



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA.

**Intervención Psicoeducativa de Estimulación Cognitiva para Adultos
Mayores, del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.**

Tesis

(REPORTE DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

PAMELA GONZÁLEZ BARRERA

MATRICULA:

14202131

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GERARDO ORTIZ MONCADA

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2020

Dedicatorias y agradecimientos

Al Dr. Gerardo Ortiz Moncada, Por todo el apoyo incondicional y motivación, por construir y crear en mi vida cada que se nos atravesaba una charla, gracias por la paciencia y tolerancia, por esa sed de enseñar, por la pasión y compromiso que le dedicas a cada uno de tus tesisistas, por regalarme luz en este camino, en esta experiencia, me siento afortunada por formar parte de ese equipo que tuvo la dicha de tenerte como guía, como docente y como amigo,

GRACIAS.

A la universidad pedagógica nacional, la hermosa UPN, por ser un espacio en el que aprendí y crecí como profesional que me dio oportunidades que jamás pensé tendría en algún momento de la vida y me permitió convivir con una diversidad increíble de personas.

María de los Angeles Gabriela Barrera Cabrales, hermosa, grandiosa y bellísima mujer, te agradezco y te dedico este proyecto que sin duda ha sido de las cosas más complejas y pesadas que he hecho en mi vida y me siento mal al decirlo porque sé que un gracias jamás será suficiente, sé que mantener a tres personitas mientras Creolán y estudiaban debe ser de lo más difícil de la vida, pero lo hacías a diario, trabajaste 15 años de madrugada para dedicarnos tu vida, dormías tan poco para educarnos, trabajabas tanto para estar presente en un festival de las madres, eres paz y también eres amor, eso me das en un abrazo, incluso eso me das en un grito de regaño y por eso son tan deliciosos los momentos a tu lado, creaste en mi pensamientos que me hacen ser mejor mujer, y prácticas que me hacen ser mejor persona, con delicadeza me enseñaste lo que es el cariño y la paciencia, tú eres la mujer más fuerte que conozco en el mundo y que a pesar de cada situación que se presenta en tu vida sales a delante, lo aprendí de ti, eres el motivo por el que yo termine una licenciatura, para ti fueron estos años de estudio, eres la patrocinadora que no espera nada a cambio, bastaba una mirada tuya, sincera y llena de amor para darme cuenta que ya estabas orgullosa de mí, pero jamás fue suficiente porque quería darte el motivo completo para estarlo, te amo infinitamente, GRACIAS

MAMI.

Vicente González Ibarra te dedico a ti, este proyecto y agradezco por mantenernos unidos, siempre como mamá y enseñarme lo valioso que es tener una familia, literalmente una familia, que se apoya siempre, que se ama, que nunca está sola, eres el ser más divertido del mundo, gracias por enseñarme lo que es el amor y que tan valiosa soy, gracias por tu apoyo incondicional, por los regaños, los gritos, por tu histeria, gracias por los chistes y las carcajadas, por ser un padre, completamente un padre con toda la extensión de la palabra, por velar por nosotras y bñarnos masizo, te agradezco por enseñarme a trabajar y ser fuerte, por fomentar hábitos que aunque parezca que no los escucho hoy estoy trabajando en ellos, sé que solo deseas verme y vernos triunfar, después de estos largos años, por fin tengo algo para ti, algo pequeño comparado con todo lo que tu das, un título de licenciatura que sin duda obtuve gracias a ti, gracias, mi lindo y perfecto hombre ideal, porque sin ti como ejemplo me conformaría con cualquier cosa de la vida pero has puesto las expectativas demasiado altas, te amo infinitamente, GRACIAS PAPI.

A mis hermanas Daby y Jesica por ser amigas, por ser enemigas, por ser confidentes por enseñarme lo que debo y aún más por enseñarme lo que no debo y no quiero hacer, por mantener secretos, por pelear y darme 2 minutos enojadas, por las carcajadas, por las charlas, y chismes a la ventana, por su tiempo y calidez, por las videollamadas, por motivarme a ganar el control, la lavadora, el asiento delantero del carro, el baño y ayudarme a desarrollar habilidades como correr a poner el seguro a la puerta antes que ustedes y evitar ser golpeada por ser parte de lo más valioso y maravilloso que tengo en la vida, Te amo Daby y Te amo Jesi.

A mis amigas y especialmente a Ximena quien me acompañó durante esta travesía llamada licenciatura, por ese día en el que me dijiste que era mejor que hicieramos la tesis solas, gracias porque ese orgullo que se siente al concluir y saber que es un proyecto por el que te esforzaste y desvelaste sola no tendrá igualación alguna, tenías razón, amiga gracias por cada momento tan maravilloso vivido en la universidad, por los consejos, apoyo, tolerancia y amor.

A mi familia, a cada una de mis tías, mis tíos y primos, por ser tan importantes y formar parte de los 21 integrantes, ahora 22 con mi sobrina que no me gustaría perder jamás, a mi Abuelo le agradezco por esas charlas que parecían ser aburridas cuando tenía 7 y después más valiosas de lo que creía cuando tenía 13, con miles de mensajes en ellas.

Este 2020 se llevó a una mujer valiosa e importante en la vida de una familia.

Quiero agregar un apartado para ella, Mi abuela quien de manera ejemplar mantuvo unida una familia de 21 integrantes, quien a pesar de los años tenía presente a toda su gente, quien repetía los nombres de todos sus nietos hasta llegar al de quien quería hablar pero jamás olvidó por un segundo a uno de ellos, quien se preocupaba por todos y hasta el último segundo mantuvo activas las lecciones y las sigue manteniendo aún desde esa estrella brillante en la que ahora vive, y que por eso era a quien deseaba llamar para jugarle una broma sabiendo que colgaría el teléfono después de darme una lección más acerca de lo grandiosa que era la sabiduría que poseía, te dedico este triunfo, porque sé que esas preguntas constantes de ¿ya sabiste de la escuela? Siempre esperaban como respuesta un Ya Salí, y yo siempre decía "me falta la tesis" y tenías palabras para motivarme a querer un día decirte que oficialmente había salido de la escuela, hoy, hoy grito fuertemente al cielo que la he terminado porque sé que era algo que anhelabas escuchar, hoy, te agradezco, cada palabra, cada abrazo, cada beso enviado desde la puerta, cada carcajada al teléfono, cada "ay mijita" ¡¡GRACIAS ABUE!!

Y por último gracias a Tí...

Patricia González Barrera, por no rendirte, por cambiar de opinión acerca de la tesis, porque definitivamente titularse por promedio o con un examen o te habrían generado este orgullo y satisfacción que hoy te dan estas 200 cuartillas.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 8 |
| | |
| Capítulo 1. Miradas disciplinares en torno al envejecimiento y la vejez | 14 |
| 1.1 Perspectiva geriátrica | 18 |
| 1.2 Perspectiva gerontológica | 21 |
| 1.3 Perspectiva psicológica | 25 |
| 1.4 Vejez | 26 |
| 1.5 Envejecimiento | 30 |
| | |
| Capítulo 2. Concepciones en torno al envejecimiento | 35 |
| 2.1 Envejecimiento “exitoso” | 35 |
| 2.2 Envejecimiento “normal” | 36 |
| 2.3 Envejecimiento “activo” | 37 |
| 2.4 Envejecimiento “saludable” | 38 |
| 2.5 Envejecimiento patológico | 39 |
| 2.5.1 Principales cambios ocurridos en la vejez | 40 |
| 2.5.2 Enfermedades metabólicas | 48 |
| 2.5.2.1 Diabetes | 49 |
| 2.5.2.2 Artritis | 51 |
| 2.5.2.3 Enfermedades cardiovasculares | 52 |
| 2.5.2.4 Hipertensión arterial (HTA) | 53 |
| 2.5.2.5 Accidente cerebrovascular | 55 |
| 2.5.3 Enfermedades neuronales | 56 |
| 2.5.3.1 Depresión | 56 |
| 2.5.3.2 Deterioro cognitivo leve | 58 |
| 2.5.3.3 Demencia | 59 |

| | |
|---|----|
| Capítulo 3. Alcances de la psicología educativa en la atención al envejecimiento..... | 62 |
| 3.1 Tipos de intervención psicológica en el envejecimiento..... | 62 |
| 3.1.1 Psicología clínica | 63 |
| 3.1.2 Psicología educativa | 64 |
| 3.1.2.1 Educar para envejecer | 66 |
| 3.1.3 Estimulación cognitiva | 69 |
| 3.2 Intervención en distintos tipos de memoria | 71 |
| 3.2.1 Memoria sensorial | 74 |
| 3.2.2 Memoria icónica | 75 |
| 3.2.3 Memoria ecoica | 75 |
| 3.2.4 Memoria háptica | 75 |
| 3.2.5 Memoria el gusto y el olfato | 76 |
| 3.2.6 Memoria a corto plazo | 76 |
| 3.2.7 Memoria a largo plazo | 77 |
| 3.2.8 Memoria emocional | 77 |
| 3.2.9 Memoria de trabajo | 78 |
| 3.2.10 Memoria procedimental | 78 |
| 3.2.11 Memoria episódica | 79 |
| 3.2.12 Memoria semántica | 79 |
| 3.2.13 Memoria visual | 80 |
| 3.2.14 Memoria verbal | 80 |
| 3.2.15 Memoria autobiográfica | 81 |
| 3.2.16 Memoria fotográfica | 81 |
| Capítulo 4. Procedimiento | 83 |
| 4.1 Identificación de necesidades | 83 |
| 4.2 Pregunta de trabajo | 84 |
| 4.3 Propósito general | 84 |

| | |
|---|-----|
| 4.4 Propósitos específicos | 85 |
| 4.5 Escenario | 85 |
| 4.6 Participantes | 87 |
| 4.7 Requerimientos para el diseño de un programa de estimulación cognitiva | 87 |
| 4.8 Fases | 90 |
| 4.8.1 Fase 1 Ingreso al escenario. | 90 |
| 4.8.2 Fase 2 Observación y detección de necesidades | 91 |
| 4.8.3 Fase 3 Diseño de las actividades (programa) | 92 |
| 4.8.4 Fase 4 Intervención de las sesiones | 94 |
| 4.8.5 Fase 5 Análisis | 94 |
| | |
| Capítulo 5. Presentación y análisis de las sesiones del programa | 96 |
| | |
| Capítulo 6. Discusión y conclusión | 149 |
| 6.1 Discusión | 149 |
| 6.2 Conclusión | 153 |
| | |
| Referencias | 157 |
| | |
| Anexos | 180 |

Para caracterizar la imagen de una persona adulta mayor se consideran aspectos físicos y mentales que se enmarcan socialmente enfocados a las personas que se encuentran en la etapa de la vejez, y que constituyen el imaginario social.

Introducción

El envejecimiento ya es un fenómeno que generará cambios porcentuales estadísticos en la población en edades avanzadas en los siguientes años (Ham, 2000). México está atravesando cambios, como lo menciona Camacho, Gámez, Flores, & Guerrero (2010), los jóvenes y adultos que conforman la mayor parte de la población, dentro de algunos años serán viejos, convirtiéndose en el sector poblacional más numeroso de la historia. Desafortunadamente la vejez es vista desde un enfoque en el que el adulto mayor es poco funcional, lo cual le imposibilita trabajar para de esa manera poder solventar gastos (González, Fonseca & García, 2013). La concepción y definición de esta etapa de vida “vejez” varía entre los países y las sociedades, la OMS (2012) menciona que esta palabra casi siempre tiene connotaciones negativas, relacionándola con otros términos tales como discapacidad o demencia, así como dependencia económica, siendo una de las principales características del envejecimiento, sin omitir el aislamiento social y el déficit cognitivo (Carbajo, 2009). A partir de los 50-60 años de edad se aprecia una frecuente queja por las dificultades de recordar información nueva, este hecho incrementa a partir de los 70 años (Serrani, 2010).

De esta manera lo mencionó Dulce & Uribe (2002) el envejecimiento más allá de su significación comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo. Así, cada año más de vida es también un año menos que vivir.

Después de lo ya mencionado acerca del envejecimiento considerado como deterioro hay que remarcar un punto con mayor importancia, como lo menciona Fernández "... el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, al contrario, debe ser analizado como un proceso dinámico y heterogéneo, con una dimensión histórica y social." (2009, p.23), por lo que la perspectiva de cada individuo es completamente distinta, cada uno lleva a cabo el proceso de envejecimiento de manera particular, demostrando que no en el total de los casos envejecimiento es sinónimo de deterioro o aislamiento, al contrario, es una etapa funcional y de aprovechamiento en la que el principal objetivo no solo del adulto mayor sino también de los familiares es tener calidad de vida en ambos sentidos. La calidad de vida lleva consigo aspectos que le permiten un análisis que se relaciona con el sujeto, acorde con Yanguas la calidad de vida en la vejez es multidimensional, tiene consigo componentes objetivos y subjetivos (2006). Ruvalcaba, Salazar & Fernández (2012) mencionan ejemplos de indicadores objetivos los cuales son vivienda, educación, salud, vestimenta, alimentación, empleo, o sea, lo que provoca satisfacción y es visible, mientras que los subjetivos según González (2010a) son una perspectiva psicosocial, como sensación de bienestar o satisfacción personal, definitivamente es triste aceptar que la calidad de vida muchas veces depende del nivel socioeconómico. Rodríguez y colaboradores (2011) sostienen que el aspecto económico posibilita la capacidad de participación activa de los adultos mayores en actividades sociales, influyendo en el bienestar de la persona.

En otras palabras, para Schallock & Verdugo, (2007, p.22) calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que:

- I. Es multidimensional.
- II. Tiene propiedades éticas y universales.
- III. Tiene componentes objetivos y subjetivos.
- IV. Está influenciada por factores personales y ambientales.

Esto nos da pauta a explicar lo más importante y la razón de este proyecto, la educación, ya que la actividad educativa formal busca mejorar mediante el conocimiento la manera en que envejecen las personas, incrementando su calidad de vida.

El presente trabajo tiene su total base en el ámbito educativo, de acuerdo con Hernández la psicología educativa puede presentarse con base en las siguientes características (2006, pp. 54-56):

- A) Es una ciencia educativa
- B) Estudia, describe, explica, investiga e interviene en los procesos psicológicos que ocurren en el ámbito educativo
- C) Se relaciona con la psicología general y con la educación de múltiples maneras
- D) Se inserta en la tradición de las disciplinas de la psicología de carácter aplicado-tecnológico
- E) Está constituida por tres dimensiones; teórica conceptual, proyectiva y técnica práctica
- F) Desarrolla una serie de actividades
- G) Contribuye con la comprensión y mejora de los procesos educativos, relacionándose con otras disciplinas o ciencias de la educación.

La educación es la base de cualquier ser humano, si el mundo estuviera educado para prevenir enfermedades en lugar de atenderlas medicamente una vez que se diagnostican, se evitarían cientos de padecimientos a tempranas edades, incluso la mayoría en su totalidad, la educación no formal hablando específicamente del hogar, la cultura y tradiciones es una de las más inciertas ya que no hay programas ni planes para educar a un sujeto, no es nuevo que la mayoría de las enfermedades son hereditarias, si las personas sabiendo esto desde pequeños realizaran lo necesario para evitarlas como tener una buena alimentación, fomentar hábitos de estimulación o ejercer disciplina de actividad física la calidad de vida en el adulto

mayor implementaría en un alto porcentaje. Es un punto de vista que me llevo a darme cuenta que la psicología educativa tiene un papel imprescindible, y lo corroboro con mi estancia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

La presente tesis es un reporte de prácticas profesionales, tiene como propósito Diseñar e implementar un programa psicoeducativo de estimulación cognitiva, con el fin de fortalecer el proceso de intervención que se brinda a pacientes geriátricos en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se realizó en un periodo de 6 meses, en un hospital ubicado en la delegación Tlalpan, tiene como nombre hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" es un hospital de aprendizaje y gran parte de su población laboral son estudiantes que están realizando su servicio social y/o prácticas profesionales, así como residentes y voluntarios, mi caso fue realizar el servicio social en esta institución, reconocida a nivel nacional por ser uno de los hospitales de alta especialidad y certificado.

"Es un HOSPITAL, adscrito a los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, otorga atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento" (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvares) trata enfermedades mentales en pacientes de ambos sexos a partir de los 18 años cumplidos y hasta la vejez, contando con un área exclusiva para ellos (los adultos mayores) en el 6to piso llamada psicogeriatría, justo es el área en donde estuve durante este lapso de tiempo, apoyando en la sección de hombres, (6°A) ya que este piso tiene dividido a las mujeres (sección B) y a los hombres (sección A) por cuestiones de seguridad, yo no pude aplicar el programa con mujeres ya que la psicóloga que fue mi adscrita únicamente trabaja con la sección de hombres.

En esta tesis se abordarán 18 sesiones de estimulación cognitiva que se trabajaron con los pacientes hospitalizados del 6° piso sección A, en las que se debe estimular al paciente para que este ponga en función la orientación, atención, concentración, retención, lenguaje, motricidad y por medio de esta estimulación el participante mejore su capacidad de retención o al menos disminuir el avance continuo del deterioro cognitivo que se presenta en ciertas enfermedades. Es importante remarcar que este estudio proviene de la tradición hermenéutico-interpretativa, ya que busca dar cuenta de las experiencias vividas entre los distintos agentes educativos involucrados que participan en la presente tesis y son usuarios del servicio que brinda el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la autora de esta tesis, considerando que la construcción de intersubjetividades nos permite generar experiencias, las cuales a su vez permiten la elaboración de informes de experiencia profesional como el presente. Conoceremos a detalle la planeación de cada actividad y cuál es la finalidad de la misma, así como en cada capítulo de esta tesis abordaremos temas de relevancia para el proyecto.

En el capítulo uno “Miradas disciplinares en torno al envejecimiento y la vejez” se pretende centrar las concepciones principales de distintas perspectivas en torno al envejecimiento, así como aclarar paulatinamente la diferencia entre vejez y envejecimiento, de igual modo se abordará el envejecimiento poblacional desde distintas instituciones.

En el capítulo dos “Concepciones en torno al envejecimiento” se pretende explicar la existencia de las diferencias referidas al envejecimiento “exitoso, bueno, esperado, etc.” sin embargo es primordial entender que ninguna de ellas define la situación de ningún individuo de manera específica, así como pretende adentrarnos a conocer lo que es el envejecimiento patológico ya que existe una delicada línea que separa al proceso “natural” del envejecimiento patológico (Barrera, & Donolo, 2009).

El capítulo tres “Alcances de la psicología educativa en la atención al envejecimiento” tiene la intención de dar a conocer algunas de las intervenciones que se trabajan en torno al envejecimiento y estimulación cognitiva, así como las memorias con las que se trabajó durante las sesiones.

El capítulo cuatro “Procedimiento” va dirigido a justificar la tesis y a referir el proceso que se realizó dentro de la institución, o sea, las fases por las que atravesé para llegar al producto final, también se encontrará en este capítulo la pregunta de investigación, el propósito y los propósitos específicos.

En el capítulo cinco “Presentación y análisis de las sesiones del programa” se explicará paulatinamente cada una de las sesiones de estimulación cognitiva con ayuda de cartas descriptivas, en ellas se podrá observar el procedimiento que se realizó, propósito e hipótesis de la actividad, así como los materiales utilizados, observación, análisis y conclusiones de la misma.

Finalmente se presentan la discusión acerca del programa diseñado, así como una conclusión general del proyecto, las referencias y los anexos.

Capítulo 1. Miradas disciplinares en torno al envejecimiento y la vejez.

El envejecimiento y la vejez son dos fenómenos concomitantes en los cuales podemos apreciar distintos cambios que van desde lo biológico (Macías, Álvarez y López, 2019) hasta lo psico-social, es por ello que, en este primer capítulo, se pretende realizar un acercamiento general a las aportaciones teóricas en torno a las características de cada uno de estos términos. Primero que nada, es importante mencionar la diferencia entre vejez y envejecimiento ya que son dos términos que utilizamos indistintamente con frecuencia debido al contexto cultural que nos rodea, mencionamos anteriormente que la vejez es la etapa de vida del ser humano que se presenta como resultado del envejecimiento, mientras que el envejecimiento es este proceso lento que lleva consigo cambios particulares, de acuerdo con Ramos et al. (2009) existen ciertos cambios en los procesos biológicos, psicológicos y sociales, estos cambios se presentan de manera independiente uno de otros.

Es importante mencionar que las enfermedades degenerativas no son parte de un proceso natural de envejecimiento (Li et al., 2016), mantener una vida cognitivamente activa es fundamental para tener una vejez más saludable (Albunerne, 2011), como lo menciona Inzitari, M. "...el envejecimiento cronológico no corresponde necesariamente al biológico y la edad no conlleva obligatoriamente a enfermedades y a discapacidad" (2010).

Por último, esta diferencia entre ambos términos

envejecimiento y vejez radica en que esta es una etapa socio históricamente definida, pero en sí misma es estática, por ser un periodo en el tiempo, mientras que el primero es un proceso dinámico básicamente dependiente del tiempo, no por fuerza de la edad. (Montes de Oca, 2010 p.161).

Como parte de este capítulo también abordaremos lo que se conoce como envejecimiento poblacional, debido al impacto que actualmente conlleva y dándole relevancia para efectos de esta tesis.

(FGCSIC, 2010) En México la tasa de envejecimiento se ha modificado por la reducción de la tasa de natalidad y por el aumento de la esperanza de vida, con base en las siguientes instituciones; Secretaría de gobernación (SEGOB), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Y Organización Mundial de la Salud (OMS) se generó una recopilación de los datos y cifras de sus cuentas oficiales y se obtiene la información que se conocerá en el presente capítulo, en la que se abordan cifras similares e incluso repetitivas, sin embargo la intención es conocer y aclarar la importancia de la población adulta mayor en esta tesis, así como el impacto que tendrá en un futuro el envejecimiento poblacional.

La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 y más años, se acompaña de reducciones en la proporción de niños (personas menores de 15 años) y por la disminución en la proporción de personas en edad laboral. A nivel nacional, de los 112.3 millones de habitantes que contabilizó el Censo de Población y Vivienda 2010, 10.1 millones son personas adultas mayores, lo que representa 9.0%, es decir, casi 1 de cada 10 habitantes del país (INEGI, 2014, p.9).

Dentro de la transición demográfica a la que nos estamos enfrentando, cabe mencionar que fue un largo proceso que cursó diferentes etapas dentro de las que actualmente atravesamos por la última de ellas en la que según la OMS (2017a) el envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Es imposible que la población juvenil logre alcanzar la cantidad de adultos mayores que estadísticamente está prevista para el año 2050.

“...el proceso de envejecimiento se ha presentado de manera muy rápida en poco menos de un siglo la población de adultos mayores se cuadruplicará, mientras que la menor de 15 años se reducirá a la mitad” (CONAPO, 2017b, p.21).

En la actualidad hay 125 millones de personas con 80 años o más, para 2050 se prevé 434 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2018).

En términos absolutos, se proyecta un incremento en el porcentaje del grupo de 65 y más años de edad respecto a la población total, pasando de 10.4 por ciento en 2030 a 18.2 en 2050, el volumen del grupo también aumentará de 1 960 651 a 3 610 409 personas en los mismos años (CONAPO, 2019b, p.51).

En 2025 se duplicará el número de personas de 60 años o más y, en 2050, esta cifra alcanzará los 2000 millones para 2050 mientras que un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes (OMS, 2018).

Una de las principales razones por las que se está generando un envejecimiento poblacional en todo el mundo es debido a que la esperanza de vida está aumentando los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015 (OMS, 2018). La CONAPO, refiere que “En 2030, México ocupará el décimo lugar en cuanto a la mayor esperanza de vida se refiere y para el 2050 se prevé que llegue al noveno lugar a nivel nacional” (2019b, p.25).

Otros de los factores primordiales que trae como consecuencia el envejecimiento poblacional es la fecundidad, natalidad y mortalidad, según CONAPO

El descenso de la fecundidad en México se ha debido principalmente al creciente acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la información y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, así como al aumento de la escolaridad de la población y la autonomía de la mujer en las decisiones reproductivas....En cuanto a la estructura de la fecundidad, ésta continuará mostrando un patrón temprano, es decir, la cúspide se ubicará en el grupo de mujeres entre 20 y 24 años, aunque entre 2015 y 2030 se reducirá de 123.4 a 106.2 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad, y para 2050, se estima habrá 96 nacimientos (2019b, pp.25-28).

CONAPO (2019c) menciona con base en datos de las proyecciones de la población para 2050, la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años irá disminuyendo; pasará de una tasa de 69.5 nacimientos por cada mil adolescentes que ocurren en 2019, a 57.1 nacimientos para 2050.

(CONAPO, 2019c & SEGOB, 2019) El número promedio de hijas e hijos que tendrán las mujeres durante su vida reproductiva pasará de 2.1 en 2019, a 1.7 para 2050, lo cual tendrá como consecuencia el descenso de la población infantil. Reitero el descenso de nacimientos será progresivo, pasará de 285 652 nacimientos en 2015 a 245 172 en 2030 y a 194 588 en 2050. Tendrá una reducción de la natalidad, donde las personas menores de 15 años pasarán de representar 26.5 por ciento de la población en 2015 a 21 en 2030 y a 16.1 en 2050 (CONAPO, 2019b).

“En general, se observa para cada año censal, que conforme incrementa el tamaño de localidad, disminuye el porcentaje de hijos fallecidos respecto al total de hijos nacidos vivos” (INEGI, 2014, p. 41). Con respecto a la mortalidad en adultos mayores tiene un umbral en 1970 de 9.4 defunciones por cada mil habitantes, el cual pasó a 5.2 defunciones por cada mil habitantes en el año 2015 y a 9.5 en 2050, siendo en el grupo de 65 y más años de edad donde se observa la mayor parte de las defunciones (CONAPO, 2019b).

