez, M., Molina Iglesias, M., Yanez Fernández, B y Gonzales Zaldiva, A. (2003). “Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro Cognitivo”. *Revista Cubana de Medicina*. 42 (1): 12-17. Consultado en julio de 2011. Disponible en: <http://www.librostonic.com/pdf/CARACTERIZACION-CLINICA-DE-PACIENTES-CON-DETERIORO-COGNITIVO>