CONAPO (2019b) menciona que el envejecimiento de la población será un desafío demográfico para muchas entidades, considerando que, en 2050 el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2017a), por todo lo antes mencionado, es importante destacar que son distintas y muy variadas las disciplinas que se han encargado de analizar este fenómeno como la sociología, la antropología, la medicina, la psiquiatría y –específicamente para efectos de esta tesis- la psicología. Por lo anterior, resulta importante mostrar un bosquejo de las miradas disciplinares que congregan la generalidad de los hallazgos más recientes: geriatría, gerontología y psicología.

1.1 Perspectiva geriátrica

La Geriátrica es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años.

El término “geriátrica” fue introducido en 1909 por Nascher, quien genero una definición para la Sociedad Británica de Geriátrica en la que la menciona como la rama de la medicina que se ocupa de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada. (Penny et al. 2012, p. 280) “La geriátrica tiene como fin y objetivo disponer de una cadena asistencial adecuada a las diferentes situaciones de enfermedad que presentan los pacientes ancianos...”.

Otro punto importante de la geriátrica va enfocado en los especialistas que se encargan de atender todo lo que conlleva las peculiares enfermedades de un adulto mayor, ya que como lo mencionaremos muchos de los adultos mayores llegan a no tener un solo padecimiento, si no varios a la vez, por ello la OMS remarca un punto importante

Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud. El médico de atención primaria necesita conocer la peculiaridad de los aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral (s.f, p. 4).

Existen ciertos términos que ya vienen incluidos dentro de la geriátrica, ejemplo de esto es que la geriátrica es una rama de la medicina que al atender al adulto mayor conoce los cambios biológicos que trae consigo esta etapa de vida por lo que es importante mencionar en este capítulo un enfoque biológico.

Desde la perspectiva biológica el envejecimiento es un proceso que reduce componentes como lo son células, toxinas, genes, etc. Estos generan un deterioro del organismo hasta su muerte (González, 2010).

Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) el envejecimiento biológico

depende de la carga genética de un individuo, ya que ésta fija una programación que predetermina las disposiciones orgánicas de cada persona como producto de su herencia, este proceso se caracteriza por cambios que modifican aspectos estructurales y funcionales del cuerpo que pueden implicar una serie de síntomas, como la disminución de la agudeza visual, de la capacidad auditiva o del vigor físico, que pueden o no relacionarse con alguna enfermedad (2017, p.7)

Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica (OMS, 2015).

Desde el punto de vista biológico existe una extensa variabilidad en el proceso de envejecimiento (Giró, 2006) ya que biológicamente el envejecimiento es un “Proceso degenerativo multiorgánico de naturaleza multifactorial que antecede a la muerte” (Ballesteros, 2007. P. 154).

En la edad adulta mayor se destaca la apreciación de los cambios sufridos en el cuerpo que pueden provocar discapacidades en las Personas Adultas Mayores, tales como pérdida de funcionalidad y aparición de enfermedades (INAPAM, 2017). Biológicamente el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se

desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable (OMS, 2018).

Retomando lo dicho por Goldstein & Reichel en 1981 junto con diversas perspectivas es posible generar dos teorías

1. Estocásticas: la que refiere al envejecimiento como diversas deficiencias que se presentan de manera aleatoria a lo largo del tiempo
2. No estocásticas: la que refiere al envejecimiento de manera sencilla como la última etapa por la que atraviesa los seres vivos.

Otros autores mencionan diferentes teorías enfocadas a la perspectiva biológica, retomaremos brevemente algunas de ellas.

La teoría del envejecimiento programado, para Collado & López (2005) para cada especie se determina de manera genética la duración de vida, de este modo para la especie humana su rango sería entre los 110 y 130 años.

Según Rodríguez (2006) a partir de la investigación del Ruso Olovnikov, se descubrió que en el telómero de los cromosomas se encontraba una especie de reloj biológico y el paro de este se debe a la falta de una enzima llamada telomerasa. La teoría del error catastrófico, según Orgel (1963) con el transcurso de los años se presentan errores que con el paso del tiempo se vuelven irreversibles y originan anomalías, esta teoría consiste en la muerte innumerable de importantes células y proteínas que se introducen en los mecanismos de síntesis generando una pérdida de homeostasis celular que conduce la apoptosis.

La teoría neuroendocrina para Pinazo & Sánchez (2005) consiste en el deterioro de estos mismos, debido a la desregulación del hipotálamo, provocado por la pérdida de neuronas, reflejando un envejecimiento en diferentes grados, dependiendo la persona.

La teoría del entrecruzamiento, Broklehurst (2006) habla de que ocurre entre proteínas, lípidos y ADN, como resultado de ello se producen cambios en las características físicas como cataratas que son producto de la falta de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo estos enlaces cruzados aumentan convirtiendo a los tejidos en menos plegables y retraídos.

Existe una teoría del uso y desgaste, que menciona la importancia de los órganos y el hecho de que la mayoría de ellos son irremplazables, lo que quiere decir que con el paso de los años el uso de que damos al cuerpo y órganos repercute a futuro, generándoles un desgaste, que con los daños ocasionados en estos sistemas vitales producen la muerte.

El INEGI exponen que “El desgaste biológico del cuerpo humano, el mayor tiempo de exposición a lesiones o enfermedades y el probable resultado de una vida de trabajo, son factores que inciden en el aumento de personas con discapacidad conforme se incrementa su edad” (2013, p.33).

1.2 Perspectiva gerontológica

El término gerontología proviene de los prefijos *geronto* y *logo*, el primero se refiere a viejo mientras que es segundo al estudio o tratado. En 1903, fue definido por Michel Elie Metchnikoff (En INAPAM, 2019b) como “Una ciencia para el estudio del envejecimiento”.

Desde la gerontología es importante dejar claro que vejez y envejecimiento son conceptos diferentes, estos términos serán totalmente definidos en los siguientes apartados de este proyecto, sin embargo, es primordial aclarar que el proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte se le conoce como envejecimiento, este proceso se encuentra influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera todas las personas, sin importar la edad, estamos en proceso de envejecimiento (INAPAM, 2019a).

Gerontológicamente tomando en cuenta la perspectiva anterior, la vejez es más considerada como un constructo social, antes que un fenómeno psicobiológico, por lo tanto, son las condiciones sociales, económica y políticas lo que determinan las imágenes sociales de las personas adultas mayores (Rodríguez, p. 1995).

Actualmente podemos afirmar que los ancianos ocupan un lugar en el mundo, pero esta posición social y económica es inferior. Analizando todos los cambios ocurridos en esta etapa inclusive los sociales, entendiendo la jubilación uno de ellos, esta pérdida de roles afecta la manera de pensarse de la persona y la identidad que estaba creada de años atrás. (Arber & Ginn, 1996. Guillemard, 1994. Alba, 1997).

Teorías gerontológicas de primera generación según Diaz (2012).

- Teoría de la desvinculación; el individuo durante el proceso de envejecimiento se separa de la sociedad. (Cumming & Henry, 1961)
- Teoría de la actividad; el individuo se mantiene firme debido a las actividades que desarrolla día con día, ya que se obtienen gran sentido para él. (Havighurst & Albrecht, 1953) renovada por (Bengston & Peterson, 1972)
- Teoría de la continuidad; en individuo comienza adaptarse a los cambios que se enfrenta en esta etapa. (Rosow, 1963) después al amparo de (Atchley, 1971)
- Teoría del envejecimiento exitoso; inicia una construcción individual de lo ideal en la vejez. primero por (Rowe & Kahn, 1987) y después en (1997).

La gerontología se caracteriza por ser una disciplina que tiene como responsabilidad conocer qué pasa en la vejez y explicar el envejecimiento como un proceso del ciclo de vida, con la finalidad, no sólo de que las personas vivan más, sino mejor.

La persona gerontóloga debe estar formada de manera multi, inter y transdisciplinar, así como contar con aptitudes, capacidades y habilidades como ética profesional, crítica y autocrítica, resiliencia, generar nuevos conocimientos, liderazgo, trabajo en equipo, relaciones interpersonales, comunicación oral y escrita, investigación,

desarrollo, habilidades pedagógicas, educativas y gerontológicas, ser cálido y gentil, respetuoso, empático, habilidad de escucha, entre otras (INAPAM, 2019b).

Nace la gerontología con un profundo compromiso humanista y social; atendiendo de manera directa e indirecta el envejecimiento, la vejez y a la persona mayor en un contexto de prevención y planes de intervención dentro de las esferas biopsicosociales y el plano espiritual, considerando la opinión y el deseo de las personas mayores (INAPAM, 2019b).

Ya que quedo claro que la gerontología va en su mayoría enfocada a todos estos procesos sociales, considero importante abordar los principales cambios que ocurren durante la etapa de vejez y el proceso de envejecimiento, Fernández (2000) refiere al envejecimiento como un fenómeno que genera acontecimientos no solo individuales, sino también sociales con cambios que se atraviesan en los contextos donde se desenvuelve el individuo, considerando las interacciones sociales como un acontecimiento complejo que se presenta en esta etapa.

Otros cambios que se viven a nivel social son la falta de convivencia intergeneracional, la apertura sexual, la libertad de creencias, la crisis y madurez filial, la pérdida de seres queridos o el síndrome del nido vacío, estos eventos pueden tener reacciones negativas tales como depresión, soledad, aislamiento y sufrimiento, entre otros (INAPAM, 2019c).

Según Cummings & Henry en su propuesta de la desvinculación, el envejecimiento se caracteriza por la separación notoria del individuo con la sociedad, mientras que para Ballesteros (2004) se marca una distancia entre la persona que envejece y los miembros del sistema social al que pertenece ya sea provocada por el individuo o por los miembros del contexto social.

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes, se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la

necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas, estos cambios sin duda tienen un impacto grande en el adulto mayor (OMS, 2015). Reiterando lo antes mencionando el instituto nacional de las personas adultas mayores (2017) definen los cambios sociológicos como la asignación de diferentes roles a cada individuo de acuerdo con las circunstancias y condicionantes que le precedieron a lo largo de su vida, confirmándolo Frieder (2001) menciona la dificultad de los individuos al reconocer que los nuevos roles y actividades que realicen no tendrán mayor impacto y reconocimiento, considerado desde la perspectiva propia del adulto.

Existe una teoría de la actividad propuesta por Havighurst & Albrecht, que explica al envejecimiento saludable como resultado de la actividad continua del individuo, entre mayor actividad realice lograra adaptarse mejor a los cambios propios de la edad (Lehr & Thomaе, 2003). Muñoz (2002) confirma que la actividad mantiene a la persona mayor inserta en contextos sociales que le permiten sentirse adaptada a los nuevos roles, así como ser útil y productivo ante el mismo.

Es importante mencionar las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor, la formal y la informal (Guzmán, 2002)

Informal:

- hijos
- conyugue
- amigos
- compañeros de trabajo
- vecinos

Formal:

- instituciones públicas.

Además de existir una serie de consideraciones con respecto a los factores sociales, desde el punto de vista de Larzelere, Campbell, & Adu-Sarkodie (2011):

- Las actitudes ante el envejecimiento, considerando todos los estereotipos que se conocen sobre este, que al final suelen ser de bastante influencia en la persona adulta.
- Las actividades sociales que se realizan suelen ser entre personas de edades similares o miembros de la familia.
- El soporte social ayuda en gran cantidad a reducir la morbilidad o enfermedades mentales, incluso un buen soporte familiar ayuda al adulto mayor a tener mejor estabilidad emocional.
- Las relaciones sexuales tienen gran impacto en el adulto mayor ya que a partir de los 54 años aproximadamente este tipo de actividades decrecientan en el individuo.

Es importante aclarar que todo cambio ocurrido durante la vida de las personas es subjetivo, en el presente proyecto se abordan los principales cambios, sin embargo, se presentan de manera distinta en cada individuo por lo que no se está generalizando acerca de ninguno de ellos.

1.3 Perspectiva psicológica

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2017) define esta perspectiva en el envejecimiento como alusión a la psicología personal del curso de vida en el que se experimenta el fenómeno del crecimiento y cambios físicos, mentales y sociales, es por ello que en este capítulo también se abordaron los cambios biológicos y sociales por los que se atraviesan en esta etapa de vida.

Según Montes de Oca (2010) el envejecimiento psicológico es caracterizado por la etapa de vida en la que se aprecian pérdidas y ganancias, en la que deben considerarse los siguientes aspectos;

- El crecimiento de población
- La identificación de hechos históricos que nos ayuden a comprender al individuo en sociedad.

Existe una serie de consideraciones con respecto a factores psicológicos, desde el punto de vista de Larzelere., Campbell., & Adu-Sarkodie (2011):

- La personalidad lleva un constante cambio durante el desarrollo, estos cambios pueden llegar a ser factor de riesgo o de protección
- El equilibrio en el bienestar emocional se adquiere mediante experiencias positivas y negativas, se considera que a partir de los 30 años de edad las experiencias suele ser más positivas que negativas, debido a que el adulto mayor tiene mejor capacidad de asociar mayor placer a las experiencias emocionales.
- El afrontamiento a los problemas, en la edad adulta se mejora la capacidad de lograr calmar sus emociones.
- La religiosidad y espiritualidad se considera como un método que deberían desarrollar en la tercera edad, primordialmente las técnicas de relajación.

Para finalizar este capítulo abordaremos los dos conceptos de mayor interés en esta tesis: vejez y envejecimiento.

1.4 Vejez

Para la vejez no existe una sola definición, al contrario, existen diversas circunstancias que lo determinan (Triadó & Villar, 2008). La CONAPO (2017a) menciona que la vejez es el desenlace de un proceso que atraviesa la población que llega a los 60 años de edad y/o más en el país.

A lo largo de la carrera pude adentrarme teóricamente a las etapas por las que el ser humano atraviesa durante su desarrollo, independientemente del autor que las maneja, las etapas suelen ser similares, infancia, adolescencia, adultez y finalmente vejez, todas consideradas e interpretadas por ser etapas intrínsecas a la vida del ser humano, cada una de ellas lleva consigo una serie de implicaciones que caracterizan el proceso de la etapa que se está cursando.

De acuerdo con Pérez et al. (2006) la vejez es el momento o etapa del ciclo de vida, que inicia con la concepción y termina con la muerte. La vejez es literalmente la última fase del ciclo vital por la que idealmente atraviesan los seres humanos (Pérez, 2004). Y a pesar de todo ello la OMS (2001) refiere como concepto tradicional de vejez la asociación de esta con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad no coincide con esta opinión. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio.

Según González (2010), la vejez es la etapa de vida en la que se manifiesta la modificación y reajuste de capacidades que le permiten al ser humano adaptarse a nuevas condiciones que cambian en su contexto. Debido a que no existe una persona mayor “típica”, la vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida (OMS, 2018).

Cabe mencionar que la vejez es el resultado del proceso de envejecimiento, así como una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales de manera inevitable que inicia desde el nacimiento (González, Tron & Chávez 2009). Para Domizio “La vejez es una etapa más de vida, caracterizada por multiplicidad de cambios, que no revisten el carácter de involutivos, patológicos o de enfermedad” (2007, p.26), El INAPAM define vejez como el momento en que se da la aparición de cambios físicos, discapacidades y enfermedades, así como la declinación de la autonomía vital. Se entiende también como la última etapa de la vida cuya concepción cambia con base en la historia y circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo (2017, p. 10).

El Instituto Nacional Para los Adultos Mayores menciona dos ideas para la vejez una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, la otra que se trata de una etapa de pérdidas e incluso considerada como sinónimo de enfermedad. la percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa (2019a).

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios psicosociales importantes: la modificación de roles y posiciones sociales, la pérdida de relaciones estrechas, la práctica y el uso de nuevas tecnologías y una manera diferente de realizar las tareas que puede compensar la pérdida de algunas habilidades (INAPAM, 2019c).

Como lo menciona Calero & Navarro (2006) la sociedad asemeja la vejez con el declive de las habilidades cognitivas, así como la disminución en conceptos como salud, aislamiento e incluso la dependencia social, lo cual no necesariamente sucede en todos los casos.

INAPAM, Vejez: Es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad en su respectivo momento histórico. Representa una construcción social, tanto individual como colectiva, que determina las formas en que se perciben, aprecian y actúan las personas mayores en el ámbito público y privado de una comunidad (2017, p.10).

La vejez es un acumulo de años, de manera sencilla “un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura hará de tal signo, es decir, del significado con el que se relaciona esta edad en función de un momento” (Ramos, 2009, p. 47).

Para Montes de Oca (2010) hay tres perspectivas de vejez;

- 1) Cronológica en la que determina los 60 años de edad para señalar a la población vieja.
- 2) Funcional en la que por cuestiones de deterioro, limitaciones, enfermedades, discapacidades y declives de autonomía se define la vejez.
- 3) Social en la que define vejez como la etapa que antecede a la muerte.

El término más sencillo por entenderlo de manera lógica también lo define Guerrero que menciona la vejez cronológica, este término consiste prácticamente en el número de años vividos (2015).

Desafortunadamente existen diversas necesidades que requieren del uso económico, como lo menciona Herrera & Duran un individuo que atribuye economía es aquella “persona que cambia su trabajo por una cantidad de dinero que le permite comprar o acumular bienes y servicios por un valor global equivalente” (1995, p. 118), todas las necesidades humanas tienen un valor y con la salud no es diferente (Menger, 1871). Desafortunadamente de acuerdo con Sánchez (2000) quienes tienen las posibilidades desfavorables no tienen la posibilidad de contar con un servicio de salud y mucho menos podrían pagar uno privado, y en la etapa de vejez suele ser indispensable para el bienestar de las personas.

Como lo menciona Calero & Navarro (2006) la sociedad asemeja la vejez con el declive de las habilidades cognitivas, así como la disminución en conceptos como salud, aislamiento e incluso la dependencia social, lo cual no necesariamente sucede en todos los casos.

Para el Instituto Nacional de Geriátrica, (2017) es posible envejecer en condiciones saludables, es decir: con un mínimo de enfermedad y discapacidad, manteniendo la funcionalidad y la independencia en niveles óptimos.

(INAPAM, 2019c) Durante el proceso de envejecimiento se experimentan disminuciones en la capacidad física, fisiológica y cognitiva, así como cambios en la personalidad y las actividades sociales. No obstante, la vejez no siempre es sinónimo de declinación. (CONAPO, 2017a) La vejez es la etapa de la vida en donde se establece disfrutar de los beneficios alcanzados en el ámbito laboral, económico, familiar y social, la vejez influye en la manera en que la vivimos, debemos llegar con optimismo a esta etapa de la vida (INAPAM, 2018).

1.5 Envejecimiento

El envejecimiento se clasifica por ser el periodo que inicia a partir de los 60 años de edad Mendoza (2013). Sin embargo, el envejecimiento en palabras más concretas es un proceso gradual, adaptativo e indiscutible de complejas implicaciones que se origina a partir de los efectos determinados por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la vida de las personas y que con el tiempo ocurre en todo ser vivo (CONAPO, 2017a).

Coria (2010) menciona en tres momentos al envejecimiento: primero como el proceso degenerativo multifactorial, que se establece por distintas razones ya sean genéticas o ambientales, después caracterizando la velocidad con la que se presente el proceso de envejecimiento, será diferente en los distintos individuos que atraviesen este proceso, esto cambiará con base en factores internos y externos por los que atraviese el ser humano a lo largo de su vida y por último el grado de deterioro se presentará de manera diferente en cada uno de los órganos de cada individuo. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) considera el envejecimiento como un proceso natural, resultado de la interacción de los factores genéticos, las influencias circunstanciales del medio ambiente y la adaptabilidad biopsicosocial de las personas a medida que transcurre el tiempo (2017).

Mientras que Guerrero (2015) interpreta que si se considera envejecimiento desde el momento en el que es ser humano se concibe, entonces podríamos decir que el proceso de envejecimiento comienza mucho antes, cuando el embrión se forma y comienza a desarrollarse, este proceso igual contiene signos de envejecimiento.

Ballesteros lo define como “un proceso ininterrumpido y dinámico que modifica nuestra realidad como personas, en cualquiera de los aspectos, y también nuestra posición individual en el contexto social del que formamos parte.” (2007, p. 155).

Coincidiendo con lo antes mencionado, Alvarado & Salazar (2014) reiteran que el envejecimiento es un proceso natural e irreversible, que se compone por cambios de tipo psicológicos, sociales y funcionales, que inicia a partir de la tercera edad y que se presenta con diversas variantes individuales y sociales.

El envejecimiento también se caracteriza por ser una etapa de deterioro del ser humano, de su cuerpo y sus funciones, la afección de distintos aspectos que lo componen, por ejemplo, motricidad, equilibrio, fuerza, deterioro visual y/o auditivo, entre muchas otras operaciones de las que el cuerpo humano pierde control y poder, sin embargo y a pesar de todos estos cambios que implica llegar al envejecimiento existe una gran diferencia entre un envejecimiento “normal o común” y uno patológico. Durante el proceso de envejecimiento la población se aprecia desde distintos puntos de vista hay quienes están orgullosos de llegar a la etapa de la vejez, sin embargo, muchos no pueden apreciarlo como tal, algunos de ellos en este punto de su vida se sienten inútiles. Según Beck et al. (1979; 2000) en general los individuos con diversas condiciones muestran pensamientos pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se critican a sí mismos por evitar socializar, y se justifican con el pretexto de que el proceso de socialización ya no tiene sentido, incluso se aprecian como una carga para sus familiares (Institución Caritas Bienestar del Adulto Mayor, 2002). Otros simplemente esperan recibir un poco de lo que dieron a lo largo de su vida, y algunos, los más afectados por los deterioros patológicos del envejecimiento, viven los días sin saber qué día están cursando, el envejecimiento, es un proceso de la vida que llega mucho antes de lo que se podría imaginar, el ser humano comienza a envejecer desde el momento en el que llega a este mundo ya que las características del envejecimiento se presentan en las estructuras biológica, psicológica y social (Arango 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (2018). Como lo señala Villagordoa el envejecimiento es el total de las alteraciones que se

presentan con el paso del tiempo en el organismo humano, que traen como consecuencia la pérdida funcional y finalmente la muerte (2007).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) menciona

La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 60 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza proporciones más altas a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional, asociados a la incapacidad para realizar de forma autónoma actividades de la vida diaria, son mayores. En la medida en que avance el proceso de envejecimiento de los individuos, la proporción con mayor riesgo de adquirir una discapacidad se incrementará; por lo tanto, es previsible que también lo haga la propia discapacidad en sus diferentes manifestaciones (2013, p.34).

Sin embargo, Para Gonzalez, et al. (2009) el envejecimiento es un proceso natural, del deterioro de la persona, atravesando por distintos ciclos de construcción y transformación.

En el envejecimiento no solo son pérdidas, junto con los declives se presentan posibilidades de cambio y desarrollo (Sánchez, 2009). Confirmando lo anterior Serdio (2009) menciona que el envejecimiento es considerado como un proceso dinámico, personal y biológico y junto con los deterioros podemos encontrar oportunidades de adaptación y progreso.

(CONAPO, 2017a) Dentro las implicaciones del proceso de envejecimiento se encuentran, además de las atribuibles a la edad, los patrones sociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo de este grupo de población, por ejemplo, que está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja (OMS, 2018).

Por cuestiones culturales se entiende el envejecimiento como el proceso de vida que inicia a partir de los 60 años de edad, ya que generalmente es el momento en que llegan de manera más notoria distintos tipos de cambios, no solo físicos, sino

también mentales, y con esto no me refiero a que el ser humano por ende comienza a olvidar cosas, a pesar de que su capacidad de retención decreta, así como la manera en la que se organiza, almacena o evoca la información, con base en el modelo cognitivo el envejecimiento se considera como un progreso endurecimiento de los límites de procesamiento del sistema cognitivo humano, según Park & Schwarz (2002) durante el envejecimiento incrementan los límites funcionales del procesamiento de información que afecta de varias maneras la eficiencia del sistema en general. Sin embargo y de acuerdo con Vega & Bueno “no significa que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento” (1995, p. 173). Me refiero al hecho de considerar que el cerebro humano comienza a envejecer aproximadamente a partir de los 20 años de edad ya que según López (2011) a esta edad alcanza su máximo desarrollo biológico, este proceso implica una serie de cambios que no se detienen e incluso acelera más o menos a los 55 años, pero que nos ayudan a realizar clasificaciones más exactas “típicas” de adultos, dejando de lado el envejecimiento cerebral, la memoria y la mente se comienzan a ver afectadas de manera que las funciones que desarrollan se tornan lentas. Para Ballesteros (2007) a los 30 años de edad comienza un decremento progresivo disminuyendo la masa cerebral alrededor de 2% en cada década, hablando de adultos cognitivamente sanos, esto explica completamente el hecho de los cambios evidentes, como la presencia de lentitud al reaccionar o la velocidad de procesamiento mental, sin embargo, esto se aprecia como un cambio normal del envejecimiento, por lo que lo veremos más adelante.

Para Esquivel et al. existen dos tipos de envejecimiento...

El envejecimiento primario, se conceptualiza como un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años y que no puede evitarse; el envejecimiento secundario, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que pueden ser evitables y que están en el control de la gente (2009, p. 51).

En el siguiente capítulo entenderemos la diferencia entre envejecimiento patológico en donde se pretende explicar claramente todos los conceptos que en esta etapa

son no deseables y que están siendo utilizados en este capítulo y diversos tipos de envejecimiento “esperado”.

Capítulo 2. Concepciones en torno al envejecimiento.

La vejez no es una forma de vida defectuosa estos conceptos deberían ser erradicados desde los entornos culturales y estos cambios empiezan con la educación desde la familia y escuela (INAPAM, 2016), por ello en este capítulo marco entre comillas los conceptos de envejecimiento “exitoso”, envejecimiento “normal”, envejecimiento “activo” y envejecimiento “salúdable”, ya que a mi punto de vista no existe ningún término que logre definir específicamente cómo es que se vive el proceso de envejecimiento, todos lo viven de manera única, ya que ninguno de ellos cumple con una norma debido a que no existe, en cuanto al envejecimiento patológico, lo defino tal cual es.

2.1 Envejecimiento “exitoso”

Brigeiro (2005) menciona que “El envejecimiento exitoso es descrito como una habilidad de mantenerse en bajo riesgo de enfermarse, con alto nivel de actividad física y mental” (p.103), lo que quiere decir, tener la capacidad de prevenir enfermedades (Mendoza & Sánchez, 2003).

Según Rewe & Kahn (1997) el envejecimiento exitoso consiste en sencillos elementos;

- Baja probabilidad de enfermedad
- Alta funcionalidad física y cognitiva
- Compromiso activo con la vida

Tal como lo menciona Werner, et al. (2016) el envejecimiento exitoso consiste en una mejor capacidad del ser humano de adaptarse a los cambios de roles, así como a los diversos contextos sociales. Llegar a tener un envejecimiento exitoso consiste en la capacidad de realizar las siguientes actividades: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que de acuerdo con Acosta & González (2009) son las que están asociadas con actividades y coordinación motoras, esto quiere decir que está relacionado con actividades que cubren las necesidades básicas del ser humano,

por ejemplo; bañarse, caminar, descansar, comer, vestirse y también están las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) las cuales consisten en realizar acciones que de acuerdo con Romero (2007) son de mayor dificultad como hacer compras, cuentas, comida, usar el teléfono.

2.2 Envejecimiento “normal”

El envejecimiento normal según López (2011) da cuenta de los procesos que naturalmente el organismo vivo transitará, sin pretender incluir los cambios que se producen a partir de enfermedades comunes. Para González, et al. (2009) es cuando los deterioros que se presentan en el envejecimiento son lentos, continuos, casi imperceptibles en los distintos niveles (biológicos, psicológicos y sociales) hasta llevarlo a la muerte.

Para Peña (2012) el envejecimiento normal son los cambios propios de la edad, alejado de las patologías biológicas y mentales, esto sucede de manera irreversible en todos los individuos que atraviesan por el proceso de envejecimiento y suceden como consecuencia del paso del tiempo, la fuerza muscular disminuye, tanto los órganos como los sentidos pierden agudeza, de igual modo se va disipando la capacidad de la persona para resolver problemas, como lo refieren Harada, Love, & Triebel (2013) el envejecimiento normal conlleva una disminución en el procesamiento de información compleja lo que quiere decir que ahora el individuo se tardará en solucionar problemas, se le dificultará adaptarse a situaciones nuevas y demorará en los procesos de atracción. Existe una teoría conocida como envejecimiento exitoso que se asemeja a lo que se considera como un envejecimiento “normal o esperado”, la que consiste en la combinación de tres niveles: biológico, psicológico y social.

En palabras más concretas y entendido de manera cultural se considera como un envejecimiento “normal” o un envejecimiento esperado, todo aquello que lleva consigo ciertos cambios, tanto biológicos como físicos, así como psicológicos y sociales.

2.3 Envejecimiento “activo”

La actividad es la clave de un buen envejecimiento, para la OMS el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas (2001).

Principalmente Tate, Lah & Cuddy (2003) destacan ciertos conceptos para definir envejecimiento activo como satisfacción, actividad cognitiva, actividad física, actividad social, tener metas, sentido del humor, e independencia. Para Montes de Oca (2010, p. 164) es “un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas...”

Gonzalez & Ham (2007) definen el envejecimiento activo como cuando hay un estado de salud muy bueno, Mientras que Mendoza & Martínez (2012) refieren que se debe entender el término activo como la participación continua de los adultos mayores, no solo en forma individual, también en forma colectiva, en los diferentes aspectos, sociales, económicos, culturales etc. Confirmando lo antes mencionado, la International Longevity Centre Brazil (2015) explican que el envejecimiento activo implica la participación del adulto mayor en contextos socialmente activos, como escenarios culturales, espirituales, civiles, para desarrollar un potencial de bienestar no solo físico sino también mental y social. También se conoce el envejecimiento activo, como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (CONAPO, 2019a).

Otros autores que hablan de envejecimiento activo son Causapié, López, Porras & Enchanagorría (2011) justificándolo como el hecho de cubrir las necesidades, deseos y gustos del adulto mayor obteniendo bienestar físico, social y mental, dándole al individuo la posibilidad de elegir libremente.

Por otra parte, el envejecimiento activo quiere decir;

...que las personas mayores permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible e implementar medidas de mejora del entorno individual y colectivo, en referencia a vivienda, asistencia técnica, cambios en el entorno que faciliten la permanencia de las personas en sus hogares habituales y permitan la consolidación de vínculos intergeneracionales (Pinazo, 2016, p. 9).

El INAPAM define envejecimiento activo como un 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. El envejecimiento activo permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (2017). Otras características del envejecimiento activo son la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada a enfermedades, alta capacidad funcional cognitiva y física, así como una participación en la vida, la combinación de estos tres componentes, promueve una participación activa en la vida de los individuos. (Tate, Lah & Cuddy, 2003).

2.4 Envejecimiento “saludable”

La OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. Se define el Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (2015).

El INAPAM define el Envejecimiento saludable como:

un proceso dinámico y ecológico en el que el comportamiento del individuo y el ambiente son factores determinantes. Se consideran sanas a las personas mayores de 60 años con o sin enfermedades crónicas no terminales controladas médicamente, que mantengan funcionalidad física, mental y

social óptimas, acorde a su edad, género, escolaridad y ámbito sociocultural (2017, p.7).

2.5 Envejecimiento patológico

Para Peña (2012) el envejecimiento patológico es aquel que, por razones genéticas, hábitos y salud, llevan al individuo a presentar deterioros que afectan su funcionamiento autónomo. Se considera como envejecimiento patológico cuando los cambios no son esperados debido a la presencia de ellos como consecuencia de una enfermedad del tipo que sea, por ejemplo, enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etcétera (Montorio & Izal, 1999; Muñoz & Motte, 2002). Mientras que para Coria (2010) el envejecimiento patológico es cuando durante el envejecimiento se excede lo esperado, esto quiere decir, por ejemplo, si los olvidos de una persona son demasiado elevados podría considerarse como una demencia. Si las enfermedades por las que atraviesa una persona de la tercera edad ponen en riesgo el potencial para el declive se considera envejecimiento patológico (Keefover, 1998).

El envejecimiento patológico se entiende como el proceso que presenta diversas enfermedades físicas y cognitivas, que no se presentan de manera natural y generan una limitación progresiva (Alba, Guillén & Ruipérez, 2002). Como resultado del proceso de envejecimiento, el perfil epidemiológico en América Latina ha tenido cambios significativos; “entre los más importantes encontramos el incremento en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las enfermedades infecciosas y parasitarias” (CONAPO, 2017b, p.34).

Gonzalez, et al. (2009) refiere que el envejecimiento patológico implica una serie de cambios que se presentan sin control, de manera escabrosa y apresurada en uno o en todos los niveles (biológico, psicológico y social). Generalmente cuando incrementa la posibilidad de vida con ello aumentan los riesgos de posibles enfermedades asociadas al envejecimiento, conforme se van perdiendo las habilidades cognitivas, se considera anormal por lo tanto se conoce como

envejecimiento patológico y se entiende psicológicamente como deterioro cognitivo leve o demencia (Green, 2000). Otros autores confirman estas teorías debido a que este concepto mejor conocido como demencia es considerado un envejecimiento patológico y se caracteriza en mayor medida por la pérdida importante de las capacidades cognitivas, que van desde un decremento de los procesos de percepción auditiva, visual, táctil y olfativa hasta la desorganización total de las funciones mentales en los casos de demencia avanzada, por ello para Warsch & Wright (2010), la memoria se entiende como el principal indicador de envejecimiento patológico, considerando de manera primordial la alteración de los distintos elementos que la componen, (registro, almacén y evocación) de ahí se parte para generar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve o demencia. También existen otras enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis que son parte de un envejecimiento patológico. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo (OMS, 2017a). Al respecto López (2011) menciona al envejecimiento patológico como envejecimiento secundario, dando a entender este como un proceso de envejecimiento sumado a las enfermedades que llegan a afectar al individuo.

La Organización Mundial de la Salud menciona que muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo (2017a).

2.5.1 Principales cambios ocurridos en la vejez.

Después de conocer las diferencias entre el envejecimiento exitoso, normal, activo, saludable y patológico, hay ciertos aspectos del mismo envejecimiento que quiero señalar, con el fin de conocer a fondo los probables cambios que atraviesa una persona anciana, lo refiero como probables ya que como lo mencionamos anteriormente, no todas las personas viven exactamente lo mismo, pero puede que en algunos cambios sean un tanto similar, como en los psicológicos, sociales y

biológicos, por ello se realizara una breve mención de los probables cambios que se presentan en cada una de estas:

✓ Cambios psicológicos

○ Afectivos

“El mundo de los sentimientos no sufre deterioro con el paso de los años: permanece el deseo de amar y ser amado, ser útil e independiente y ser consciente del sentido profundo que representa la existencia a lo largo de la vida. Los sentimientos de soledad y abandono se producen por el distanciamiento de la familia y seres queridos” (Herrera & Guzmán, 2012, p.71).

○ Emocionales

En esta etapa de la vida se atraviesan por diferentes acontecimientos que afectan emocionalmente al adulto mayor, desde una pérdida física considerada como un ser querido, hasta la pérdida de alguna habilidad para realizar actividades que antes podían ser muy sencillas, en esta etapa las personas suelen ser más susceptibles en los cambios emocionales hasta el punto de generarse una depresión, por ello la intimidad, comodidad o tranquilidad son factores que influyen de manera positiva en el estado emocional de las personas mayores, esto aumenta la calidad de vida de las personas (INAPAM, 2019c).

○ Cambios cognitivos

Existen cambios negativos en ciertas funciones cognitivas hablando en cuestiones de deterioro, también existen otras que se mantienen estables e incluso algunas que se desarrollan durante la vejez (Calero & Navarro, 2006). Sin embargo, es importante mencionar que un entorno adaptado ayuda a ejercitar algunas habilidades funcionales de las personas que presentan deterioro cognitivo para optimizar el aprovechamiento de las habilidades funcionales de la persona (INAPAM, 2019c), tales como:

❖ Memoria

Como lo mencionamos anteriormente la pérdida de la memoria se presenta en distintas etapas de la vida, sin embargo, en la vejez se hace más notoria, ya que una demencia que se presenta en la etapa de envejecimiento da paso inevitablemente a la pérdida de memoria, sin embargo, según Green (2000) estos déficits de memoria sí pueden acompañar al envejecimiento normal y no afectar el funcionamiento de la persona. Cabe mencionar que en el envejecimiento la persona pierde con frecuencia la capacidad de retener, almacenar y recuperar información nueva (Price, Said & Haaland, 2004).

Por otra parte, hay que considerar que la afección a la pérdida de memoria se presenta en diferentes cantidades dependiendo del tipo de memoria que sea afectada, por ejemplo; con mayor frecuencia la memoria explícita se ve más afectada que la implícita (Keefover, 1998).

❖ Procesamiento de la información

Una característica del envejecimiento es la pérdida de la capacidad de procesar la información de manera rápida, con la edad se reduce la velocidad de procesar la información, según Attix & Welsh-Bohmer (2006) también se ven afectadas la atención, lenguaje, memoria y en funciones ejecutivas, neuropsicológicamente, dice Keefover (1998) que esta pérdida de velocidad se ve relacionada con la sustancia blanca que contribuye en la ejecución de mejores tiempos de reacción.

❖ Lenguaje

El lenguaje, aparentemente se percibe menos afectado en esta etapa de la vida, inclusive podría considerarse que el repertorio verbal y lingüístico de un adulto mayor está más completo, pero a pesar de ello, según Ardila & Rosselli (2007) se presenta una disminución en la fluidez y comúnmente con errores en la denominación.

Para Juncos, Pereiro & Rodríguez (2005) se presentan dificultades en el acceso al almacén lexical, lo que genera fallos a la hora de recordar palabras. Estas dificultades podrían atribuirse a la disminución de la capacidad operativa de la memoria de trabajo que genera una limitación durante el envejecimiento para manejar diferentes tipos de información (Pereiro, Juncos, Facal & Álvarez, 2006).

✓ Cambios sociales

○ Jubilación

En algunos casos la jubilación es un cambio importante que llega con la vejez según Moragas (2004) al cumplir 65 años es la edad del retiro laboral, independientemente de las capacidades que aún se tengan para realizar diversas actividades.

Villa (2005) menciona que la jubilación puede venir acompañada de problemas emocionales como lo es una depresión.

○ Relaciones familiares

Las relaciones familiares en esta etapa de vida son fundamentales para el apoyo emocional de la persona, generalmente suelen ser más estrechas cuando el adulto mayor requiere de ciertas atenciones, y esto le ayuda mucho al adulto ya que encontrarse en un entorno conocido o familiar permite que la persona no se sienta desorientada, confundida o preocupada (INAPAM, 2019c).

○ Redes sociales

Existe una teoría que se conoce como vaciado de roles, la que menciona que durante la vejez el individuo va perdiendo los roles más importantes, lo que podría verse bajo dos impactos, una sensación de libertad al deslindarse de

ciertos cargos, o comenzar a verse a sí mismo como incapaz de realizar actividades que antes hacía sin problema.

Según Acosta y González (2009) todas las actividades sociales con grupos de personas mayores tienen un resultado positivo en esta población, esto suele tener gran influencia en la calidad de vida de las personas.

- Imagen social

Los estereotipos son algo que nos acompaña durante todas y cada una de las etapas de vida, sin embargo, llegar a la vejez es algo que muchos consideran nada atractivo debido a la carga social que nos acompaña día con día, generalmente el deterioro biológico contribuye a que se creen supuestos y actitudes erróneas sobre las personas adultas mayores, pues aunque hay pruebas considerables de su contribución a la sociedad, a menudo se les discrimina por motivos de edad, promoviendo los estereotipos de aislamiento social y la idea de que son una carga económica, (CONAPO, 2019a).

La OMS (2018) refiere que con frecuencia se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y una carga para la sociedad, “otro de los mitos más comunes es que las personas de edad son débiles, que no contribuyen en la sociedad, y que no se pueden afrontar los gastos de su atención médica” (OMS, 2001) es importante informar a la población de todo lo erróneo que es considerar a un adulto productivo débil por el hecho de llegar a la tercera edad, con el fin de evitar cualquier clase de violencia y/o discriminación hacia esta población, para contribuir en un envejecimiento saludable.

- ✓ Cambios biológicos / físicos

La manifestación de rasgos visibles durante el proceso de envejecimiento, llegada la etapa de la vejez, se producen y aprecian más por la apariencia física e inmovilidad de la persona (Mishara & Riedel, 1995).

- Visión

El INEGI (2013) menciona la limitación visual, entendida como la dificultad para distinguir la forma, el tamaño y el color de un estímulo visual, aun usando lentes, así como la pérdida y la debilidad de la vista en uno o ambos ojos, es característica de 38.1% en hombres y 31.6% en mujeres de los adultos mayores. La OMS refiere que el “envejecimiento también está estrechamente asociado con la degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y conduce rápidamente a la deficiencia visual grave; es muy frecuente en las personas mayores de 70 años” (2015, p.57).

De los deterioros más comunes que se presentan en personas adultas mayores el visual es uno de los principales debido a que éste comienza a perder agudeza a partir de los 45 años, según Attix & Welsh-Bohmer (2006) con ello también se pierde independencia funcional principalmente en la lectura, así como ascenso y descenso de escalera, pero la disminución de la agudeza visual también puede afectar los procesos de socialización de los individuos así como el funcionamiento psicológico, emocional y por tanto la calidad de vida (Valentin, 2005).

- Audición

Lin (2012) menciona que la disminución de la agudeza auditiva es una consecuencia del envejecimiento y que el decremento de esta no presenta consecuencias negativas o al menos consecuencias relevantes en la población adulta mayor. Aproximadamente el 50% de las personas que son mayores de 75 años muestran un decremento en la agudeza auditiva, lo que dificulta la capacidad de comunicación y comprensión (Ostrosky, 2006). Un dato interesante según el INEGI (2013) es que el 19.1% en hombres y 14.3%

en mujeres tienen dificultad para distinguir y percibir sonidos, aun usando aparato auditivo.

- Gusto

Según Guyton & Hall (2000) durante el envejecimiento se reduce en aproximadamente dos tercios la cantidad de botones gustativos incluida la capacidad de identificar los cuatro tipos elementales del gusto, amargo, ácido, salado y dulce.

- Olfato

La anosmia conocida como la pérdida del sentido del olfato es un fenómeno que se relaciona con el envejecimiento en el que disminuye la intensidad olorosa (Duque, 2003).

- Apariencia

Según Mishara & Riedel (1995) los huesos se tornan porosos, se hace notoria la curva natural de la columna vertebral y la cavidad torácica disminuye de volumen, mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y hacia delante.

- Capacidad de movilidad

Con el paso de los años, como consecuencia genética y en algunos casos de diversas enfermedades por las que se llega a atravesar a lo largo de la vida la función motora del ser humano se ve afectada, generando un deterioro de manera inevitable, las actividades que se llegan a considerar como básicas requieren de mayor atención para ser ejecutadas correctamente, desde subir algún escalón hasta sentarse, según Yulmetyev, Valliancourt, Gafaro, & Hänggi (2008) la motricidad se puede afectar por el deterioro de la fuerza muscular o por el incremento de grasa en tejidos relacionados a tejidos delgados. La disminución motora se presenta de manera diferente en los

individuos, pueden iniciar estas percepciones motoras a los 60 años y en otros hasta los 70 (Gil, et, al., 2002).

Debido al envejecimiento de la población y al incremento de los problemas crónicos de salud asociados a la discapacidad, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales, el número de personas con discapacidad va en aumento (INEGI, 2013).

La discapacidad puede verse influenciada por el estilo de vida, factores ambientales, culturales, genéticos y sociales, por lo que el proceso de envejecimiento no es un efecto no previsto, sin embargo, hasta la última década del siglo pasado el tema cobró relevancia por las medidas que los sistemas de salud debían tomar ante el incremento de la población de la tercera edad y los nuevos perfiles epidemiológicos que se figuraban (enfermedades crónicas e incapacitantes) (Ham Chande, 2006).

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de la tercera edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Como lo remarcan otros autores (Epping, Galea, Tukuitonga & Beaglehole. 2005; citado en Córdova Villalobos, Barriguete, Lara et al 2008) es importante mencionar una característica de estas enfermedades crónicas, la cual es que de manera usual el individuo sufre diversos padecimientos en combinación con enfermedades crónicas. Es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías (OMS).

Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otros problemas de salud, tales como los factores fisiológicos de riesgo, por ejemplo, hipertensión arterial, pésimos hábitos alimenticios, enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios (OMS, 2015). Es por ello que actualmente la

principal preocupación de las personas mayores es mantener su salud, otorgándole a ésta una especial relevancia, muy por encima de otros aspectos de su vida.

Las enfermedades crónicas o las alteraciones cognitivas limitan las capacidades del individuo de desenvolverse adecuadamente, restando autonomía y dependencia (Chiu, Mau & Tasi, 2004).

Como lo refieren Herrera & Guzmán, no se puede ligar vejez con enfermedad, pero es innegable que muchos adultos mayores padecen enfermedades y un cierto deterioro de su salud (2012), lo que conlleva a un mayor número de defunciones por enfermedades crónico-degenerativas. Por lo tanto, el progresivo envejecimiento de la población y la mayor frecuencia de estos padecimientos seguirán cambiando gradualmente la dinámica de la mortalidad.

2.5.2 Enfermedades metabólicas

Las Enfermedades Metabólicas Congénitas o también conocido como Errores Congénitos del Metabolismo, son trastornos específicamente producidos por una variación en la secuencia codificadora del ADN, Orozco, Martínez, & Barajas (2014) hacen referencia a las enfermedades metabólicas como un problema de salud pública en México así mismo considerándolo como uno de los países con mayor prevalencia de esta clase de enfermedades, claro ejemplo de las enfermedades metabólicas son las siguientes; obesidad, diabetes y síndrome metabólico, estas se han convertido en el transcurso de los años en un problema de salud y son consideradas la epidemia del siglo XXI, ya que aproximadamente más de la mitad de la población mundial las padece y son las principales causas de atención hospitalaria y muerte por su frecuencia y ritmo acelerado en el crecimiento de su prevalencia.

Las Enfermedades metabólicas van manifestándose en un daño que tiene consecuencias desadaptativas para el individuo; son, por consiguiente, enfermedades monogénicas debidas a deficiencias o ausencia de una proteína,

generalmente una enzima, produciéndose bloqueos metabólicos que se manifiestan clínicamente por diferentes razones algunos ejemplos son: por efecto tóxico del metabolito acumulado, deficiencia del producto esperado, bloqueo secundario de otras vías metabólicas o a la combinación de todos los antes mencionados, marcando como uno de sus principales problemas que en sus etapas iniciales suelen ser silenciosas, lo que quiere decir que la mayoría de los síntomas pueden pasar desapercibidos, lo que genera que estas enfermedades sean diagnosticadas tardíamente.

El lapso que transcurre sin tratamiento entre la aparición de la enfermedad y el diagnóstico es de vital importancia, ya que las alteraciones metabólicas pueden generar daño irreversible en diferentes órganos y sistemas conduciendo a complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, amputaciones de miembros, infartos al miocardio o cerebrales y un deterioro importante en la calidad y la esperanza de vida (Orozco, Martínez, & Barajas. 2014, p.5).

2.5.2.1 Diabetes

Para efectos de interés de esta tesis hablaremos de la diabetes mellitus tipo 2 ya que la 1 con mayor frecuencia se presentan en niños y jóvenes. La diabetes es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no es capaz de regular la cantidad de azúcar en la sangre, es causada por la escasa producción de insulina (la insulina es una hormona que se produce por el páncreas que se encarga de controlar la azúcar mejor conocida como la glucosa en la sangre), la insulina transporta la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde se almacena y se utiliza como energía. La OMS (2002) define la diabetes mellitus como un trastorno crónico de base genética caracterizado por un incremento en los valores normales de la glucosa en sangre y orina, asociados a un deficiente funcionamiento del tejido pancreático (productor de insulina) y/o a una reducción del ritmo de utilización de la glucosa a nivel periférico.

Para Cesar, Aracena, Contreras, & Caro, (2013) la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad prevalente en nuestro país, siendo provocada por una falla en los mecanismos de regulación de la glicemia, generando hiperglicemias crónicas, que a lo largo del tiempo provocan diversas complicaciones en órganos blancos. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica, crónica degenerativa, y es un problema importante de salud pública con prevalencia en México de aproximadamente 14% en población entre 29 y 69 años de edad (Sánchez, 2015).

Los síntomas iniciales de la diabetes pueden ser: infecciones en riñón, piel y vejiga, así como fatiga hambre, dolor o entumecimiento en las extremidades, visión borrosa, esto considerando que el paciente con diabetes tiene mayor predisposición para enfermedad aterosclerótica que la población general. La diabetes puede causar pérdida auditiva por compromiso de la microcirculación, factores neuropáticos e hiperglucemia crónica, con efecto deletéreo sobre el órgano Corti, lo cual provoca diferentes grados de hipoacusia de tipo neurosensorial (Zamora, Gómez, & Delgado, 2016). La diabetes aparte de ser una enfermedad progresiva se presenta de manera más común en personas que padecen de sobrepeso y cuentan con antecedentes de herencia, muchas de las complicaciones de la tercera edad aparecen más tempranamente en los pacientes con diabetes.

Según la OMS la frecuencia de este padecimiento aumenta alrededor del 20% a la edad de 80 años (2001), se prevé que la diabetes pasara de 135 millones en 1995 a 300 millones en el año 2025 (OMS, 2002). Según la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association. ADA), en los Estado Unidos hay más de 12.2 millones de personas de 60 años y más que han sido diagnosticadas con diabetes mellitus y el número de casos se incrementa cada año, este mismo fenómeno ha sido también observado en países en vías de desarrollo como México (Olaiz, Rojas, Barquera, et al. 2003).

Como ya lo mencionamos la diabetes llega a traer consigo diversas complicaciones como enfermedades oculares, cardiopatías, enfermedades renales que involucran

diálisis o trasplante de riñón, ceguera, úlceras e infecciones en pies que pueden terminar en amputaciones, picazón, dolor, problemas de erección, pérdida de sensibilidad. Lo antes mencionado generalmente llega a largo plazo por eso tanto el paciente como los familiares deben estar preparados para lo que se deba enfrentar durante esta enfermedad, atención a la glucosa en la sangre y reducción de estrés (Anguiano, 2014).

Esta enfermedad, como todas las enfermedades crónicas, no se cura por lo que un buen tratamiento logra controlarla. Los tratamientos involucran factores clínicos hasta una educación adecuada para conocer el padecimiento y con ello adquirir información correcta para manejar la enfermedad, una buena dieta y rutina física acorde a la capacidad de la persona ayudan en gran cantidad a mejorar la rutina y establecer parámetros más sanos.

Es importante que la persona tenga conciencia de enfermedad para obtener una involucración por su parte y logre adquirir conocimientos como aprender a medir sus niveles de azúcar, ya que este procedimiento es fundamental en el tratamiento.

2.5.2.2 Artritis

La artritis es la inflamación de una o más articulaciones, debido al desgaste o ruptura de cartílagos (esta capa que protege los huesos en las articulaciones y permite el movimiento de uno sobre otro) este deterioro produce dolor e inflamación, así como la imposibilidad de movimientos articulares (la articulación es exactamente el área donde dos huesos se encuentran).

Existen alrededor de 100 tipos de artritis, específicamente se explicará un poco acerca de la osteoartritis, debido a que es el tipo más común en adultos mayores, este afecta las rodillas, las manos, la cadera o la columna, esta enfermedad es una de las principales que incapacita al adulto mayor debido a la degeneración del cartílago que esta genera.

Regularmente los síntomas son dolor y rigidez generalmente después de hacer ejercicio o cuando se pone presión sobre la articulación, también el escuchar sonidos tipo crujido al realizar movimientos en las actividades cotidianas, los movimientos suelen ser más lentos, de igual modo se llega a presentar una rigidez matutina que suele durar alrededor de 30 minutos dependiendo de la articulación el tiempo puede aumentar si la articulación esta inflamada.

Es importante saber que la artritis es una enfermedad crónica por lo tanto no se cura y la probabilidad de que empeore es muy alta, el tratamiento incluye una serie de medicamentos acompañado de un cambio en el estilo de vida empezando por la dieta, bajar de peso, descansar, ejercicios en agua o fisioterapia, sin embargo en esta enfermedad es importante mencionar que a pesar de todas estas alternativas existe una gran probabilidad de que el movimiento se limite aún más con el tiempo y las actividades más sencillas se conviertan en un reto que con el tiempo sean imposibles de realizar por la enfermedad.

2.5.2.3 Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos (OMS). En esta tesis abordaremos dos de sus clasificaciones;

- Hipertensión arterial (presión alta)
- Accidente cerebrovascular (apoplejía)

Fuster (2006) refiere la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en nuestro país pese a que la mayor parte de los factores de riesgo son conocidos y modificables, incluso en los países pobres, y dentro de estas están la hipertensión arterial sistémica, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arteriosclerótica.

Velázquez, Rosas, Lar & Pastelin (2002) mencionan que en México alrededor de 17 millones de personas mueren cada año por enfermedad cardiovascular, se estima

que cada 4 segundos ocurre un síndrome coronario agudo y cada 5 segundos un accidente vascular cerebral. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad del paciente adulto en todo el mundo, siendo México considerado en estas cifras.

Considerando las condiciones generales del paciente, se pide para un sano tratamiento tomar en cuenta las indicaciones médicas y la evaluación conductual, se recomienda ejercicio como tratamiento, retroalimentación biológica, relajación y la identificación de elementos estresantes y el manejo de ellos (Reynoso & Becerra, 2014).

2.5.2.4 Hipertensión arterial (HTA)

La presión arterial es la fuerza que ejerce el flujo de la sangre dentro de los vasos arteriales. Se mide con un aparato denominado esfigmomanómetro, y se obtienen dos cifras: la sistólica (máxima o alta) y la diastólica (mínima o baja) y se expresan en milímetros de mercurio (mmHg). Se define como la elevación sostenida de las cifras de presión arterial por arriba de los niveles considerados como normales. Estos valores se han establecido, desde hace muchos años y se ha llegado al acuerdo de que los valores “normales” son para la presión máxima, hasta 140 mmHg y, para la mínima, hasta 90 mmHg, que se expresan como 140/90 mmHg. estas cifras son aceptadas tanto para gente joven como para personas de mayor edad. Normalmente, conforme aumenta la edad, la presión arterial aumenta.

Se caracteriza la hipertensión como un padecimiento de origen variado que se identifica por el aumento de presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Este padecimiento llega a causar daños a diferentes órganos de distintos grados esto dependiendo la gravedad.

Según Pinilla, et al. el concepto de hipertensión arterial (HTA) ha evolucionado durante las últimas décadas del siglo XX, es importante que los expertos unifiquen los criterios de la HTA que, en beneficio de los pacientes, obviamente culminaran

en un diagnóstico claro y preciso. Se considera que la HTA es el aumento de la tensión arterial por encima de unos límites fijados arbitrariamente (1998).

El riesgo de padecer esta enfermedad aumenta a medida que aumenta la edad, debido al endurecimiento de los vasos sanguíneos, entre algunos otros factores principales que causan la HTA son la obesidad, la ingesta excesiva de sal y la diabetes. La OMS (2004) menciona que a nivel mundial aproximadamente de 200 a 300 millones de personas que padecen esta enfermedad y se espera que dentro de un cuarto de siglo esta cifra se triplique.

La hipertensión arterial se encuentra relacionada directamente con enfermedades de tipo cardiovascular, cerebrovascular, renal y visual. La HTA según Gorelick, Sacco, Alberts, et al. (1999) es el factor de riesgo más importante para el ictus, tanto isquémico como hemorrágico. El 35-60% de los ictus pueden ser atribuibles a la HTA. Existe una relación lineal entre los valores de presión arterial tanto diastólica como sistólica y la morbimortalidad cardiovascular y específicamente la vascular cerebral.

Se considera que de forma indirecta consigue modificar el perfil dislipémico ateroesclerótico y reducir el riesgo de ictus. La HTA, especialmente la sistólica, constituye el factor de riesgo de ictus mayor en diabéticos y por ello la mejor estrategia de prevención primaria constituye en una terapia antihipertensiva agresiva que consiste en disminuir la Presión Arterial (James, Sowers, Murray, & Frohlich 2001).

Es necesaria una revisión de rutina con el médico para lograr detectar la presencia de este padecimiento, a menos de que se llegase a presentar una hipertensión maligna (presión diastólica mayor a 130 mmHg con inflamación del nervio óptico) previo a la cita médica se mostrarían síntomas como dolor de cabeza fuerte, náuseas, vómito, confusión, cambios en la visión o sangrado.

Lo primordial al padecer de HTA es tomar las medidas adecuadas para disminuir la presencia de este padecimiento como controlar la presión y disminuir el riesgo de complicaciones, medicamentos que podrían llegar a tener costos elevados, hacer dietas estrictas con presencia de agua continua y disminución de sales en ella, así como la realización de ejercicio diario.

2.5.2.5 Accidente cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular es una afectación de arterias carótidas, cerebrales asintomáticas (subclínicas) o manifestada por ictus o ataques isquémicos transitorios.

Denominamos ictus, accidente cerebrovascular o apoplejía a la lesión neurológica aguda que se produce como consecuencia de los procesos patológicos que afectan a los vasos sanguíneos y este se clasifica en dos grupos: isquémico y hemorrágico, que a su vez se dividen en varios subgrupos. Dentro del ictus isquémico se encuentra el accidente isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral. La incidencia de ictus se ve duplicada cada década a partir de los 55 años (INE, 2002), mientras en la población más joven existe una mayor diversidad etiológica y mayor prevalencia de ictus de causa indeterminada, en la población mayor de 45 años existe una mayor prevalencia de enfermedad aterosclerótica (Kristensen, Malm Carlberg, et al. 1997).

Para Castillo, Jiménez, Larracochea, et al (s.f.) los accidentes isquémico-transitorios (AIT) son episodios de disfunción encefálica focal y transitoria de origen vascular, habitualmente de instauración brusca y con recuperación completa en menos de 24 horas. La prevención primaria es la misma que la del infarto aterotrombótico. Después de un AIT existe un riesgo de recurrencia del 8 % en el primer mes, del 5% anual, y también un riesgo del 5% anual de infarto agudo de miocardio. El riesgo de sufrir un ictus después de un AIT se sitúa entre el 24-29% en los 5 años siguientes, siendo del 4-8% en el primer mes y del 12-13% en el primer año.

2.5.3 Enfermedades neuronales

(OMS, 2017a) Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales ya que aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

Existen factores que influyen en el probable aumento de padecer algún trastorno mental; “La armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo propicia una buena salud mental, mientras que el desequilibrio entre ellos va aumentando el riesgo a padecer algún trastorno mental” (SSA, 2001, p.29). por ello es mas probable que una persona que no ha tenido una buena vida emocional padezca una enfermedad mental.

El INEGI (2013) refiere una de las características que suele relacionarse con el bienestar de las personas, además de las condiciones económicas, la salud, las relaciones sociales y familiares, es la educación, como ya lo hemos mencionado este proceso no deja de ser la excepción aun en edades avanzadas.

Dentro de las enfermedades neuronales más comunes en la edad adulta según la OMS (2017a) la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, en donde lo más importante es el “Bienestar que una persona experimenta como resultado de un buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales con el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Escandón, 2000, p.17).

2.5.3.1 Depresión

Para la Real Academia de la Lengua Española, la Depresión en el entorno psicológico y psiquiátrico, se define como un síndrome caracterizado por tristeza profunda que conlleva inhibición de las funciones psíquicas (RAE, 2018), mientras

que Silva (2002) lo define como una enfermedad compleja, que afecta a diferentes sistemas, aunque sus principales manifestaciones se expresan en el plano psíquico.

Múltiples estudios indican que la probabilidad de padecer un trastorno depresivo es de dos a cuatro veces mayor en personas cuyos familiares de primer grado lo han padecido, esto abre la interrogante entre factor primordial, la genética o el estilo de vida, poniendo en primer grado la predisposición genética o sucesos vitales, lo que produce cambios significativos en el sistema nervioso central. La OMS explica que los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (2017a).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores o los familiares los consideren como propios de la edad (OMS, 2017a).

Algunos efectos que se manifiestan las personas que padecen depresión según la OMS son aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (2017a) y de acuerdo con el DSM V los principales síntomas de este trastorno depresivo son en gran medida los siguientes:

- Sensación de tristeza
- Disminución o pérdida del placer o interés
- Aumento o disminución del apetito

- Alteraciones del sueño
- Agitación o lentitud en los movimientos
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de inutilidad
- Disminución de la concentración y de la toma de decisiones
- Pensamientos constantes de muerte

2.5.3.2 Deterioro cognitivo leve

La OMS refiere el Deterioro cognitivo como un síndrome que se caracteriza por la mengua de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a los ancianos, pero no es una parte normal de la vejez (2017a).

...el deterioro cognitivo acompaña al envejecimiento de forma benigna en la mayoría de las personas mayores de 65 años, cuando estos cambios exceden lo esperado generalmente es debido al inicio de un proceso neurodegenerativo como el deterioro cognitivo leve o demencia, condiciones en las cuales los déficits de memoria son unos de los criterios de diagnóstico más importantes” (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1997).

Cabe aclarar que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad o de deterioro cognitivo, es importante que sepamos que el hecho de envejecer no quiere decir en automático que se presentarán enfermedades inevitables, en repetidas ocasiones he escuchado a los participantes con los que estuve conviviendo, e incluso a personas “normales” decir, o más bien, aceptar que se les olvidan las cosas debido a su edad, es un hecho que la velocidad de recordar o retener información se vuelve un acto lento en la persona, esto según la teoría de enlentecimiento (Salthouse, 1996), que refiere un declive cognitivo producido por el reduccionismo de velocidad en la transmisión neuronal. Para Stern (2002) este acto lento en la velocidad del procesamiento se debe a la falta de práctica constante. De acuerdo con Sumic, Michael, Carlson, Howieson & Kaye (2007) durante la vejez si se disminuyen las actividades estimulantes tanto en contextos sociales como individuales, el

procesamiento de información se convierte significativamente en un decremento en comparación a quien esta activamente estimulado.

Esto no quiere decir que se debe normalizar que a un adulto mayor se le olviden las cosas con una magnitud elevada, lo refiero de esta manera debido a que todos tenemos olvidos, sin importar la edad, todos en determinado momento olvidamos cosas, pero esto no significa que estamos demenciados, la mayoría de las veces tiene mucho o todo que ver con la situación que se está viviendo, algún momento de mucho estrés, depresión, mala alimentación, pésima higiene de sueño y así podríamos enumerar distintas situaciones que influyen en el olvido de cosas. Según Moreno & López (2009) las quejas de memoria son una de las razones principales de consulta en los adultos mayores, de igual modo es cierto como lo refiere el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (1997) “mientras más elevado sea el nivel de educación inicial en las personas adultas mayores, más alta es la correlación con los resultados de aprendizaje obtenidos más tarde.”

2.5.3.3 Demencia

Para Ardila (2003), la demencia es una condición progresiva mejor conocida como una enfermedad degenerativa que afecta a largo plazo la funcionalidad e independencia de quien la padece ya que pierde dominio total de sus funciones cognitivas como lo son la percepción, el lenguaje, praxis y el pensamiento. Mientras que Ardila & Rosselli (2007) dice que la demencia se considera como una enfermedad crónica, con deterioro en las funciones cognitivas: memoria, lenguaje, habilidades de razonamiento etc. Por lo antes mencionado conlleva la imposibilidad de socializar, con frecuentes cambios de comportamiento en general (Coria 2010).

Según la décima edición de la CIE, la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica y progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores como lo son: memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, juicio y falta de

conciencia clara. Es esta clasificación de déficit y se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades de la vida diaria como asearse, vestirse, comer, entre otras.

El DSM-5 ha modificado principalmente sus criterios con respecto a la versión anterior, en el que actualmente se introduce el concepto de 'trastorno neurocognitivo', que ocupa el lugar de los 'trastornos mentales orgánicos' esto comparado con ediciones anteriores. Así, los trastornos neurocognitivos se dividirán en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Esto quiere decir que oficialmente deja de nombrarse como demencia para ser llamado en mayor frecuencia trastorno neurocognitivo mayor con etiologías múltiples.

Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoestructurativas y cognición social.

Existe una gran diferencia entre el trastorno neurocognitivo mayor y el menor esta va en función de la intensidad de los síntomas y su efecto en la funcionalidad del paciente (López & Agüera, 2015).

El Instituto Nacional de Geriátría (2019) refiere que, en México, se estima que la prevalencia de trastorno neurocognitivo en la población alcanza el 7.9%, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y quienes tienen mayor riesgo de padecerla son las personas mayores de 60 años. Mientras que la OMS calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia y se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050, esto aunado a que la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos (2017a).

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo, en los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención posible que a largo plazo su afección puede requerir y desafortunadamente en la mayoría de los casos, la familia no recibe ayuda gubernamental para apoyarse y lograr cuidar de estos pacientes en casa, en definitiva a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia (OMS).

El envejecimiento tiene panoramas muy amplios a los que distintos autores han aportado desde diferentes enfoques mismos que ya hemos mencionado y recuperaremos durante esta tesis, sin embargo, a mi punto de vista no existe una definición certera de los que es este proceso o esta etapa de la vida, no porque esté en desacuerdo con lo que ya se ha mencionado, sino por el hecho de que los seres humanos somos tan distintos, tan únicos y tan irrepetibles que es imposible clasificarlos en una sola definición. Por lo anterior, hay muchas cosas que deberían considerarse afirmativas ya que generalizar en la población sería un error, cada individuo vive los procesos de la vida de manera única. No difiero en totalidad con ninguna de las definiciones expuestas en este capítulo debido a que existen ciertas características de cada una de ellas que pudiesen empatar con algunas personas y evidentemente con otras no. Para la psicología educativa es de suma importancia conocer a la población con la que se va a trabajar para poder desarrollar una labor impecable, en este caso entender la etapa y más que nada el proceso de envejecimiento para conocer las patologías que suelen presentarse y que afectan al ser humano (específicamente en esta etapa de la vida) ya que son de utilidad para el diseño de programas de estimulación cognitiva debido a que partimos de estas necesidades para su eficaz función.

Capítulo 3. Alcances de la psicología educativa en la atención al envejecimiento.

En este tercer capítulo, se pretende entender con base en las aportaciones teóricas, cómo la psicología educativa influye, como intervención de estimulación cognitiva, en personas mayores a los 60 años de edad y así mismo adentrarnos a los tipos de memorias a los que esta técnica de intervención nos permite llegar y con ello estimular, conociendo con mayor detalle cada uno de sus términos.

3.1 Tipos de intervención psicológica en el envejecimiento

Existen diversos tipos de intervención psicológica pero específicamente en el envejecimiento y para fines de esta tesis hablaremos de la psicología clínica, la psicología educativa y la estimulación cognitiva, ya que son las disciplinas que trabajan en conjunto para cumplir con el objetivo del presente proyecto.

A pesar de ello la Psicología Educativa es una disciplina que siempre trabaja de manera Interdisciplinar, Según Follari (2007) la interdisciplina se va construyendo, y como resultado de las investigaciones se obtiene un resultado específico. Para Fridman (2005) es vista como una actividad en la que se unen varias disciplinas, en las que remarca algunas definiciones como:

- Es la construcción de nuevas teologías.
- Es una perspectiva con posibilidad de modificar eficacias.
- Solo puede alcanzar cuando se tienen objetivos concretos.

Para Oliver (2007, p. 130) la interdisciplina en América Latina se entiende como

una construcción teórica, una reflexión, y un análisis en los cuales confluyen varias disciplinas, se desvanecen las fronteras precisas y cerradas del conocimiento y se crean nuevos aportes teóricos conceptuales que pertenecen y propician un

conocimiento más abierto en sus parámetros de construcción del conocimiento concreto y en su observación de la realidad.

Lenoir (2013) menciona algunas características que especifican lo necesario para hablar de interdisciplinas:

- Es necesario tener un análisis de al menos dos disciplinas para hablar de interdisciplinas.
- Se requiere de tensión para obtener la finalidad.
- La interdisciplina requiere de la realización de puentes en los saberes.
- Búsqueda de lo humano, considerando propósitos sociales y psicológicos.
- La pluridisciplinar es un término completamente diferente que atribuye significado únicamente del trabajo de varios profesionales más no la integración de ellas.
- Tener coherencia entre las disciplinas

El mismo nombre lo dice, siendo una colaboración continua entre lo que es la psicología y la educación, trabajando en diversos momentos y dependiendo el proyecto con más disciplinas si así se requiere. Puede definirse como un ámbito de conocimiento con existencia propia, como una disciplina que ocupa un espacio claro en el conjunto de las disciplinas psicológicas y educativas (Klausmeier & Goodwin, 1990).

3.1.1 Psicología clínica

Primero que nada, la psicología clínica como Quiroga (2011) lo menciona es el campo real de especialización de la psicología que aplica los principios, y los conocimientos específicos desarrollados en esta disciplina, para, diagnosticar, explicar, tratar, modificar, y prevenir las anomalías, así como los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y

enfermedad, en los distintos y variados contextos en los que estos puedan tener lugar, a todo esto, Berger (2009) nos regala una mirada más específica, la psicología es la ciencia que se encarga del estudio específicamente del comportamiento del ser humano, la conducta, emociones, cognición, personalidad, conciencia, etc.

De igual modo la psicología es una actividad profesional que presenta diversas características que definen la labor del psicólogo: autonomía profesional, ámbitos de intervención claramente delimitados, crecimiento en especialidad, racionalidad, eficacia, formación adecuada y de calidad, además, las actividades que desempeña son múltiples y tiene la posibilidad de aplicar sus conocimientos en campos como salud, educación, trabajo, comunicación, deporte y todo tipo de proceso social (Vaquero & Valdez, 2012).

Es importante destacar que en los últimos años han aumentado las aportaciones de la psicología en comprensión a la adultez y envejecimiento (Santoyo, 2012).

3.1.2 Psicología educativa

La psicología educativa según Good & Brophy (1999) es una disciplina que se encarga de los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como amplía los métodos y teorías de la psicología en general y fundamenta sus propias teorías en el ámbito educativo.

Entre las múltiples áreas de trabajo de la psicología educativa se encuentra el estudio del desarrollo humano, los cambios en el comportamiento durante el ciclo de vida, el análisis del proceso de enseñanza aprendizaje o la evaluación completa de un plan de estudios, Coll refiere (1991) la utilidad que atribuye a la psicología educativa es favorecer la asimilación de contenidos y lograr objetivos, además de

tomar decisiones respecto a la enseñanza. Para Díaz (2003) la psicología educativa se orienta hacia el estudio psicológico de los problemas particulares de la educación, a partir de los cuales se obtienen principios, modelos, teorías, procedimientos de enseñanza y métodos prácticos de instrucción y evaluación, ya sea de manera escolarizada o en contextos no formales.

El psicólogo educativo colabora en la elaboración de proyectos educativos orientados hacia los alumnos en las instituciones formales y no formales (Aguerrondo, Lugo & Rossi, 2004). A través de técnicas motivacionales estimula la creatividad, el interés hacia los aspectos académicos, tanto de los docentes como de los estudiantes, así como buscar soluciones a los problemas de respeto y tolerancia, (Coll, 1998), también diagnostica y proporciona el tratamiento adecuado a aquellos niños que presenten dificultades en su desarrollo psico-afectivo, cognoscitivo, físico y sociocultural, Bonals & Ruiz (2001).

En la actualidad es necesario que los profesionales sean aptos para desarrollar conocimientos que los hagan "...capaces de distinguir las necesidades y oportunidades de acción en los diferentes ámbitos de su ejercicio profesional, a fin de identificar las formas de intervención más conveniente para incidir en los problemas sociales asociados a sus campos de desempeño" (Sagástegui, 2004, p. 30).

Arvilla, Palacio y Arango (2011) explican brevemente que...

Este profesional puede integrarse en los diferentes niveles de la educación (inicial, preescolar, secundaria, medio superior y educación superior), es decir, en ambientes escolarizados, pero no solo allí, sino que también realiza labores en contextos no escolarizados (educación para adultos, para las familias, para la salud, para la prevención de las adicciones y en programas de readaptación social), entre otros campos (p. 260).

Sin dejar de lado que dentro de las diversas funciones que cumple la psicología educativa, existen especialistas en ser facilitadores, un psicólogo educativo es un facilitador que promueve el aprendizaje, generando una serie de diversas estrategias, donde sean capaces de generar su propio aprendizaje y hagan uso del mismo conocimiento ya sea de manera individual o colectiva (centro de Estudios de Seguridad Social, 1997), así como participa en la búsqueda de soluciones a los problemas tanto académicos como conductuales que se presenten, (Arancibia & Strasser, 1999).

La psicología educativa se encarga de comunicar y significar con lenguaje directo, capaz de ser comprendido por la población con la que se trabaja, con el objetivo de mejorar el proceso de aprendizaje, refiere Malaret (2001) que es psicólogo educativo ofrece una formación constante y colectiva a manera de talleres relacionados con la formación académica a todos los agentes educativos, también hace diseño de programas educativos a diferentes niveles, generando y proponiendo estrategias pedagógicas orientadas hacia el aprendizaje. Interactúa con el personal docente, directivo y padres de familia para el abordaje de estudiantes con necesidades educativas especiales, mediante la proposición de estrategias para el desarrollo de sus potencialidades, Wolfolk (1994).

3.1.2.1 Educar para envejecer.

Es de gran interés mencionar la importancia de la psicología educativa dentro de esta investigación ya que muchos de los padecimientos crónicos pueden ser prevenidos o exitosamente controlados antes de causar una discapacidad o alguna condición que inevitablemente disminuya la calidad de vida, por ello en esta tesis se entiende la psicología educativa como una herramienta de prevención, El INEGI (2013) explica que la educación impacta directamente en la calidad de vida de la población, y los adultos mayores no son la excepción. Con frecuencia, quienes

enfrentan la vejez con un nivel de conocimiento adecuado, poseen más herramientas para adaptarse a los retos y oportunidades de esta etapa del curso de vida. Como lo menciona Millán (2011) la prevención de enfermedades y la promoción de la salud son dos estrategias básicas para el mantenimiento de la calidad de vida en la vejez.

La calidad de vida que se disfrutará en la etapa de la vejez será el resultado de una serie de vivencias previas, experiencias, aprendizaje, estados de salud, accidentes y otras muchas circunstancias, que harán que el modo en que seamos capaces de afrontarla sea muy variable y no únicamente referido al término cronológico de edad (Millán, 2011. P. 8).

Considerando que, si desde edades tempranas se educara a las personas desde el contexto formal y no formal, para tener calidad de vida en edades avanzadas, con seguridad, no se padecería de enfermedades crónico degenerativas durante el envejecimiento. La educación no formal se define como “Toda actividad educativa organizada, sistemática, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños.” (Sirvent, et al. 2006, p. 3). El decaimiento de sus capacidades físicas y psíquicas depende más de factores externos -como estilo de vida adulta, fumar, consumo de alcohol, dieta y clase social- que del envejecimiento en sí. (OMS, 2001).

Anteriormente se consideraba que la educación era únicamente para niños, en la actualidad existe la posibilidad de que las personas adultas puedan incorporarse a prácticas de corte educativo, para pasar a un proceso funcional (López-Bargas, 2008). La salud en edades avanzadas, se está convirtiendo en prioridad de muchos, debido a que los adultos jóvenes comienzan a notar los cambios propios de la edad por lo que comienzan a conocer las maneras de frenar conductas que a largo plazo les provoquen alguna clase de enfermedad. El decaimiento de sus capacidades físicas y psíquicas dependen más de factores externos -como estilo de vida adulta,

fumar, consumo de alcohol, dieta y clase social, más, que del envejecimiento en sí. (OMS, 2001).

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida (OMS). Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas. Fernández Garrido lo menciona como “Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte” (2009, p.23). Esta condición nos lleva a subrayar nuevamente la importancia de invertir en las etapas anteriores del ciclo de vida, particularmente en la salud, educación y empleo de las personas en edad laboral, ya que ello fomenta el ahorro durante las edades más productivas. (CONAPO, 2017b, p.27).

La manera de conservar la autonomía muchas veces o la mayoría, si no es que en su totalidad es mediante procesos educativos, que les permitan aprender, pero más que nada comprender y conocer los cambios que propicia el envejecimiento, esto con el uso de estrategias adecuadas, que “... nos remite a pensar en una acción educativa con una intencionalidad, es decir, con una meta: la salud.” (Revista de educación y desarrollo, 2004, p. 70).

Santrock (2006) afirma que durante el proceso de envejecimiento existen ciertos factores que influyen de manera muy importante en el funcionamiento cognitivo de las personas de la tercera edad, esos factores son la educación, el trabajo y la salud. El adulto mayor puede requerir un tratamiento educacional específico. La educación

es un derecho humano fundamental que promueve la libertad y autonomía personal, (CONAPO, 2019b).

Se ha comprobado que existe un ambiente que beneficia la estructura cerebral en la etapa del envejecimiento, que consiste en la interacción social, aprendizaje, demandas creativas y actividades que sean cognitivamente estimulantes (Galindo, et al. 2014). A medida que las personas envejecen sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que causan una disminución general de las reservas del cuerpo, ocasionando pérdidas en la capacidad cognitiva, física y la disminución de la participación social, sin embargo, algunas de estas pérdidas son evitables y las personas pueden trabajar para prevenirlas. (CONAPO, 2019) es por todo lo anterior que la educación se convierte en el proceso más importante.

3.1.3 Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva se encarga de mejorar el funcionamiento cognitivo de las personas con deterioro cognitivo o demencia, potenciando las capacidades y habilidades cognitivas todavía preservadas, así como alentando el proceso de deterioro. Es necesario destacar que esta terapia no se dirige a recuperar definitivamente o frenar procesos degenerativos, aspecto terapéutico que hoy en día es inalcanzable, lamentablemente, desde ninguna aproximación terapéutica.

La estimulación cognitiva según Ballesteros (2002) es toda actividad dirigida a mejorar el rendimiento de las funciones cognitivas, ya que es un medio para activar la reserva cerebral, debido a que esta parte del cerebro normalmente no está funcionando, pero es capaz de activarse bajo determinadas circunstancias. (Díaz-Barriga, 2006) El propósito de la estimulación cognitiva es que durante las actividades se pretende que los participantes desarrollen mediante la participación activa en experiencias propias respuesta ante las necesidades, necesidades que muestra la estimulación cognitiva "... es efectiva tanto para remediar el declive

cognitivo como para mejorar la ejecución de personas que no mostraban declives previos...” (Vega & Bueno, 1995, p. 228).

Mientras que el Instituto Nacional de Geriátrica (2019) refiere que la estimulación cognitiva tiene como objetivo la mejora del rendimiento y eficacia en el funcionamiento de la memoria, la atención y la percepción. Estas estrategias actúan sobre aquellas capacidades y habilidades que se encuentran todavía presentes, otro objetivo de la estimulación cognitiva es proponer actividades y programas que mejoren y potencien los mecanismos de neuro plasticidad cerebral.

Según la Dirección General de Atención a Mayores el concepto de estimulación cognitiva se conoce como “...el conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados.” (2002, p. 14).

Las técnicas de la terapia de estimulación cognitiva y las cognitivo conductual son eficaces y prometedoras con los adultos mayores; los resultados han puesto de manifiesto su efectividad para una amplia variedad de problemas tales como enfermedades crónicas, discapacidad, depresión, problemas sexuales, insomnio, ansiedad, entre otros, esto en contextos comunitarios, hospitales, asilos, etcétera (Izal & Montorio, 1999).

Esta terapia tiene su base científica en el cuerpo de conocimientos que aportan la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva, así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y motivación humana.

Existen diversos estudios que arrijan información acerca de los beneficios que provee practicar la estimulación cognitiva, Maroto (2012) realiza una breve explicación acerca de cómo la estimulación cognitiva se puede encontrar en las distintas funciones que realizamos a diario, así estas sean muy sencillas, gracias a esto se conserva una actividad cognitiva que hace que el cerebro se mantenga ágil. Sorocco & Lauderdale (2011) escribieron un programa en el que a través de terapia cognitivo conductual abordan temas en el adulto mayor como ansiedad, depresión, demencia.

Como lo refiere la dirección general de atención a mayores (2002) se sitúa la denominada Estimulación cognitiva. Este tipo de intervención está siendo cada vez más utilizada (en contextos residenciales, en Centros de día, en dispositivos ambulatorios, etc.) dirigiéndose a complementar el exclusivo tratamiento farmacológico de los síndromes de deterioro cognitivo o demencia.

3.2 Intervención en distintos tipos de memoria

La memoria es considerada como el proceso que permite realizar un registro, almacenamiento y evocación de la información, tal como lo refiere Foster (2009) existen tres mecanismos que se ejercen para cualquier funcionamiento de cualquier sistema de memoria y se ordenan de la siguiente manera, registro, almacenamiento y evocación (recuperación), la primera consiste en el contacto inicial con la información este proceso codifica el material que será almacenado, la segunda consiste en mantener la información y canalizarla a ciertas partes del cerebro para su próxima consulta y la última consiste en realizar una búsqueda y extracción de la información requerida en cuestión de segundos y en cualquier momento. Se considera que el “ser atento es muy importante en las relaciones humanas, y para ser atento, hay que tener memoria. La falta de memoria es la falta de atención” (Lorayne, p.110).

Para Hebben & Milberg (2011) la memoria no funciona de manera unitaria, es un sistema complejo que se encarga de registrar, codificar, almacenar y recuperar la información, la estructura de ella, se compone por variados almacenes con diversas capacidades y duración de almacenamiento.

La memoria es conocida como un proceso que lleva a cabo el ser humano, para Gluck, Mercado & Myers (2009. p.88) “igual que todas las memorias tienen tres etapas distintas: primero la información debe codificarse o introducirse en la memoria. Segundo, la memoria tiene que retenerse o conservarse en la memoria. Tercero, la memoria debe recuperarse cuando sea necesario”.

La memoria es un proceso cognitivo dinámico que interactúa de forma activa con otros procesos mentales, como se mencionó en capítulos anteriores y como lo refiere la OMS (2015) Es común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información, y con frecuencia las personas mayores se quejen de estos cambios. Sin embargo, aunque el envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar de centro de atención, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción.

De acuerdo con Baddeley “la memoria no se compone de una sola entidad, sino que, más bien, consiste en una serie de sistemas diferentes que tienen en común la capacidad para almacenar información.” (1999, p.7).

Como lo menciona Fuster (2010, p. 3)

... El viejo modelo (modular) postulaba un área distinta para cada forma de representación cognitiva (memoria operante, visual, auditiva, táctil, fisonómica,

semántica, etc.). En el nuevo paradigma, las memorias y objetos mentales de conocimiento están constituidos por amplias redes de neuronas corticales ligadas sinápticamente por la experiencia.

(Gluck, Mercado & Myers) Este modelo modular ... “igual que todas las memorias tienen tres etapas distintas: primero la información debe codificarse o introducirse en la memoria. Segundo, la memoria tiene que retenerse o conservarse en la memoria. Tercero, la memoria debe recuperarse cuando sea necesario” (p. 88).

ATENCIÓN

Los sistemas atencionales son muy importantes para el procesamiento de la información, ya que nos ayuda a clasificar la importancia de los estímulos (Portellano, 2005). Para Tirapu, Luna, Iglesias & Hernández (2011) la atención se integra por elementos motores, ejecutivos, perceptivos y límbicos.

La atención es uno de los elementos que decrecienta en la etapa de la vejez por lo que se dificultan las tareas atencionales para las personas adultas mayores (Park & Schwarz, 2002).

PERCEPCIÓN

La percepción es un sistema que se encarga de analizar la información principalmente sensorial, Best (2003) refiere que la percepción está ligado a las sensaciones dotando de significado las experiencias.

Módenes & Sánchez (2009) mencionan que durante el envejecimiento se modifican todas las modalidades sensoriales que alteran los procesos perceptivos. Otros autores como Antón (2007) Castillo, et al (2006) Berger (2009) refieren que la

percepción deteriora ya que se presentan dificultades para realizar interpretaciones y reconocer la información.

En la percepción la sensación se transforma en conocimiento de significados, la información sensorial no requiere interpretación ya que es posible reconocerla sin interpretarla.

Es importante entender que educación para la salud es como un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje, orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y hacer difíciles las prácticas de riesgos (Costa & López, 2000), por esto mismo dentro de las sesiones programadas consideramos que “los conocimientos nuevos se adquieren por asociación con los ya conocidos. Para recordar “cosas” nuevas, las asociemos con las que ya sabemos.” (Lorayne, p.106).

3.2.1 Memoria sensorial

De manera general la memoria sensorial es la primera etapa por la que se procesa la información que es recibida por medio de las sensaciones, como tacto, gusto, olfato, vista y sonido, cada sistema sensorial implica diversos componentes de registro para procesar la información. Utilizamos este tipo de memoria para archivar la información sensorial, que todavía no ha sido interpretada por el cerebro. Una característica de la memoria sensorial es que es muy breve y a pesar de ello una vez procesada la información tiene la capacidad de contener mucha información.

Ejemplo: los paisajes son un ejemplo claro de cómo funciona la memoria sensorial, al apreciar por segundos un paisaje, la información sobre las siluetas de las montañas y de los árboles, la intensidad de sonido del viento, toda esta información va directo a nuestra memoria sensorial.

3.2.2 Memoria icónica

La memoria icónica es el principal registro sensorial centrado en captar y almacenar lo visual del entorno, la memoria icónica es un tipo de memoria sin significado.

Se ha observado que tenemos capacidad para guardar hasta un 80% de la información que vemos en esta memoria basta tan sólo 1 segundo, transmitir información al almacenamiento visual, en la memoria icónica contiene información como el color de las cosas o sus formas. Sholberg & Mateer (2001).

Ejemplo: al ver un objeto en esta primera memoria se retiene información sobre su silueta, sus piezas, su color y brillo.

3.2.3 Memoria ecoica

Los estímulos sonoros tienen la peculiaridad de suceder uno detrás de otro, la memoria ecoica es otra de las memorias sensoriales y se encarga de la información auditiva, es sensible a las cualidades de los sonidos y no requiere de un análisis del significado, la memoria ecoica transmite al almacenamiento sensorial auditivo (Sholberg & Mateer, 2001).

Ejemplo: Gracias a esta memoria es que logramos distinguir los tonos de voz de personas que conocemos a las que nunca hemos escuchado, así como la velocidad a la que nos está hablando, sin embargo.

3.2.4 Memoria háptica

La memoria háptica es la memoria sensorial para el tacto. Este tipo de memoria se encarga de todos aquellos datos que llegan desde los receptores sensoriales de la piel y el movimiento. Como lo refiere Appelle. (1991) nuestra memoria háptica

informa de aspectos relacionados con el tacto, la forma de los objetos o la temperatura. También es un registro para el dolor corporal.

Ejemplo: en el momento en el que tu mano entra en contacto con otra mano sientes su tamaño, calor, humedad, su presión, toda esta información queda grabada durante breves instantes en tu memoria háptica.

3.2.5 Memoria el gusto y el olfato

Después de la vista y el oído, los otros sentidos son menos dominantes y han sido objeto de un menor número de teorías desde el enfoque del procesamiento de la información. Pero los sentidos como el gusto y el olfato tienen un gran interés a nivel biológico. La memoria gustativa tiene un rol fundamental para la supervivencia. Nos previene de ingerir sustancias dañinas o mortales. En cambio, el olfato estaría más relacionado a la conducta sexual, la atracción hacia una persona o nuestra primera impresión sobre alguien penetran de modo sutil en nuestro cerebro y se registra en nuestra memoria olfativa.

Ejemplo: cuando conocemos a una persona en cuestión de segundo logramos captar esa información olfativa que nos permite recordar a esa persona y al oler algo similar o igual a él/ella se recupera esa información.

3.2.6 Memoria a corto plazo

La memoria a corto plazo es la más limitada sin embargo la más utilizada, de acuerdo con Sprenger (1999) la duración de esta memoria es aproximadamente de entre 15 y 30 segundos y la capacidad es de 5 a 9 términos, o como lo menciona Foster (2009) 7 +/- 2 elementos en la memoria a corto plazo, pasando el tiempo de retención de esta memoria si la información no se repite o repasa se pierde.

Ejemplo: La memoria a corto plazo es la más utilizada en el presente de las personas especialmente cuando tenemos que recordar una dirección de e-mail, un domicilio, un nombre o un número de teléfono hasta que podamos anotarlo.

3.2.7 Memoria a largo plazo

Foster (2009) menciona que la capacidad de la memoria a largo plazo es ilimitada, existe infinidad de información que después de ser recibida se procesa para determinar si será de utilidad con el tiempo y el cerebro de manera significativa la va clasificando y almacenando.

Ejemplo: Esta memoria en especial nos sirve para guardar cosas muy diversas, desde el significado de una palabra, hechos, acontecimientos o experiencias.

3.2.8 Memoria emocional

La memoria emocional es el resultado del almacenamiento de la información que estuvo acompañada por factores de alarma o alerta a través de los cuales pudo fijarse con más facilidad (Bermúdez & Prado. 2001). Existe un tipo de aprendizaje por asociación en el que participa la amígdala, el centro emocional del cerebro.

Ejemplo: si pasamos por un sitio donde han intentado robarnos nuestro corazón se aceleraría, nuestra expresión se volvería seria y rígida, y nuestros niveles de estrés aumentarían de igual modo si recordamos a un ser amado nuestro estado emocional positivo se activa.

3.2.9 Memoria de trabajo

La memoria de trabajo tiene la capacidad de permitirle al ser humano realizar actividades que conlleven una serie de pasos. De acuerdo con Flores (2006) la memoria de trabajo se conforma por múltiples sistemas coordinados que realizan diversas funciones; un controlador de atención que se denomina ejecutivo central que es aislado por dos componentes: el bucle fonológico y el registro visoespacial. Para Ballesteros (2002) esta memoria sirve para integrar información que se presente de manera seria, para comprender el lenguaje y realizar tareas específicas que requieran de razonamiento. Goldberg (2008) refiere que la memoria de trabajo tiene la capacidad de seleccionar la información entre la importante y la no relevante. Fuster (2010) menciona que esta memoria comprende proceso de almacenamiento temporal de información para realizar acciones congruentes a corto y largo plazo.

Ejemplo: este tipo de memoria nos ayuda a realizar procesos que hacemos de manera automática al grado de llegar al “¿que vine a hacer?” como leer, cocinar, responder una lista de correos.

3.2.10 Memoria procedimental

La memoria procedimental se refiere a la capacidad de aprender comportamientos, hábitos y movimientos que operan automáticamente, no requieren de plena consciencia durante el proceso de registro o evocación, una vez aprendidos, se quedara grabado para su futura repetición (Wolk & Budson, 2010).

De acuerdo con Squire 2009 es un proceso de memoria inconsciente. Esta memoria hace uso inevitable del cerebelo ya que para su funcionamiento emplea la coordinación y aprendizaje motor (Solís & López, 2009).

Ejemplo: gracias a este tipo de memoria podemos andar en bicicleta, correr, nadar, escribir, tocar un instrumento y característicamente sin la necesidad de ser totalmente consciente de ello.

3.2.11 Memoria episódica

Este tipo de memoria tiene una dimensión “temporal” que abarca pasado, presente y futuro. La memoria episódica abarca el mundo de la experiencia como viajes, etapas de vida, personas, así como lugares y cosas. Nos permite conocer “Qué, cuándo o cómo ocurrieron las cosas”. Su desarrollo comienza en la infancia junto con el lenguaje y se va deteriorando con la vejez. Tulving (1993) afirma que la memoria episódica depende de la memoria semántica para funcionar de manera correcta y poder recuperar información.

Ejemplo: lo que desayunaste hoy, a quien te encontraste por la noche, si tienes planea para viajar el fin de semana, toda esta información se encuentra en la memoria episódica.

3.2.12 Memoria semántica

La memoria semántica tiene la capacidad de operar sobre situaciones, objetos y relaciones con el mundo esto es posible, debido a la representación simbólica que esta tiene sobre el mismo (Tulving, 1993). De acuerdo con Wolk & Budson (2010) la memoria semántica no requiere de la experiencia propia para obtenerla. Incluye información de personas, objetos, eventos y el significado de palabras, es un registro tan extenso que se organiza en redes de significado, categorías y conceptos.

Ejemplo: toda clase de información como ¿Qué ciudad es la más grande? ¿De dónde proviene el pulque? ¿Qué es una pluma? ¿Qué significa

quirófano? Se encuentra en el almacén semántico ubicado en la memoria a largo plazo y para poder responder estas preguntas debes acceder a dicho almacén.

3.2.13 Memoria visual

Según el autor Paivo, las personas podemos identificar y recordar las cosas mediante dos códigos diferentes: un código visual y un código verbal. El código visual nos permite recordar a largo plazo experiencias sensoriales de los objetos y de la realidad.

Ejemplo: intenta recordar una hamburguesa, los primeros recuerdos visuales internos que surjan estarán relacionados con su forma e ingredientes el pan, queso, lechuga, también puede que aparezcas recuerdos relacionados con su sabor u olor que ya fueron asociados a la hamburguesa anteriormente gracias a las experiencias sensoriales.

3.2.14 Memoria verbal

Siguiendo con el autor A. Paivo, el otro código con el que estaría construida la memoria sería el código verbal. La forma de recuperar los recuerdos de la memoria por esta vía es a través de palabras y frases.

Ejemplo: al recordar una hamburguesa por medio de la verbalización le daremos sentido a lo que decimos, claro ejemplo sería mencionar que no es una comida saludable o que tiene muchas calorías.

3.2.15 Memoria autobiográfica.

Los recuerdos en primera persona son un tipo especial de memorias. Pertenecen a la memoria episódica, entendida como la memoria de los hechos y forman parte de la biografía de las personas. Los recuerdos autobiográficos son únicos, que pertenecen a un tiempo y un lugar concretos. Aunque se relacionan con el uso del lenguaje, algunos autores sostienen que es posible tener recuerdos de nuestra infancia más temprana gracias a la memoria autobiográfica.

Ejemplo: Toda tu experiencia personal está registrada en este almacén
¿Cuántos años tienes? ¿Dónde has estudiado? ¿En qué ciudad has vivido?
¿Dónde y cuándo te casaste? ¿En qué empresa has trabajado a lo largo de
tu vida?

3.2.16 Memoria fotográfica / eidética

A veces recordamos hechos con facilidad y durante mucho tiempo por su impacto o su significado emocional para nosotros. Estas memorias de tipos fotográficas o eidéticas se quedan grabadas en nuestro cerebro justo como la instantaneidad de las fotografías con todo y la infinidad de detalles.

Ejemplo: Las memorias fotográficas nos recuerdan a menudo de experiencias sorprendentes e inolvidables, como el nacimiento de un hijo, un paisaje espectacular de auroras boreales o un accidente de tráfico.

Para la psicología educativa es importante conocer no solo el contexto de la población, sino además todas aquellas bases teóricas que nos ayuden a comprender los fenómenos ocurridos durante el desarrollo humano. En este caso conocer cada uno de los tipos de memoria nos dará herramientas para diseñar un

programa y nos ayudará a abordarlo desde un correcto enfoque, uniendo distintas disciplinas para ello.

Otro punto importante es comprender la diferencia entre las disciplinas con las que se trabajan en esta tesis para entender las razones por las que la psicología educativa se está desarrollando en un contexto clínico, cosa que abordaremos a fondo en el siguiente capítulo sin dejar de lado que la psicología educativa es una disciplina de suma importancia que se adapta a las necesidades y es por ello que el contexto no es barrera.

Capítulo 4. Procedimiento

En este cuarto capítulo, se pretende conocer el proceso que se llevó a cabo para la elaboración del programa de estimulación cognitiva con base en las fases (el orden en el que fueron sucediendo las cosas) que se desarrollaron durante mi estancia en el HPFBA, reportando los sucesos desde el momento en el que llegué a las instalaciones del hospital, así como la justificación e importancia del mismo.

4.1 Identificación de necesidades

Vega & Bueno (1995) afirman que “parte del declive cognitivo con la edad, se debe a que los ancianos no suelen ejercitar las habilidades y por eso pierden su eficiencia” (p.163).

El envejecimiento es un fenómeno que se puede apreciar desde diversas aristas (geriátrica, gerontológica, psicológica) en el cual confluyen distintas esferas como son la cultural, emocional, psicológica entre otras. De manera específica, para la psicología educativa puede desenvolverse profesionalmente en este fenómeno ya que puede incidir directamente en la mejora de las estrategias que ya están impuestas y trabajar bajo dichas mejoras e incluso poder realizar desde cero estrategias propias para generar programas de intervención psicoeducativa en función de las necesidades que se identifiquen, en este caso personas con una condición psiquiátrica, encontrando como patrón lógico la coincidencia entre ellos de estar pasando por la misma etapa de vida (vejez) y a partir de ello encontrar los estímulos a los que éste sea capaz de responder de manera positiva durante y después de un proceso de rehabilitación cognitiva que se lleva a cabo en el HPFBA, este proyecto tiene una importancia sobresaliente debido a que las sesiones de rehabilitación cognitiva que se llevaban a cabo en el hospital no tienen un objetivo, más que el general de realizar una sesión en la que se estimulen su funcionamiento con actividades específicas de manera cognitiva. Durante el proceso de observación previo que se realizó me percaté de que eran actividades más enfocadas al entretenimiento que de estimulación; como psicóloga educativa me

enfoqué en diseñar un programa que se adaptara al contexto hospitalario considerando la estancia de los participantes, me refiero a tomar en cuenta que los participantes no están de manera permanente en el hospital, ingresan y egresan con irregularidad, por ello este programa a pesar de tener continuidad no afecta en nada al participante en posibles nuevos ingresos y egresos, de igual modo al considerar la falta del programa pero tomando en cuenta la existencia de un manual dentro del área de psicología con el que se trabaja dentro de todos los pisos y para todos los que reciben atención psicológica en el HPFBA. Con base en este manual se pretende diseñar diversas actividades que contribuyan específicamente en la atención a los pacientes de la tercera edad, entendiendo que la estimulación cognitiva es una actividad obligatoria en pacientes hospitalizados en el área geriátrica, la intención es convertirla en herramienta funcional y de aprovechamiento para desarrollar con objetivos específicos que mejore el resultado durante las sesiones de estimulación cognitiva.

A grandes rasgos este manual de procedimientos de la jefatura de psicología del HPFA, menciona que va dirigido en general a las distintas áreas de hospitalización, que se llevara a cabo dos veces por semana con una duración de 60 minutos cada una, que todos los participantes podrán integrarse a las sesiones, cada sesión tendrá 3 fases importantes, reunir a los participantes, explicar, realizar y finalizar actividad y por último crear bitácora.

4.2 Pregunta de trabajo.

¿Qué estrategias psicoeducativas pueden estimular cognitivamente a los pacientes geriátricos del hospital FBA?

4.3 Propósito general.

Diseñar e implementar un programa psicoeducativo de estimulación cognitiva, con el fin de fortalecer el proceso de intervención que se brinda a pacientes geriátricos en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

4.4 Propósitos específicos.

I. Observar las pautas de interacción y de intervención cognitiva en los participantes.

II. Diseñar un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA.

III. Implementar un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA.

IV. Valorar los logros de los participantes de un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA.

4.5 Escenario.

UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Como lo vimos en capítulos anteriores la psicogeriatría es un término que se refiere al cuidado especial y psicológico en el adulto mayor, psico-geriatría se divide en dos, psico por psicología y geriatría que significa la alta especialidad en el adulto mayor, una persona capacitada en esta área debido a todo lo que conlleva atender a un paciente mayor de 60 años, se percibe complejo debido a que se debe considerar que en primera, un paciente geriátrico únicamente busca calidad de vida definida como “la percepción de individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1988) y es por lo que los familiares luchan, se empeñan en obtener calidad de vida para su familiar, también hay que considerar que una persona de la tercera edad ya viene no con una, sino con varias enfermedades que se deben considerar a la hora de tratar a una persona de estas edades, por eso son tan especiales, porque demandan más atención y delicadeza que pacientes más jóvenes y fuertes.

Dentro del hospital fray Bernardino Álvarez hay un área especial para pacientes mayores de edad, está ubicada en el sexto piso del hospital y se conoce como

psicogeriatría, esta área está dividida en dos secciones, la sección B que corresponde al área específica para mujeres y la sección A en la que se encuentran los hombres hospitalizados, ambos mayores de 59 años, cabe mencionar que es la única área que trabaja en conjunto, me refiero que es en el sexto piso en donde se llevan a cabo las consultas médicas de los pacientes y es el mismo piso en el que están hospitalizados, a diferencia del resto del hospital, en donde se realizan las consultas específicamente en un área del edificio y dentro del hospital se realizan los internamientos.

A continuación, se especificará toda la información acerca de la unidad de psicogeriatría en el Hospital Psiquiátrico fray Bernardino Álvarez, esta información fue recabada de la página oficial del HPFBA.

Responsable del área: Dr. Andrés Roche Bergua.

El HPFBA brinda el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor.

1. Horario de atención:

Lunes a viernes de 07:00 a 14:00 horas.

Teléfono: 55.73.15.00 Ext. 147.

2. Edad:

Personas con 60 años cumplidos, ambos sexos.

3. Requisitos:

Acudir a los servicios de urgencias o de Preconsulta del Hospital con un acompañante de preferencia familiar o representante legal.

4. Procedimiento:

a) Acude al Hospital y solicita una valoración en Urgencias y/o solicita Consulta

Externa.

- b) Paga en el área de Caja la cuota de recuperación, en caso de no contar con recursos económicos el área de Trabajo Social valorará la excepción del pago.
- c) Una vez realizada la valoración el usuario será canalizado hacia el área o instancia más conveniente.
- d) Sigue las instrucciones del especialista a cargo.

Importante:

Los datos personales están protegidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, es tu derecho exigir la confidencialidad de los mismos y su adecuado manejo.

5. Costo:

La cuota de recuperación de Hospitalización se determinará según el Estudio Socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social y dependerá del Tabulador de los Servicios Médicos Asistenciales.

4.6 Participantes

Los participantes fueron los pacientes hospitalizados en el área de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, son personas de 60 años en adelante del sexo masculino, es importante mencionar, que el hospital es de internamiento; sin embargo, no es de permanencia, lo que quiere decir que el tiempo máximo de internamiento por paciente es de dos meses, esto para estabilizar los síntomas de los pacientes. Una vez logrado ese objetivo, estos son dados de alta, por consiguiente los participantes de las sesiones que se realizaron no eran fijos, ya que algunos salían antes de cumplir sus dos meses de internamiento y otros podían ser ingresados en cualquier momento.

4.7 Requerimientos para el diseño de un programa de estimulación cognitiva.

El diseño que se emplea en este programa fue basado en los elementos básicos que promueve la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y

Personas Dependientes en el libro Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención (2002), en el artículo de la revista Cúpula, La estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores de la psicóloga Jara (2007) y para las actividades realizadas, principalmente consistió en generarlas a raíz de los autores mencionados en el capítulo 3.2 intervenciones en distintos tipos de memoria ya que su aportación fue elemental para el diseño de las actividades, sin embargo considere otras actividades rescatados del cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria, creado por Ansón, Bayés, Gavara, Giné, Nuez y Torrea (2015) y en la guía didáctica colección “estimulación cognitiva para adultos” (sf) de Sardinero. Después de lo antes mencionado cabe rescatar los puntos de las cartas descriptivas de cada una de las sesiones:

1. Numerar cada una de las sesiones

Independientemente de que este orden no afecte el propósito de las sesiones, debido a los ingresos y egresos de los participantes durante la aplicación.

2. Nombre de la sesión

En el cual se hace explícito en palabras clave en qué consistirá cada una de las sesiones.

3. Tipo de memoria

Adentrarnos al propósito para comprender cuál es la principal memoria que pretendemos estimular en cada una de las sesiones.

4. Propósito de la sesión

El cual nos permite comprender la razón de cada una de las actividades que se lleven a cabo durante la sesión.

5. Hipótesis psicoeducativa

Es indispensable que quede claro desde el punto de vista educativo que se pretende lograr con cada una de las sesiones y en especial con cada una de las actividades.

6. Tiempo

Todas las sesiones constan de 60 minutos, según la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes (2002) “la duración de cada sesión suele oscilar entre los 30 y los 90 minutos” (p.19).

7. Participantes

Cantidad de personas que estuvieron presentes durante la sesión de estimulación cognitiva.

8. Material

Especificar claramente el material necesario para llevar a cabo cada una de las sesiones.

9. Nivel de acceso

Consiste en generar una manera simple de evaluar el punto máximo al que el participante llega durante la sesión por medio de lo que exterioriza principalmente de manera verbal.

10. Procedimiento

Especificar paso por paso, de inicio a fin como se fue desarrollando cada una de las sesiones.

11. Observaciones

Hacer mención de lo más relevante ocurrido durante la sesión, específicamente de acciones realizadas por los participantes, comentarios más relevantes y aportaciones.

12. Análisis de la actividad

Hacer un recorrido por la actividad para entender si ésta funciona con la población o si podrían existir cambios que mejoren la calidad de las actividades.

13. Conclusión

Revelar si se cumplió el propósito.

4.8 Fases.

Se hará un breve recorrido del orden en cómo fueron sucediendo las etapas para el desarrollo de esta tesis, desde el momento en el que se ingresó al escenario (HPFBA) hasta que se aplicó cada una de las sesiones.

4.8.1 Fase 1 Ingreso al escenario.

Entré a realizar mi servicio social al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, esto después de realizar la entrevista correspondiente con el área encargada de reclutamiento, posterior a ello me explicaron las áreas en las que podía desenvolverme como profesional y me dieron la oportunidad de elegir en cuál de ellas quería estar, elegí psicogeriatría, porque era una población con la que no había trabajado durante la carrera y a pesar de que no era una población de mi total interés no quería dejar de lado la oportunidad, al inicio del servicio se realizó la inducción en la que nos explicaron a grandes rasgos el funcionamiento y estructura del hospital, así como las áreas que lo componen y cómo regularmente se debe actuar frente a las personas hospitalizadas, una vez en el área correspondiente me explicaron todas las actividades que se realizan durante la semana, y de qué manera yo apoyaría en cada una de ellas, entre las cuales destacaban:

- Entrevista a pacientes

Consistía en realizar una entrevista a profundidad con los pacientes de nuevo ingreso y próximos a salir, para identificar si el paciente estaba orientado en persona, tiempo, espacio y circunstancia, detectar alteraciones en la

sensopercepción, deterioro cognitivo, depresión o ideación suicida u homicida.

- Asamblea de pacientes

Consistía en realizar una reunión con los pacientes en la que se les explicaban sus derechos como pacientes hospitalizados, así como ubicarlos en espacio y mencionar las zonas de seguridad en caso de siniestro y como actuar ante alguno, también escuchar si la atención brindada durante su estancia era adecuada.

- Estimulación cognitiva

Consistía en realizar dos veces por semana sesiones de estimulación cognitiva.

- Reflexión con familiares

Consistía en dar contención a los familiares de los pacientes hospitalizados.

- Elaboración de informe diario

Consistía en realizar un informe de las actividades realizadas durante el día, así como la participación de los pacientes en ellas.

- Nota a los expedientes

Consistía en realizar una nota de la entrevista o el resultado de las sesiones de estimulación cognitiva o algo sobresaliente del paciente durante la asamblea y anexarla al expediente correspondiente.

4.8.2 Fase 2 Observación y detección de necesidades.

Las actividades a realizar dentro del área de psicogeriatría específicamente en el área "A" la de hombres, son muchas y muy diversas, sin embargo, siempre hubo un interés muy profundo de mi parte hacia las sesiones de estimulación cognitiva que se realizaban, me centraba en poner atención los primeros días en los que estuve presente, días en los que solo observaba y realizaba participaciones breves, comencé a investigar con más detalle acerca de lo que era la estimulación cognitiva y que actividades eran más funcionales para los participantes considerando el acceso al que se pudiese tener dentro del hospital, comencé a detectar necesidades en las actividades que se realizaban y con base en ellas diseñar algunas más

centradas al objetivo de lo que realmente es la estimulación cognitiva, posterior a ello decidí implementarlas para conocer el impacto que pudiese tener en los participantes, así pasaron algunas sesiones y con el paso de ellas entender que actividades les llaman la atención y cuales no les gusta realizar, diseñe varias y diversas, en este punto esas actividades llevan como nombre pilotajes, posterior a ello busqué en el hospital en las diferentes áreas de psicología el programa de estimulación cognitiva que se debía trabajarse en el área de psicogeriatría y me encontré con que no había un programa, únicamente un manual que hablaba de manera general todo lo que se debe realizar el área de psicología en las diferentes áreas del hospital (desde los jóvenes hasta los adultos), fue en este punto en el que decidí diseñar un programa con diversas actividades que cumplieran con un propósito y que no afectara la contribución de los participantes que llegan y se van de manera irregular.

4.8.3 Fase 3 Diseño de las actividades (programa).

Me centré en realizar actividades lo más significativas posibles debido al tipo de población con la que se iba a trabajar (Adultos mayores), como lo menciona Vega, & Bueno (1995) existen algunos aspectos que favorecen el aprendizaje durante el envejecimiento:

- Utilizar materiales significativos
- Tomar en cuenta las deficiencias
- Usar materiales didácticos
- Ofrecer acompañamiento
- Proporcionar instrucciones adecuadas

Para ello realicé algunos pilotajes, que según Calles (2009) es posible pilotar cualquier tipo de sistema que tenga un propósito y de acuerdo con la Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Dirección General de Plan Ordenación e Innovación Social. (2018) el pilotaje es una

...fase previa a la puesta en marcha de recursos de intervención...Es una prueba piloto consiste en la puesta en práctica de un proyecto con el objetivo de considerar

las posibilidades de su desarrollo posterior. Puede entenderse también como una primera aplicación con la intención de considerar las facilidades de su implementación...

En definitiva, una prueba piloto es aquel ensayo experimental que se realiza por primera vez persiguiendo comprobar ciertas cuestiones. Los pilotajes realizados en esta tesis fueron creados principalmente para checar el funcionamiento de las actividades, el diseño y planeación de las sesiones y la manera de trabajar con los materiales, que los participantes pudieran integrarse de manera funcional y no dejar de lado los diferentes tipos de memoria que se ven afectados con el paso de los años, de esta manera fue avanzando y enriqueciéndose el programa diseñado.

Para el desarrollo de los pilotajes se tomo como base las terapias que implementaba el hospital, dando inicio con la orientación en persona, tiempo, espacio y circunstancia, se le fue agregando con el paso de las sesiones de pilotaje, la presentación, recordar sesiones pasadas, fomentar el cuestionamiento por parte de los participantes. Hacer uso de distintos recursos para realizar la orientación, afortunadamente todos los elementos incorporados durante las sesiones piloto formaron un resultado que fue integrado a las sesiones de estimulación cognitiva que se expondrán en esta tesis como finales.

Con respecto a las actividades realizadas durante los pilotajes, fueron en su mayoría actividades implementadas con base en la información recabada acerca de los tipos de memorias con los que se trabajó en este proyecto y en los manuales y guías mencionadas en las fases de la presente tesis.

A manera de hallazgos dentro de los pilotajes pude obtener información mayormente subjetiva con respecto a la investigación, me refiero a comportamientos de la población adulta mayor, ya que aunque la teoría abordada pudo darme las bases de a lo que me enfrentaría, obtenerlo mediante los pilotajes fue muy enriquecedor ya que sus actitudes son generalmente antipáticos ante las actividades nuevas y de esta manera se pudo abordar de inicio las sesiones con otras estrategias, como lo mencione anteriormente cambiar la manera de iniciar las

sesiones, cuando generalmente era una orientación totalmente narrada, pasar a una dinámica mas integral entre los participantes para obtener el primer objetivo de la sesión que es orientar a los participantes y fue así como se decidió reforzar esta parte orientativa en el cierre de las sesiones.

4.8.4 Fase 4 Intervención de las sesiones.

Asigné fecha de inicio para trabajar con el programa una vez que ya estuviese diseñado, tomé en consideración dos sesiones por semana lo que equivale a un total de 18 sesiones por dos meses, que es tiempo máximo por internamiento, basándonos en el manual del hospital, que menciona el procedimiento para realizar estas sesiones, que en general a dirigido a las distintas áreas de hospitalización dice deben realizarse dos sesiones por semana una los lunes de 9:00 am – 10:00 am y otra los viernes de 9:00am – 10:00am.

Aplicué el total del programa sin inconvenientes y reporté cada una de las sesiones.

4.8.5 Fase 5 Análisis.

Es muy importante invertir algo de tiempo en las sesiones de estimulación cognitiva para hablar sobre el pasado de la persona, para no enfocarse siempre en el tiempo presente (Knight & Satre, 1999), un adulto en la mayoría de las veces recuerda su pasado con gran cariño, entender la manera correcta de guiar una sesión de estimulación cognitiva para inducir al participante a recordar detalles que creía olvidados es la parte más satisfactoria de las sesiones, sin el interés por brindarle a los participantes un momento de calidad en estas sesiones estarían perdidas aun si se estuvieran impartiendo, encontrarle un propósito a cada sesión y cumplirlo es gratificante.

El proceso de aprendizaje autónomo y eficiente depende también de los diferentes mecanismos cognitivos y si estos se encuentran suficientemente estimulados y fortalecidos, sin embargo, durante el envejecimiento es frecuente que exista una disminución significativa de las exigencias de estos procesos, la falta de retos

cognitivos debilita los caminos por los que fluye la información en nuestro cerebro por eso es importante no perder el deseo de generar nuevos retos y fomentar en ellos (los participantes) un interés propio para que aun fuera del hospital no pierdan las ganas de recordar. Por lo antes mencionado es importante remarcar que este estudio proviene de la tradición hermenéutico-interpretativa, ya que busca dar cuenta de las experiencias vividas entre los distintos agentes educativos involucrados que participan en la presente tesis y son usuarios del servicio que brinda el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la autora de esta tesis, considerando que la construcción de intersubjetividades nos permite generar experiencias, las cuales a su vez permiten la elaboración de informes de experiencia profesional como el presente.

En el siguiente capítulo observaremos sesión por sesión cómo se fue cumpliendo con el programa de estimulación cognitiva diseñado, y cómo cumple con el propósito planteado en este capítulo, esto una vez comprendida la importancia de este proyecto.

Capítulo 5. Presentación y análisis de las sesiones del programa.

Se realizó un análisis por cada sesión de rehabilitación cognitiva y/o estimulación cognitiva, haciendo un registro de lo más sobresaliente de cada una de ellas, anexo a las siguientes tablas lo que se identificó como lo más elemental, fueron un total de 18 sesiones registradas en el periodo de 6 meses, cabe mencionar que en este lapso se realizaron más sesiones que no tuvieron propósitos específicos dado el tiempo requerido para introducirse a la población y al contexto. De igual modo es importante mencionar que la población con la que se trabajó no fue estable, lo que quiere decir que fue variando durante el transcurso del tiempo, hubo participantes que permanecieron 8 sesiones o más mientras que otros solo llegaron a participar en 4, estos cambios de estancia consisten en la gravedad de los síntomas del participante hospitalizado y si durante el internamiento los doctores apreciaban que ya era capaz de llevar su tratamiento en casa, era dado de alta y en automático se suspendían las sesiones para él, ya que únicamente se lleva a cabo con pacientes hospitalizados de sexo masculino de 60 años en adelante.

Procedimiento

Cada una de las sesiones se dividió en dos secciones o sea en dos actividades diferentes, ambas se encargaron de estimular un tipo de memoria deferente e inevitablemente en algunas de ellas se involucraron otros tipos de memoria; sin embargo, esto no afectó para nada el funcionamiento de las actividades, al contrario, es enriquecedor poder estimularlas. En la mayoría de las sesiones la primera parte o sea la primera actividad consistía en una retroalimentación de la segunda parte o sea la segunda actividad de la sesión previa, a excepción de ciertas sesiones en las que se omitió la retroalimentación, el ocupar una actividad para retroalimentar lo de la sesión pasada es considerando que los participantes con los que se trabajaba no eran constantes, ninguna retroalimentación afectaba el hecho de que el participante estuviera ausente en alguna de las sesiones, ya que los contenidos de cada sesión están intencionalmente diseñados de manera que sean independientes.

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “1” |
| Nombre de la actividad | Reconociendo objetos / Repitiendo audios |
| Tipos de memoria | Memoria sensorial y memoria icónica |
| Propósito | Fomentar la activación de la memoria sensorial a través del uso de estímulos visuales. |
| Hipótesis psicoeducativa | Los participantes ejercitarán su memoria sensorial y su memoria icónica por medio del reconocimiento de los objetos, formas, figuras, canciones, melodías, etc. que se les presenten. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 7 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • 10 láminas a color (con las que el participante pueda reconocer objetos, formas, figuras, colores etc.) • Canciones • Un aparato reproductor • Una bocina |
| Nivel de acceso | Gráfico |
| Procedimiento | Comencé por presentarme y preguntando ¿Se conocen entre ustedes? Con base en su respuesta pedí que cada uno de los participantes mencionara su nombre y posterior a ello pregunté de manera aleatoria a cada uno el nombre de sus compañeros, al término de las presentaciones, pregunté al participante más distraído si podía repetirme el nombre de todos los presentes en la sesión del día de hoy, una vez que lo hizo, continué con lo principal de la sesión de modo que logré orientar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes |

preguntas: ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando?
¿En qué lugar estamos? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este
piso? ¿Qué atiende este hospital?

Explicué de manera sencilla y directa las instrucciones de la
actividad:

“a continuación, les voy a mostrar una serie de imágenes, al
momento en que se las muestre obsérvenla bien, porque al
retirla les haré preguntas sobre cada una de ellas, pero no
podrán ver la imagen, pongan mucha atención” (le di la
oportunidad a cada participante de que pudiera tomar y
apreciar la imagen detenidamente, durante el tiempo que él
considerara necesario, el tiempo fue variando durante las 10
láminas utilizadas, ya que en determinados momentos fijé un
minuto o menos para apreciarla).

Las preguntas realizadas fueron de tipo; ¿Qué había sobre la
mesa? ¿De qué color era el escritorio? ¿Cuántos floreros
estaban? ¿Cuántas personas? ¿De qué colores eran ciertos
objetos? ¿Cuántos objetos? ¿Qué había? etc.

Esta técnica la realicé con 10 láminas distintas, al haber
concluido con las 10 láminas, pregunté ¿recuerdan mi nombre
o el de sus compañeros? Y de esta manera cambié de
actividad, pasé con la siguiente instrucción: “la siguiente
actividad consistirá en escuchar una canción o melodía, en el
momento en el que detenga la canción vamos a tararearla”.

Le pedí específicamente a uno de los participantes que
tarareara la melodía y así en repetidas ocasiones con cada
uno de ellos, también tarareamos todos al mismo tiempo. Para
finalizar la sesión, repartí pequeñas hojas y solicité que
escribieran los nombres de todos los que estaban participando
en la sesión, incluida yo, y me entregaran la hoja, después de
haber entregado, se podían retirar.

| | |
|--------------------------|---|
| Observaciones | <p>Noté que los participantes cuando muestro las imágenes observan muy poco tiempo y al hacerles las preguntas no saben responder y se molestan, en las siguientes imágenes solo buscan objetos por los que les pregunté previamente y al hacer preguntas diferentes exclaman las respuestas de las preguntas anteriores, por ejemplo, en la primera imagen pregunté ¿cuántas lámparas había? Y no supieron responder, en la segunda no pregunté lo mismo, sino que la pregunta fue ¿De qué color son las sillas? Y uno de los participantes dijo “¡hay tres lámparas! Eso preguntó hace rato”, expliqué las instrucciones nuevamente, en las últimas láminas ya podían responder más preguntas debido a que se tomaban más tiempo para ver los detalles de las láminas.</p> <p>En la segunda parte los aprecié muy participativos, a excepción de un participante que al escuchar las melodías se dormía en lugar de prestar más atención, pregunté si se sentía muy cansado, a lo que respondió que no pudo dormir debido a que uno de sus compañeros estuvo gritando toda la noche; sin embargo, el resto intentaba seguir la indicación y tararear las canciones, me percaté que en algunos participantes no se escuchaba para nada similar al ritmo que les había puesto, pero siempre intentaron participar de manera correcta. Cuando terminamos de escuchar las canciones y tararear se me ocurrió pedirles que escribieran qué les hacía sentir escuchar esas canciones.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Considero importante entender la población con la que se está trabajando, son adultos mayores que requieren mayor tiempo para realizar diferentes tipos de actividades y esto suele estresarles en gran cantidad, como lo estuvimos mencionando a lo largo de la teoría, su capacidad de retención es distinta y en gran medida suele tener un decremento con</p> |

| | |
|------------|---|
| | el paso de los años, así como su tolerancia, lo que justifica su conducta al no tener las respuestas de las preguntas, me tomé el tiempo de investigar si ciertamente en la madrugada hubo un participante gritando, y es correcto, uno de ellos no tuvo una buena noche, lo que probablemente influyó en su desempeño durante la sesión así como en el de algunos de sus compañeros que tampoco pudieron dormir. |
| Conclusión | En esta actividad se logró el objetivo de fomentar la activación de la memoria sensorial a través del uso de estímulos visuales, ya que por sí mismos pudieron responder las diferentes preguntas que realicé y accedieron a todo el procedimiento. |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | "2" |
| Nombre de la actividad | Siluetas / Narraciones |
| Tipos de memoria | Memoria icónica y memoria ecoica |
| Propósito | Promover el sostenimiento atencional y la evocación a través de la estimulación de la memoria ecóica y la memoria icónica. |
| Hipótesis psicoeducativa | Durante el proceso de estas actividades el participante logrará estimular ambas memorias (icónica y ecoica) con las que se están trabajando de modo que a medida que avance la actividad se aprecie más sencilla para ellos. |
| Tiempo estimado | "60 minutos" |
| Participantes | 7 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • 15 láminas con siluetas diferentes a color negro • Pequeñas hojas • Lápices |
| Nivel de acceso | Gráfico / Verbal externo |

| | |
|----------------------|--|
| <p>Procedimiento</p> | <p>Comencé por preguntar a los participantes si recordaban mi nombre y si recordaban el de sus compañeros, en esta sesión trabajé con los mismos participantes que en la sesión 1, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de hablar y así hasta recordar los nombres de todos, posterior a ello, le pedí al participante más distraído que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, lo siguiente fue orientar a los participantes en tiempo, espacio, circunstancia ya que previamente los había orientado en persona, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿Qué hora es aproximadamente? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso? ¿Qué atiende este hospital?, al terminar la orientación, expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “Les mostraré esta lámina y díganme qué pueden apreciar” (Seleccionar al participante que debe responder la pregunta). Esto lo realicé de manera repetitiva, con 15 láminas diferentes en las que solo se podía apreciar las siluetas en color negro, las preguntas que repetí en las 15 láminas, fueron; ¿Qué observan? ¿Qué es? ¿Generalmente de qué color es? ¿De qué tamaño es? Al terminar de mostrarles las láminas les pedí que me dijeran las 15 cosas que les había mostrado en las láminas y de esta manera cambié de actividad.</p> <p>“dos personas se van a sentar frente al resto y se situarán en el que fue su primer día de clases en la escuela, del nivel que</p> |
|----------------------|--|

| | |
|---------------|---|
| | <p>gusten y comenzarán a narrarnos cómo fue, cómo llegaron, qué hicieron, cómo era su maestra/o, si hicieron amigos y cuántos eran, todo lo dirán los dos al mismo tiempo”.</p> <p>Pregunté directamente a uno de los participantes si podía recuperar algún tipo de información acerca de las dos historias que se contaron, de manera que respondiera las preguntas que se hicieron al principio, si este participante no podía responder o alguno otro tenía algún tipo de información, les permití hablar cuanto les pareciera necesario, repetí esta técnica 5 veces con diferentes participantes y diferentes situaciones, para concluir la sesión repartí pequeñas hojas y pedí que escribieran en ellas lo que les había mostrado en las 15 láminas anteriores (que eran las siluetas).</p> |
| Observaciones | <p>Pude observar que, en la primera parte, al mostrar las láminas con las siluetas, los participantes podían reconocer el objeto, pero no nombrarlo, en algunas ocasiones lo hacían de manera correcta, cuando no lograban recordar el nombre por sí solos comenzaban a describir lo que veían y lo que caracteriza a lo que estaban viendo, por ejemplo, es una fruta, es un animal, etc.</p> <p>En caso de que no recordara el nombre pedía que de manera grupal juntaran ideas para de esa forma recordar lo que estaban observando en la imagen, al final obtenían el nombre correcto, después les solicité que con lo que habían observado hicieran una historia, que eligieran 5 de las siluetas y escribieran una historia ocupando los nombres de lo que les mostré, solo uno de los participantes pudo seguir la indicación tal cual se pidió.</p> <p>En la segunda parte repartí papelitos con el tipo de narración que quería que nos contara cada participante, noté que no les agradaba mucho escuchar las narraciones de los demás, por</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>lo que me percaté que realizaban su narración más rápida de lo que realmente podían hacerla. Pregunté si tenían algún problema con narrar su experiencia y uno de ellos respondió que no teníamos que saber todo, entendí que se refería a su información personal.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los participantes lograron recordar casi el total de las siluetas que les había mostrado, al final lo realizamos en conjunto para que fuera más sencillo recordar todas y funcionó, algunos recuperan la información debido a las experiencias y a lo que simboliza para cada uno, probablemente algunos recordaron siluetas que simbolizaban algo bueno o malo para ellos y evidentemente es de manera distinta para cada uno, lo que quiere decir que mientras algunos recordaban algunas siluetas otros recordaban otras, mientras que en la segunda actividad la poca falta de interés en las narraciones de los compañeros es debido a que ellos están sometidos a entrevistas diarias y repetitivas, por lo que están cansados de repetir historias acerca de ellos, esto lo supe gracias a una pregunta que le realicé en otro momento del día ¿Por qué no te gusta narrar tu historia? A lo que en la mayoría respondían siempre quieren saber todo, con respecto a la actividad extra de escribir una historia con 5 de las palabras que vimos en las siluetas, al ver que uno de los participantes cumplió el objetivo doy por hecho que las instrucciones no estuvieron del todo mal, sin embargo, los participantes no suelen preguntar para aclarar sus dudas, considero importante repetir la instrucción de distinto modo y personalizar la pregunta ¿Qué haremos? Para corroborar que cada uno lo entendió.</p> |
| Conclusión | <p>Los participantes lograron cumplir el objetivo de promover el sostenimiento atencional y la evocación a través de la estimulación de la memoria ecóica y la memoria icónica, ya</p> |

| | |
|--|---|
| | que durante la sesión identificaron el total de siluetas expuestas y respondieron correctamente a las preguntas realizadas durante la sesión. |
|--|---|

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “3” |
| Nombre de la actividad | Estado de ánimo / Para tocar |
| Tipos de memoria | Memoria ecóica, memoria háptica y memoria episódica |
| Propósito | Propiciar en el participante la asociación entre el estímulo presentado con un recuerdo, distinguiendo lo más cotidiano de la vida diaria con el uso de la memoria ecóica, háptica y episódica. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante no solo logre estimular la memoria ecoica y háptica, sino también se apropie de la actividad de forma que signifique de manera simbólica lo que se le está pidiendo. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 9 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con emociones • Antifaz • Objetos <ul style="list-style-type: none"> ○ engrapadora ○ perforadora ○ cepillo de dientes ○ cepillo para peinar ○ bolsa ○ sartén ○ servilleta ○ cuchara ○ cable ○ refresco ○ servilletero |

| | |
|-----------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ perfume ○ cartera ○ moneda ○ coladera ○ plato ○ pluma ○ lápiz ○ llavero ○ llave ○ memoria USB ○ tornillo ○ folder ○ aretes ○ pulsera |
| Nivel de acceso | Material / materializado |
| Procedimiento | <p>Inicié la sesión preguntando a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de hablar y así hasta recordar los nombres de todos -al no recordar el nombre de uno de sus compañeros- le pedí a éste que se presentara. Posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después me enfoqué en orientar a los participantes en tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas: ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso?, cabe mencionar que la parte de las</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>presentaciones me ayuda a orientar al participante en persona, al terminar la orientación, expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “les voy a repartir al azar un papelito, léanlo de manera discreta, este papel tiene escrito un estado de ánimo, cada uno va a relatar una historia, tienen 3 minutos para planearla, esta historia nos la deben contar con el estado de ánimo que viene en su papelito, no solo que esté relacionada sino que nosotros lo entendamos al escucharlos que realmente es un estado de ánimo”</p> <p>Al término de cada narración pregunté al resto lo siguiente, ¿distinguen la velocidad, tono, etc.? ¿Con qué estado de ánimo nos están contando la historia? Repetí esta actividad 3 veces desde la entrega de papelito. Les pregunté cómo se sentían, posterior a esto cambié de actividad.</p> <p>Repartí a cada participante un antifaz y les dije “cubran sus ojos con este antifaz, iré pasando diferentes objetos por sus manos, manipulen el objeto, pero sin decir nada hasta que yo les pregunté: “voy a decir el nombre de la persona que debe responder la siguiente pregunta” ¿Qué sienten (textura)? Describan el objeto, ¿De qué tamaño es? ¿Cuánto pesa? ¿Cómo se siente? ¿Qué es? Repetí el ejercicio con 10 objetos diferentes.</p> |
| Observaciones | <p>Los participantes el día de hoy estuvieron muy participativos, corté los estados de ánimo y los repartí, a pesar de que repetí la indicación varias veces, alguno de los participantes no entendió, sin embargo, fue una actividad buena, los participantes reían e intentaban atinarle al estado de ánimo que nos estaban representando, siempre adivinaron el estado de ánimo que se estaba actuando, aunque alguno de los</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>participantes en su representación mencionaba la respuesta los participantes se veían atentos.</p> <p>En la segunda parte me percaté de que estaban intrigados por lo que estaban tocando, entonces pasé los diferentes objetos para que los sintieran y pregunté antes de mostrárselos cómo se los imaginaban al sentirlos y de qué color creían que eran, aunque jamás adivinaron el color, les parecía a ellos y a mi muy intrigante saber cómo apreciaban las cosas a partir del tacto.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>En esta sesión específicamente en la primera parte no fue suficiente una instrucción verbal tuve que ejemplificar exactamente qué era lo que deseaba, y aun así un participante no logró entender la indicación y realizó la actividad de manera diferente y a pesar de ello el resto del grupo participó, considero que fue debido a la escolaridad del participante y al deterioro que presentaba, a diferencia del grupo, este participante no tenía escolaridad y es más grande que el resto del grupo.</p> <p>En la segunda parte considero que la participación activa de todo el grupo fue debido a lo novedoso de la actividad.</p> |
| Conclusión | <p>Se logró propiciar en el participante la asociación entre el estímulo presentado con un recuerdo, distinguiendo lo más cotidiano de la vida diaria con el uso de la memoria ecóica, háptica y episódica considerando que los participantes acertaron a cada uno de los estímulos presentados.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | "4" |
| Nombre de la actividad | Reconocer olores / menciones |
| Tipos de memoria | Memoria háptica y el olfato |
| Propósito | Presentar distintos objetos al participante con el fin de que logre identificar por medio de los estímulos expuestos qué es lo que se le está presentando. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante pueda recordar con el uso de su olfato qué es lo que se le está exponiendo, para trabajar con la memoria háptica y la del olfato. |
| Tiempo estimado | "60 minutos" |
| Participantes | 8 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Antifaz • Frascos con diferentes olores <ul style="list-style-type: none"> ○ Flores ○ Carne ○ Chocolate ○ Ajo ○ Jabón ○ Suavitel ○ Chorizo ○ Café ○ Perfume ○ Fresa ○ Guayaba ○ Canela |
| Nivel de acceso | Material / materializado |
| Procedimiento | Comencé por preguntar a los participantes ¿saben quién soy? ¿Recuerdan el nombre de sus compañeros? Con base en su respuesta, me presenté y le pregunté directamente a uno de ellos el nombre de uno de sus compañeros (al que yo señalé) y a otro participante que mencionara el nombre de quien |

acababa de decir el nombre de su compañero; así lo hice hasta que se mencionaron los nombres de todos. Posteriormente le pedí a uno de ellos que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión y cuando terminó, realicé las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿Qué hora es, aproximadamente? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso? ¿Qué atiende este hospital? Con el fin de orientar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, al finalizar la orientación expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “¿alguno podría recordarme lo que hicimos la sesión pasada?” al mencionar que se vendaron los ojos y sintieron varios objetos pasé a la siguiente pregunta ¿cómo recuerdan que se sentía cada uno de ellos (describan las sensaciones)? ¿Qué objetos eran?

Cuando terminamos de recordar todos los objetos, repartí nuevamente los antifaces y la indicación fue similar “haremos algo muy parecido a la vez pasada, coloquen el antifaz en sus ojos, en algún momento les daré un frasco y les pediré que lo acerquen a su nariz y que lo huelan cuanto consideren necesario, pero sin decir nada. Una vez que terminen lo anterior, les realizaré las siguientes preguntas: ¿Pueden describir el aroma? Y después ¿Qué es lo que están oliendo?” la actividad anterior se realizó con los 10 objetos antes mencionado, posteriormente pregunté lo siguiente para finalizar la actividad:

¿Recuerdan a qué saben ciertos alimentos o a qué huelen? intenten describirlos. ¿Cuáles han sido los sobres y olores

| | |
|--------------------------|---|
| | más raros que han percibido? ¿Qué olores y sabores son los que más les han gustado? |
| Observaciones | <p>En la primera parte de la sesión, intenté hacer que recordaran ellos mismos todos los objetos, pero no en todos los casos lo lograron por lo que algunos tuve que mencionarlos, sin embargo, es importante mencionar que describían las sensaciones que tuvieron en la interacción con el objeto, la segunda parte fue muy similar a la primera actividad de esta sesión porque lograron identificar la mayoría de los olores ya que referían correctamente el nombre del artículo y su olor correspondiente. Noté que lo olían en repetidas ocasiones y reflexionaban al respecto.</p> <p>Me gustó ver sus caras a todos concordar con la respuesta que decían.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Considero que la activa participación del grupo recordando la sesión pasada fue debido a lo significativo que fue para ellos y la habilidad que tuvieron para reconocer los olores la atribuyó a la recuperación de su experiencia cotidiana, los participantes no solo reconocían los olores, se identificaban tanto con ellos que narraban cosas sencillas en las que habían olfateado lo mismo o algo similar.</p> |
| Conclusión | <p>Los participantes lograron identificar por medio de los estímulos expuestos lo que se les estaba presentando, analizaron antes de responder las cuestiones y lo realizaron satisfactoriamente, tuve su atenta participación.</p> |

| | |
|------------------------|---|
| Sesión | "5" |
| Nombre de la actividad | Reconociendo sabores / Diferentes datos |
| Tipos de memoria | El gusto y memoria a corto plazo |

| | |
|--------------------------|--|
| Propósito | Estimular la memoria del gusto y la de corto plazo para que el participante identifique sabores y recuerde diferentes tipos de información. |
| Hipótesis psicoeducativa | Por medio del gusto y la memoria a corto plazo el participante logre repetir la información proporcionada, así como expresar los distintos sabores que pruebe durante la sesión. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 8 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Antifaz • 10 frascos <ul style="list-style-type: none"> ○ Azúcar ○ Café ○ Chocolate ○ Queso ○ Jamón ○ Mayonesa ○ Mostaza ○ Limón ○ Calabaza ○ Plátano ○ Ajo ○ Canela • Hojas • Lápices |
| Nivel de acceso | Material / materializado |
| Procedimiento | En esta sesión inicié la sesión orientando a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es |

especialista este piso?, al terminar la orientación, pregunté a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de decir el nombre y así hasta recordar los nombres de todos, -al no saber el nombre de uno de ellos- le pedí a este que se presentara, posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “En la sesión pasada pregunté olores y sabores que recuerdan de hace años, para esta sesión conseguí algunos, voy a pedirles que se pongan el antifaz de nuevo y voy a darles a probar lo que traje, recuerden, sin decir nada” ¿A qué sabe? ¿Qué es? Estas fueron las preguntas que realicé a algunos de ellos de manera aleatoria, esto lo realicé con 10 sabores diferentes, al terminar pregunté si recordaban cuáles fueron los sabores que probamos, después de recordarlos todos pregunté ¿Cuáles fueron los olores de la sesión pasada? con esto terminamos esta parte, retiré todo y repartí una hoja y un lápiz y di la siguiente indicación para partir con otra actividad: “les voy a decir una serie de datos, deben mantener su lápiz en la mesa y en cuanto yo les indique, podrán escribir exactamente lo que dije” comencé con dictar diferentes palabras haciendo 5 intentos, mencione 2 dígitos de dos cifras 3 dígitos de tres cifras 4 dígitos de cuatro cifras, 3 direcciones diferentes, 2 teléfonos de casa y 1 correo electrónico y con eso terminamos la sesión.

| | |
|--------------------------|---|
| Observaciones | <p>La primera parte repartí en sus cucharas a cada uno de los participantes los diferentes sabores y a pesar de tener los ojos vendados jamás se quejaron de no poder llevar el alimento a su boca, y pude apreciar que sus manos les temblaban menos comparado a sesiones pasadas. Las cantidades que probaron fueron pequeñas en especial en uno de los participantes que tiene diabetes, durante la sesión uno de los participantes aceptó trabajar y dijo que, si participaría siempre y cuando los sabores fueran agradables, cuando les di limón, se quitó la venda, dijo “ya no quiero, dije que si era desagradable me iría, entonces me voy” después de eso no volvió.</p> <p>En la segunda parte noté que hubo en distintos momentos que pedían que repitieran los dígitos y alguno de los participantes creía tener el número correcto, y no era así, en esta parte de los dígitos la mayoría lo tuvo correctamente al menos hasta la mención de 3 dígitos, mientras más extensa se ponía la información menor su capacidad de memorizarlo, en muchas ocasiones retenían elementos de la información que les proporcionaba, pero no todo complejo.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los temblores en las extremidades pueden considerarse como una afección que se presenta en la vejez, en general es atribuida a la alteración de los neurotransmisores, de igual forma podríamos considerar que el temblor es debido a un efecto que se presenta como consecuencia de la toma de medicamentos psiquiátricos, notar la disminución del temblor en los participantes me hace pensar que en definitiva es un efecto del medicamento y que con el paso de los días se está moderando, con respecto a la segunda actividad cabe mencionar que es importante considerar la escolaridad y</p> |

| | |
|------------|--|
| | edad de cada participante para poder hacer una retroalimentación más profunda con base en los resultados obtenidos posteriores a la actividad, es excelente notar el ánimo por retener la información. |
| Conclusión | Durante la sesión se logró estimular la memoria del gusto y la de corto plazo dado que los participantes identificaron sabores y recordaron diferente información con base a la experiencia propia de ellos. |

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “6” |
| Nombre de la actividad | Clasifica / representa |
| Tipos de memoria | Semántica |
| Propósito | Lograr estimular la memoria semántica con ayuda del material y la simbología de lo que representa el material. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que los participantes logren hacer clasificaciones coherentes recordando correctamente a que se refiere lo que dice el material. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 8 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con diferentes conceptos • Bote • Pegamento • Hojas |
| Nivel de acceso | Grafico |
| Procedimiento | Comencé por preguntar a los participantes ¿saben quién soy? ¿Recuerdan el nombre de sus compañeros? Con base en su respuesta, me presenté y le pregunté directamente a uno de ellos el nombre de uno de sus compañeros (al que yo señalé) y a otro participante que mencionara el nombre de |

| | |
|---------------|--|
| | <p>quien acababa de decir el nombre de su compañero y así lo hice hasta que se mencionaron los nombres de todos, posteriormente le pedí a uno de ellos que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión cuando terminé realicé las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿Qué hora es, aproximadamente? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso? ¿Qué atiende este hospital? Con el fin de orientar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, al finalizar la orientación, expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “En este bote tengo varios papelitos con diferentes cosas escritas, uno por uno irá sacando un papelito, lo leerá de manera discreta y con pura mímica representará lo que dice el papel que sacó, por ejemplo, mi papel dice vaca” (realicé mímica para que lo adivinaran y entendieran la actividad), así fue pasando uno por uno en repetidas ocasiones.</p> <p>“Ya para concluir la actividad, estos mismos papelitos hay que clasificarlos, les voy a repartir una hoja con pegamento esta hoja está dividida en 4 secciones, la clasificación de las cosas será a su consideración, tienen en los papelitos, frutas, animales, deportes, objetos de casa, figuras geométricas, colores, de todo lo que está en estos papeles solo elijan una manera de clasificar (aclaré a qué me refería con clasificar dando un ejemplo.)”.</p> |
| Observaciones | Estas actividades fueron muy gratificantes, en primera porque logré apreciar a los participantes interesados, y al mismo tiempo divertidos, los vi reír y eso fue enriquecedor, en la parte de la clasificación noté que la mayoría se centró |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>en tomar papeles que decían animales y los separaban en salvajes y domésticos, algunos en terrestres y aéreos y uno más clasificó los insectos, me gustó ver que encontraban más maneras de clasificar los papelitos.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>En general todas las personas tienen una concepción distinta de todo, esto no quiere decir que algunos por no empatar en ideas estén mal, al contrario es bueno apreciar los distintos enfoques, es lo que noté en la sesión de hoy, los participantes se notaban atentos y abiertos a las explicaciones del resto del grupo acerca del porqué clasificaron de esa manera, con respecto a su estado de ánimo durante esta sesión, considero que es debido a que los participantes en algún momento de sus vidas dejan de darse tiempo para realizar cosas nuevas incluso de convivir, como lo mencionamos en el capítulo uno, las personas adultas mayores dejan de socializar, no en todos los casos pero es una actitud que se presenta de manera frecuente, lo que considero que en el momento en el que hacen algo fuera de su zona de confort o lo disfrutan más o les molesta.</p> |
| Conclusión | <p>Se cumplió el propósito al lograr estimular la memoria semántica con ayuda del material y los simbolismos que se utilizaron para las representaciones, conté con la participación de todos los presentes en la sesión.</p> |

| | |
|------------------------|---|
| Sesión | "7" |
| Nombre de la actividad | Palabras extrañas / Su historia |
| Tipos de memoria | Memoria a largo plazo y memoria emocional |
| Propósito | Provocar que el participante logre recordar acerca de su pasado y acontecimientos que marcaron su vida de manera que estimule su memoria a largo plazo y emocional. |

| | |
|--------------------------|---|
| Hipótesis psicoeducativa | Que durante la sesión el participante proporcione la información correcta de su experiencia y de este modo el resto pueda realizar distintas intervenciones. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 9 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel • Colores |
| Nivel de acceso | Verbal externo. |
| Procedimiento | <p>Inicié la sesión preguntando si recordaban lo que se hizo en la sesión pasada para que el participante que ingresó tuviera la oportunidad de escuchar cómo se trabajó, en cuanto terminamos de recordar lo que se hizo, pregunté a participantes diferentes, ¿en qué fecha estamos actualmente? ¿Qué hora es aproximadamente? ¿En dónde estamos? ¿En qué piso estamos y cómo se llama el piso? ¿Qué atiende este hospital? al terminar la orientación, comenzamos por recordar los nombres de los presentes en la sesión y como no recordaban el mío me presenté nuevamente, posterior a ello les dije: “en esta sesión me gustaría que me compartieran de su conocimiento, cada uno me va a decir 5 palabras que considera que son las más extrañas que conocen (repartí hojas y lápices) si gustan pueden escribirlas” cada que un participante mencionaba una palabra se hacía un paréntesis para que nos explicara qué significaba esa palabra, después de sus 5 definiciones y comentar en grupo si ya lo habíamos escuchado o no, les pregunté:</p> <p>¿Qué recuerdan que les trajeron los reyes magos cuando eran niños? Cada uno narró un poco sobre su historia y</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>después les pregunté cómo eran los juegos que realizaban en esas edades, ¿cómo era qué se divertían y cómo pasaban el rato más o menos entre los 6 y 10 años?, posterior a ello les pregunté ¿Cómo se llama su mejor amigo? Y cuéntenme cómo lo conocieron ¿Por qué es su mejor amigo y en dónde está? ¿Cuándo fue la última vez que lo vieron y qué hicieron ese día? y sin que ellos se dieran cuenta comencé a estimular otro tipo de memoria que de igual modo consistía en la narración, les pregunté sobre los temblores más fuertes que habían vivido, y que nos contaran cómo había sido, ¿en dónde estaban, etc.? esta narración se realizó sin necesidad de que se hicieran cada una de las preguntas, les pregunté si habían pasado por algún asalto y posterior a ello les pedí que hicieran un dibujo el que ellos quisieran, al finalizarlo, pedí que pusieran su nombre y ya se podían retirar.</p> |
| Observaciones | <p>Desde el inicio de la sesión aprecié que los participantes se sentían muy tranquilos, comencé a hacerles las preguntas para que me relataran sus historias, y noté que se entusiasmaban al recordar la información que les estaba solicitando, llego un momento de la sesión en la que hablábamos de los juegos y mientras unos hablaba el resto sonreía, noté que esto incrementaba si el juego del que hablaban lo conocían.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Las sesiones de estimulación cognitiva son más eficientes si los participantes se sienten identificados con los temas que se están abordando, si son de su interés y significan algo para cada uno de ellos el entusiasmo y ganas de participar incrementan.</p> |
| Conclusión | <p>En esta sesión se cumplió el propósito de provocar que el participante lograra recordar acerca de su pasado y</p> |

| | |
|--|---|
| | acontecimientos que marcaron su vida de modo que se estimuló su memoria a largo plazo y emocional, gracias a lo referido durante la sesión logré darme cuenta de lo antes mencionado. |
|--|---|

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “8” |
| Nombre de la actividad | Momento feliz / Recordando cómo trabajabas |
| Tipos de memoria | Memoria emocional y memoria de trabajo |
| Propósito | Provocar por medio de estímulos que el participante recupere y exponga información personal con el uso de la memoria emocional y de trabajo. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante recuerde durante la sesión distintas emociones y las exprese, así como ciertos procedimientos que realizaba en el pasado y aún recuerda de memoria. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 9 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • hojas • lápices • colores • reproductor • canciones • bocinas |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | Comencé preguntando ¿se conocen entre ustedes? Con base en su respuesta pedí que cada uno de los participantes mencione su nombre y posterior a ello pregunté de manera aleatoria a cada uno el nombre de sus compañeros, al término de las presentaciones, pregunté al participante más distraído si podía repetirme el nombre de todos los presentes en la sesión, continúe con la orientación, de modo que logré |

| | |
|---------------|---|
| | <p>situar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿Qué atiende este hospital? Después de la orientación repartí hojas blancas y les pedí que escribieran una breve historia muy feliz, al terminar de escribir cada uno compartió su historia, dejando de lado esto, les pedí que narraran cómo habían sido los días en los que nacieron sus hijos, “sitúense en esa fecha de su hijo más grande, ¿Qué estaba pasando? ¿Cómo se enteraron? cuéntenos” después de las narraciones saqué una grabadora y les puse canciones.</p> <p>NOTA: estas canciones son las que me dijeron que eran sus favoritas, se las pregunté previamente en los pasillos. Les pedí que escucharan la canción y después les pregunté: ¿Qué sienten? ¿Qué les recuerda?</p> <p>Después de escuchar las canciones y sus opiniones cambiamos de actividad.</p> <p>“Existe algo que sepan hacer muy bien, que lo sepan hacer de memoria, cuéntenme si saben cocinar algo” los participantes nos contaron al menos dos cosas que sabían hacer muy bien, y con esto nos despedimos”.</p> |
| Observaciones | <p>En esta primera parte me conmovió mucho escuchar los recuerdos de los participantes, narraban historias personales y experiencias que vivieron, la mayoría eran recuerdos conmovedores como bailables de infancia, eventos familiares, etc.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | En la segunda parte en específico tuvimos a dos participantes y al preguntarles acerca de los procedimientos que supieran hacer muy bien, los dos coincidieron en que sembrar era uno de ellos y uno narró todo el proceso después, cuando el otro narró, coincidió en la mayoría de los pasos que se debían hacer, después hablaron un poco sobre las otras maneras que existen para sembrar, las ventajas y desventajas de lo que se hace en la actualidad para sembrar. |
| Análisis de la actividad | La música es una buena herramienta para estimular la memoria, cuando yo empecé a reproducir las canciones que para ellos eran sus favoritas, me percaté que los momentos que se vivieron hacen que las canciones sean más especiales, lo que hace que una canción traiga consigo recuerdos. |
| Conclusión | Los participantes lograron por medio de estímulos recuperar y exponer información personal con el uso de la memoria emocional y de trabajo, las narraciones fueron mucho más enriquecedoras de lo pensado. |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “9” |
| Nombre de la actividad | Un procedimiento / Vacaciones |
| Tipos de memoria | Memoria procedimental y memoria episódica |
| Propósito | Provocar que cada participante realice un procedimiento sencillo para estimular su memoria procedimental y poner a trabajar la memoria episódica. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante obtenga el recuerdo exacto de cómo realizar un procedimiento en este caso un sándwich, dibujar y relatar una experiencia muy agradable, de preferencia de algún viaje. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 9 |

| | |
|-----------------|---|
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Pan • Jitomate • Cebolla • Aguacate • Mayonesa • Mostaza • Jamón • Lechuga • Chiles • Hojas • Lápices • Colores |
| Nivel de acceso | Materializado |
| Procedimiento | <p>Inicié la sesión preguntando a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de hablar y así hasta recordar los nombres de todos, al no recordar el nombre de uno de sus compañeros, le pedí a este que se presentara, posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después me enfoqué en orientar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿Qué año es? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso?, al terminar la orientación, expliqué de manera</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “les voy a pedir que rápidamente, pero con cuidado vayan y se laven las manos muy bien y regresen, voy a colocar sobre la mesa los ingredientes y a uno por uno le diré: haz un sándwich, puedes ocupar cualquier cosa de lo que tienes frente a ti (sin decir más vamos a observar de qué manera cada uno realiza este procedimiento)” al finalizar, les pregunté ¿ya lo habías hecho antes? ¿Qué pasos realizaste para hacer tu sándwich? ¿Quién te enseñó? Después de responder las preguntas y contarnos un poco sobre como hicieron su sándwich cambiamos de actividad.</p> <p>“¿a qué lugares han viajado? ¿Cuál ha sido el más significativo? ¿Por qué? ¿Qué hicieron en ese viaje? ¿Con quién fueron? ¿Cuál fue su parte favorita? Ahora en esta hoja dibujen lo que quieran, pero que esté relacionado con su viaje” al finalizar su dibujo cada uno nos contó qué representa su dibujo y por qué.</p> |
| Observaciones | <p>En la primera parte noté que los participantes no estaban de acuerdo con la actividad y menos con el hecho de realizar un sándwich de manera tan expositora, sin embargo, cuando comenzaron a realizarlo lograba apreciar sus rostros más relajados e incluso sonrientes, solo hubo un participante que requirió de apoyo especial para realizar su actividad de ahí en fuera noté que, aunque no hubiera un procedimiento exacto, sin importar el orden el producto fue igual.</p> <p>En la segunda parte, mientras dibujaban, nos iban contando que era lo que representaba su dibujo, agregaba algunas preguntas mientras daban sus relatos, como con quien habían ido y que era lo que más les había gustado</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Análisis de la actividad | Hay que considerar la población con la que se está trabajando para entender el rechazo a la actividad, en primera son puros hombres y en segunda en la educación de antes, o al menos en la mayoría el hombre no cocinaba, y aunque este es un proceso sencillo no deja de ser cocinar para ellos, y con respecto al participante que no logró hacer su sándwich solo, fue debido a la poca movilidad de sus manos, que como ya lo mencionamos puede ser efecto del medicamento o la edad. |
| Conclusión | Se cumplió el propósito de provocar que cada participante realizara un procedimiento sencillo para estimular su memoria procedimental y poner a trabajar la memoria episódica, el producto final de cada uno de ellos fue motivo de orgullo para ellos mismos, así lo refirieron durante la sesión. |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “10” |
| Nombre de la actividad | Antes, durante y después / Botella |
| Tipos de memoria | Memoria episódica y memoria semántica |
| Propósito | Lograr que el participante trabaje la memoria episódica y semántica de manera que su narración sea correcta. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante relate la verdad acerca de la información que proporcione. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 8 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Botella |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | Después de reunir a los participantes en el área del comedor les pedí que me respondieran las siguientes preguntas, ¿qué día es hoy? ¿En qué mes estamos, de qué año? ¿En dónde estamos? ¿Qué atiende este hospital? |

¿Qué piso es este y cómo se llama? ¿En qué se especializa este piso? ¿Cuándo llegaron? Estas preguntas son para lograr orientar al participante en las 3 esferas principales (tiempo, espacio y circunstancia), para orientar al participante en persona, realizamos otro tipo de actividad, ente ustedes van a mencionar los nombres de los compañeros que ya conocen, si no se recuerda el nombre de alguno, este tendrá que presentarse, el participante es libre de decir lo que guste durante su presentación, cuando terminan sus presentaciones, les pregunto ¿cómo me llamo? Al escuchar que alguien menciona mi nombre, les explico que realizaremos un par de actividades, continuo con dar la instrucción de la actividad:

¿Recuerdan el día que llegaron aquí? Quiero que me narren ¿cómo fue un día antes de que llegaran al hospital? (después de que cada quien hizo su narración) ahora quiero que me digan ¿cómo fue el día que llegaron aquí? (después de que cada quien hizo su narración) ahora cuéntenme ¿cómo será el día en el que se vayan a su casa? ¿Qué es lo que harán?” para cambiar de actividad saqué una botella y pregunté

“¿alguna vez han jugado botella? (escuché sus respuestas) vamos a hacer algo similar voy a empezar, tomaré la botella y la voy a girar en el centro, a quien señale la parte en la que se toma el líquido, ese deberá responder una pregunta, y a quien apunte la parte inferior de la botella, ese deberá hacer la pregunta, quiero que hagan cualquier pregunta que llegue a su mente, por ejemplo: cuál es tu comida favorita, tienes alguna alergia, en qué año te casaste, sabes cuándo

| | |
|--------------------------|---|
| | es el día de la familia, en dónde vives, qué música te gusta escuchar, quienes son los niños héroes, qué es un árbol, cuál es la montaña más grande; comencemos” giramos la botella varias veces |
| Observaciones | En la primera parte los participantes recordaban muy poco de los acontecimientos, al grado de darme cuenta que comenzaban a inventar cosas dentro de sus narraciones. En la segunda parte noté que los participantes iban elevando la dificultad de las preguntas conforme a las rondas, y cuando al que le tocaba responder no era capaz de hacerlo otro interrumpía y respondía por él. |
| Análisis de la actividad | Es importante mencionar que las narraciones de los participantes eran coherentes a pesar de darme cuenta que gran parte de ellas fue inventada. En tanto a la segunda parte considero que fue una actividad en la que ellos mismos se ponían a prueba, incluso pude apreciar una competitividad entre ellos al buscar preguntas más complejas con el paso de las rondas. |
| Conclusión | Los participantes lograron trabajar su memoria episódica y semántica de manera que su narración no solo fue correcta, sino también coherente. |

| | |
|------------------------|--|
| Sesión | “11” |
| Nombre de la actividad | Refranes / Los elementos de un objeto |
| Tipos de memoria | memoria semántica y memoria de tipo visual |
| Propósito | Lograr con el uso de la memoria semántica y visual del participante que recuerde y realice la representación de lo que se le solicita. |

| | |
|--------------------------|---|
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante obtenga por medio de los estímulos el símbolo correcto y logre plasmarlo en la hoja que se le conceda. |
| Tiempo estimado | "60 minutos" |
| Participantes | 8 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con preguntas • Bote • Hojas • Colores • Lápices |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | <p>El día de hoy, escribí en 8 papelitos las preguntas que corresponden a la orientación (¿qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿Qué año estamos cursando? ¿En dónde estamos? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es este? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué se especializa este piso?), las coloque en un bote y para realizar este proceso, le pedí a cada participante que sacara un papelito y respondiera la pregunta escrita en el papelito, de esta manera cubrimos la parte orientativa, en el momento que sacaron el papelito que decía ¿Cómo me llamo? Pregunté si se conocían entre ellos, me dirigí a un participante en especial, ¿conoce el nombre de su compañero? y de esta manera recordamos el nombre de todos los presentes. Pasamos a la actividad;</p> <p>“¿saben lo que es un refrán? (escuché las respuestas) les voy a mencionar algunos, pongan atención y me van a decir a qué se refiere, o sea que es lo que quiere decir cada uno de ellos” repetí la técnica al menos 10 veces y después pregunté si ellos conocían alguno que no hubiera</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>mencionado, después de escuchar algunos refranes les repartí hojas blancas y puse en el centro colores para que ellos pudieran tomar los que quisieran, les expliqué cómo se iba a trabajar;</p> <p>“voy a mencionarles un objeto y ustedes van a dibujar cada elemento que lo conforma, por ejemplo, si yo digo hamburguesa cada uno de ustedes va a dibujar lo que hace que una hamburguesa, sea una hamburguesa, por ejemplo, pan, carne, lechuga, jitomate, cebolla, aguacate, mayonesa, cátsup, piña, jamón, ¿se entendió?” lo realizamos con 5 cosas diferentes, primero con la hamburguesa, reloj, sándwich, flautas, libro y finalizamos con un taco.</p> |
| Observaciones | <p>En la primera parte los participantes explicaban muy bien lo que entendían de los refranes, cuando les pedí que me dijeran algún otro que conocieran, uno de los participantes menciona un chiste, le repetí la indicación, pero no fue capaz de mencionar un refrán por sí solo, pudo completar alguno de los que dije y explicarlos muy bien, mientras que otro de sus compañeros dijo al menos dos refranes que yo jamás había escuchado.</p> <p>Durante la segunda actividad pude observar que los participantes recordaban el orden que compone las cosas casi por completo, en algunos casos omitían algunos ingredientes cuando se trataba de comida</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los refranes suelen ser culturales, así como conocerlos y dar lecciones con ellos, por eso sin importar la edad sabemos que existen y dependiendo la circunstancia sabemos utilizarlo, es algo que aprendemos desde jóvenes</p> |

| | |
|------------|--|
| | <p>y no dejamos de utilizar, en la mayoría de las ocasiones los participantes mencionaron que los refranes que ellos decían eran los más populares en sus tiempos.</p> <p>Con respecto a la segunda actividad, entiendo por qué los participantes llegaban a omitir los ingredientes en sus dibujos y es debido a gustos, si no les gusta algo lo omitían, esto se repetía en particular con tres ingredientes, por ejemplo, jitomate, aguacate y cebolla, me pareció muy curioso.</p> |
| Conclusión | Se cumplió el propósito al lograr que con el uso de la memoria semántica y visual del participante recordara y realizara la representación de lo que se le solicitó durante la sesión, con su correcta participación y su concluyente punto de vista. |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “12” |
| Nombre de la actividad | Descripción / Ubicaciones |
| Tipos de memoria | Memoria visual y memoria verbal |
| Propósito | Fomentar con el uso de la memoria visual y verbal que el participante logre estructurar su pensamiento expresando de manera lógica una idea. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante por medio de su análisis exprese de manera coherente, la información que se le solicite. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 9 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices • Colores • Mapas |

| Nivel de acceso | Grafico |
|-----------------|--|
| Procedimiento | <p>Inicié la sesión preguntando a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de hablar y así hasta recordar los nombres de todos, al no recordar el nombre de uno de sus compañeros, le pedí a este que se presentara, posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después me enfoque en orientar a los participantes en tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso?, al terminar la orientación, expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “Voy a pedir que fijen en su mente algo, lo que sea, que lo describan y después que lo dibujen, ¿Cuál es el paisaje más hermoso que han percibido? (ya que lograron recordar el paisaje) descríbanos un poco como se aprecia su paisaje y de igual modo lo vamos a dibujar, y por último ¿cómo era la casa en la que vivían cuando tenían entre 4-6 años?”</p> <p>Para entrar a la siguiente actividad a cada participante le repartí un mapa (todos los mapas son iguales) “le pedí a cada uno de los participantes que defina una ruta de cierto punto a otro (yo les dije en qué punto se iban a ubicar y cual quería que fuera su destino) y todos los participantes</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | deberán seguir esa misma ruta mediante las instrucciones que está dando el participante encargado en ese momento |
| Observaciones | <p>Los participantes realizaron sus dibujos y en la mayoría de los casos narraron historias emotivas de sus dibujos, como a lo que se dedicaban o un viaje con la familia.</p> <p>En la segunda parte debido a que el recurso no cumplía con las necesidades para los participantes les pedí que hieran un dibujo de su casa y de cómo estaba estructurada exactamente, (expliqué que me refería a los cuartos, baños, etc.) después de ello cada uno me contó qué era lo que había en su casa, noté que todos comenzaron por la entrada y de ahí partían para explicar que otros cuartos habían.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Cuando la indicación es, recuerda un/a... generalmente las personas buscaban lo más significativo a lo largo de sus vidas, que fue lo que hicieron los participantes, no solo recordaron un momento, recordaron personas, y vivencias.</p> <p>Con respecto a la segunda actividad, no cumplía con las necesidades, porque los participantes no alcanzaban a leer las letras del mapa ni a identificar las imágenes en él, sin embargo, con la actividad que se hizo en su lugar, se cumplió el objetivo de la misma.</p> |
| Conclusión | <p>Los participantes lograron fomentar con el uso de la memoria visual y verbal una estructura de pensamiento expresando de manera lógica una idea, aunque la actividad tuvo que modificarse a las necesidades de los participantes se estimularon los dos tipos de memoria correspondientes a la sesión.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “13” |
| Nombre de la actividad | Cuentos / Autobiografías |
| Tipos de memoria | Memoria verbal y memoria autobiográfica |
| Propósito | Poner a trabajar la memoria verbal y autobiográfica de los participantes para que recuerden la mayor parte de sus experiencias. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante asimile y exprese las vivencias propias con el resto del grupo y las logren plasmar en un papel. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 7 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Lápices • Plumas |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | Comencé por presentarme y preguntando, ¿se conocen entre ustedes? Con base en su respuesta pedí que cada uno de los participantes mencione su nombre y cualquier dato curioso sobre ellos (hice un ejemplo; soy Pamela y me encantan los helados), posterior a ello pregunté de manera aleatoria a cada uno el nombre de alguno de sus compañeros, al término pregunté al participante más distraído si podía repetirme el nombre de todos los presentes en la sesión, y continué con la orientación, de modo que logré ubicar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día de la semana es? ¿Qué mes estamos cursando? ¿En qué año estamos? ¿En qué lugar estamos? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿Qué atiende este hospital? posterior a ello expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad; |

| | |
|-----------------|---|
| | <p>“les voy a narrar algunas historias que seguramente ya han escuchado y me van a decir qué es lo que harían (contaré la historia de caperucita roja, banca nieves, la cenicienta) ¿Qué piensan de lo que tuvo que el personaje principal? (aclare cuál era el personaje principal) ¿Las actitudes de los personajes les parecían correctas? ¿Qué es lo que estaba pasando por la mente del personaje (me refería a los personajes por su nombre) “malo”? ¿Creen que estuvo bien o mal? (realicé las mismas preguntas con las tres historias) ahora díganme ¿qué pasaría si usted fuera, caperucita, maléfica, la madrastra (dependiendo el caso)?” después de la discusión cambiamos de actividad</p> <p>“ya para terminar, en la hoja que les estoy repartiendo, me van a escribir su autobiografía, escriban todo aquello que quieran compartir, si existe algún suceso que no quieren que nadie sepa, no lo escriban, ya que la próxima vez que nos veamos, la vamos a leer en voz alta”</p> |
| Observaciones y | <p>En la primera parte de la sesión me sorprendieron un poco sus respuestas, intentaba hacer que entendieran las razones por las que actuaban los personajes de los cuentos, sin embargo, a la hora de preguntar, respondían que ellos no harían lo que hace en este caso el personaje malo del cuento, que no era correcta la manera de actuar de ese personaje, también mencionaban que aceptarían la culpa de lo que hacían (en el lugar del personaje “malo”).</p> <p>En la segunda parte, todos escribieron su autobiografía, en algunos casos especiales pidieron ayuda para escribir, y me dictaron lo que querían plasmar en el papel, dos de los</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | participantes tocaron temas delicados, como alguna pérdida y eso los puso un poco sensibles. |
| Análisis de la actividad | <p>En general es complicado aceptar errores sin embargo los participantes decidieron aceptar la culpa si estuvieran en el papel del personaje malo de los cuentos, considero que es debido a la experiencia que tienen y a la poca credibilidad de recibir una sanción ya que simplemente se está verbalizando todo.</p> <p>En la segunda actividad observé a los participantes muy comprometidos, excedimos el tiempo de la sesión debido a que querían ser muy específicos en su autobiografía y si notaban que omitían algo importante, se tomaban el tiempo para referirlo.</p> |
| Conclusión | Se cumplió el propósito al poner a trabajar la memoria verbal y autobiográfica de los participantes, ya que recordaron la mayor parte de sus vivencias. |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “14” |
| Nombre de la actividad | Su historia / Tal cual pasó |
| Tipos de memoria | Memoria Autobiográfica y memoria de tipo fotográfica o eidética |
| Propósito | Retener la atención de los participantes durante la sesión en las que expresen principalmente experiencias que almacena la memoria autobiográfica y fotográfica. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que los participantes logren verbalizar sus experiencias, de forma que logren responder ciertas preguntas de las mismas reflexiones. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 7 |
| Material | Su escrito de la sesión pasada. |

| | |
|-----------------|---|
| | (Si se integra un participante podrá narrar su autobiografía, aunque no la haya escrito). |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | <p>Comencé preguntando ¿se conocen entre ustedes? Con base en su respuesta pedí que cada uno de los participantes mencione su nombre y posterior a ello pregunté de manera aleatoria a cada uno el nombre de sus compañeros. Pregunté al participante más distraído si podía repetirme el nombre de todos los presentes en la sesión, continué con la orientación, de modo que logré ubicar a los participantitas en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿Qué atiende este hospital?</p> <p>Después de la orientación le repartí a cada uno su hoja en la que escribieron su autobiografía, pregunté si lograron terminar la sesión pasada, o si querían concluir con lo que posiblemente les faltó, ya que todos tenían su autobiografía lista, le pedí a uno por uno que nos contara lo que escribió, le pedí al resto del grupo que pusiera mucha atención, registraba algunos datos y al final de la narración preguntaba al aire a modo que ellos pudieran responder los datos que tenía registrados de la autobiografía que se había narrado, eran preguntas, de ¿cuándo nació? ¿Cuántos hijos tuvieron? ¿Cómo se llamaba su esposa? ¿A los cuantos años empezó a trabajar? esto lo repetí con todas las autobiografías, por lo que cada que iniciaba a narrar alguien su historia pedía que pusieran mucha atención, al terminar recogí sus hojas y pregunté: “¿tienen algún</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>recuerdo que a pesar del tiempo lo tienen muy muy grabado y pueden narrarlo tal como pasó? Cuéntanos de qué trató” Di el ejemplo del nacimiento de algunos de sus hijos.</p> |
| Observaciones | <p>Noté que los participantes comenzaban leyendo su autobiografía, pero llegaba un momento en el que dejaban de leer y comenzaban a narrar su vida, cuando terminaban preguntaba al resto si alguno quería hacerle una pregunta al compañero que acababa de narrar su vida, y después de las preguntas, yo preguntaba algunos datos importantes que el compañero había mencionado, la mayoría de las preguntas lograron responderlas correctamente.</p> <p>En la segunda parte los participantes narraban sus historias y aunque no había manera de comprobar que estuvieran diciendo la verdad, a los compañeros les pareció interesante escuchar entre ellos, lo noté por sus expresiones atentas a los relatos.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Cuando se narra la vida no es necesario leerla, los participantes dejaban de leer porque conocen cada uno de los sucesos que ocurrieron a lo largo de su vida, a diferencia de la sesión anterior, verbalizar las pérdidas de los participantes en la sesión pasada provocó que se pusieron tristes en esta en esta sesión no aprecie esa tristeza, esto puede ser debido a la diferencia entre escribirlo y decirlo, en la escritura era como contárselo a ellos mismos, y cuando lo narraron ya tenían la atención del grupo.</p> <p>Con respecto a las narraciones los participantes narraron su boda, el sismo del 85, el nacimiento de su primer hijo, entre otros, como lo mencioné anteriormente, las personas recuerdan lo que mayor valor tuvo en sus vidas.</p> |

| | |
|------------|--|
| Conclusión | Los participantes lograron cumplir el propósito de retener la atención de los participantes durante la sesión en las que expresen principalmente experiencias que almacena la memoria autobiográfica y fotográfica, todos se mostraron muy atentos ante los relatos del resto del grupo. |
|------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “15” |
| Nombre de la actividad | Camino a casa / Currículum |
| Tipos de memoria | Memoria espacial y Memoria sensorial |
| Propósito | Estimular la memoria espacial y sensorial para que el participante pueda recuperar la información solicitada. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante ejecute lo solicitado logrando entender y hacer entender al otro la información que está proporcionando. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 7 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con las preguntas orientativas • Hojas • Plumas |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | El día de hoy, escribí en 8 papelitos las preguntas que corresponden a la orientación (¿qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿Qué año estamos cursando? ¿En dónde estamos? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es este? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué se especializa este piso?), las coloque en un bote y para realizar este proceso, le pedí a cada participante que sacara un palito y respondiera la pregunta escrita en el papelito, de esta manera cubrimos la parte orientativa, en el momento que |

| | |
|---------------|--|
| | <p>sacaron el papelito que decía ¿Cómo me llamo? Pregunté si se conocían entre ellos, pregunté a un participante en especial, si conocía el nombre de su compañero y de esta manera recordamos el nombre de todos los presentes y pasamos a la dinámica:</p> <p>“ahora si diremos en donde vivimos, nos van a contar como llegar a su casa el resto debe adivinar que colonia es o que delegación, Por ejemplo, saliendo del hospital camino a calzada de Tlalpan y tomo un camión que dice Huipulco estadio Azteca y me bajo en el paradero ahí me subo a un camión que dice Ajusco y me bajo en la iglesia del pueblo de ahí camino 4 cuabras y llego a mi casa”</p> <p>“Les voy a repartir una hoja blanca, imaginemos que queremos trabajar en una empresa muy importante, que tiene dos vacantes y el único requisito es que los interesados manden su currículum bien elaborado, quiero que en la hoja que acabo de repartir hagan su currículum con el fin de que sean contratados en esta empresa, después de esperar a todos los participantes uno por uno lee su currículum y el resto decide a quien es justo darle el puesto”.</p> |
| Observaciones | <p>La primera actividad fue compleja, debido a que la mayoría de los participantes no conocían su ubicación exacta, ya que no habían llegado bajo su voluntad, opté por ubicarlos en algún punto en el que, sí conocieran y partir de ahí para su narración, casi nadie pudo adivinar donde era el lugar en el que vivía el compañero, sin embargo, considero que la</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>actividad cumplió su objetivo ya que de manera individual recrearon el trayecto a su casa.</p> <p>En la segunda actividad, me llamó la atención que casi ninguno conocía lo que era un currículum y una vez que lo expliqué no les parecía interesante tener que hacer ese proceso para obtener un trabajo, a pesar de ello los participantes se mostraron participativos, exponiendo sus mejores cualidades y aprendizajes a lo largo de su vida, la mayoría estaba interesado en obtener un trabajo de campo justificándolo con su ardua experiencia.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los participantes lograron hacer recorridos exitosos, logré entender los trayectos que utilizaban, y me percaté que el resto de los participantes reconocían las zonas, pero no las actuales rutas para llegar.</p> <p>Como se mencionó anteriormente conocer la población es indispensable para comprender un poco más sus respuestas, el hecho de no tener interés en realizar un CV, es porque jamás debieron hacerlo, trabajaban y vivían bien con lo que hacían en campo, y jamás tuvieron conflicto, me gustó que agregaron esa clase de experiencia a su CV</p> |
| Conclusión | <p>Aunque se tuvieron que modificar las indicaciones de la actividad para que fuera mucho más sencilla para los participantes se cumplió el objetivo de estimular la memoria espacial y sensorial ya que el participante pudo recuperar diversa información, mientras el resto lograba ubicarse mentalmente en donde se indicaba.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “16” |
| Nombre de la actividad | Recordar nombres / una historia |
| Tipos de memoria | Memoria a corto plazo y memoria a largo plazo |
| Propósito | Lograr que el participante retenga los diferentes tipos de información que se le están proporcionando y con ello poner a trabajar la memoria a corto y largo plazo. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante cumpla correctamente con las indicaciones de la actividad, para que este mismo repita la información de manera correcta. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 7 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • 10 láminas de diferentes personas con nombres. |
| Nivel de acceso | Verbal externo |
| Procedimiento | <p>Después de lograr reunir a los participantes en el área del comedor les pedí que me dijeran ¿qué día es hoy? ¿En qué mes estamos y de qué año? ¿En dónde estamos? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es este y cómo se llama? ¿En qué se especializa este piso? Estas preguntas son para lograr orientar al participante en las 3 esferas principales (tiempo, espacio y circunstancia), para orientar al participante en persona, realizamos una breve presentación, el participante fue libre de expresar todo lo que considere necesario durante su presentación, cuando terminaron les pregunté ¿saben cómo me llamo? a lo que su respuesta es no y me presento y explico que trabajaremos algunas actividades y doy una instrucción breve y clara;</p> <p>“Les voy a mostrar diferentes imágenes de personas y animales, descríbanme a la persona y díganme su nombre (cada lamina tiene el nombre de la persona)” al terminar de</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>pasar las imágenes les pedí que cada uno mencionara cuál es su canción favorita y al terminar les volví a mostrar las imágenes, esta vez sin que pudieran apreciar los nombres, al azar elegí quien me decía cómo se llamaba la persona que les estaba mostrando, cuando no recordaban un nombre les daba pistas, repetí al menos dos veces cada imagen, en algunos momentos en lugar de mostrar a la persona, mostraba el nombre y pedía me describieran a quien correspondía cierto nombre y así en repetidas ocasiones, para cambiar de actividad les pedí que recordaran mi nombre y el de sus compañeros. La siguiente indicación fue;</p> <p>“vamos a remontarnos a tiempos pasados, pasados me refiero a cuando tenían 8 años, cuéntenme la manera en la que se entretenían en esta etapa, todos los juegos que jugaban? ¿Cuál es el primer recuerdo que llega a su memoria en este momento que sea recuerdo propio, no que se los hallan contado? ¿Qué hicieron cuando eran jóvenes, que no se les olvida? ¿Cuáles son los nombres de sus novias? ¿Cómo conocieron a su esposa? y con estas respuestas concluimos la sesión.</p> |
| Observaciones | <p>Me gusta estimular a los participantes diciéndoles “muy bien” “perfecto” seguido del nombre de quien dio la respuesta correcta, les preguntaba los nombres de la imagen que había mostrado y los recordaban con facilidad, fui aumentando las imágenes que les mostraba y se dificultaba que pudieran recordar todos, me percaté que hay un participante con menor deterioro al resto y al final solo olvidó uno de los 15 nombres, al resto después de mostrar a tres personas diferentes ya no pudieron decir los</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>nombres, después asigné una imagen a cada uno y pedí que recordaran únicamente ese nombre y esa parte lo hicieron correctamente.</p> <p>En la segunda parte los participantes hacían narraciones muy extensas acerca de cada acontecimiento que se les preguntaba, me agradó notar interés en el resto del grupo al escuchar a cada uno de ellos.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los participantes suelen no empeñarse en memorizar cosas cuando las consideran de menor interés o importancia, como lo mencionamos en el capítulo uno, las personas adultas mayores comienzan a pensar que ya no hay nada nuevo que quieran aprender porque ya no les será de utilidad. En tanto a la segunda parte las personas suelen recordar con mayor claridad todo aquello que consideran de gran importancia y fue significativo para ellos.</p> |
| Conclusión | <p>Se cumplió el propósito de lograr que el participante retenga los diferentes tipos de información que se le están proporcionando y con ello poner a trabajar la memoria a corto y largo plazo, debido a las narraciones entusiasmadas del grupo durante la sesión.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| Sesión | “17” |
| Nombre de la actividad | Clasifica / representa |
| Tipos de memoria | Semántica |
| Propósito | Hacer uso de la memoria semántica mediante diversas representaciones de objetos, animales, frutas, etc. |
| Hipótesis psicoeducativa | Que el participante refuerce los procesos de clasificación y realice con ayuda de imágenes clasificaciones propias. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 6 |

| | |
|-----------------|--|
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con diferentes conceptos • Bote • Pegamento • Hojas • Imágenes de diferentes cosas |
| Nivel de acceso | Gráfico |
| Procedimiento | <p>Inicié la sesión preguntando a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de hablar y así hasta recordar los nombres de todos, al no recordar el nombre de uno de sus compañeros, le pedí a este que se presentara, posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después me enfoqué en orientar a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, esto lo realicé con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿Qué año es? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso?, al terminar la orientación, expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad:</p> <p>“Para esta actividad, tengo en este bote muchísimas imágenes distintas, lo que haremos es sacar una de manera discreta observarla y con puras pistas lograr que el resto de los compañeros adivine que es lo que tenemos en nuestro papelito, por ejemplo, (saco un papel y doy pistas) es grande, gris, tiene colmillos, tiene trompa” (en cuanto un</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>participante lo adivina comienzo a repartir papelitos entre ellos para realizar la actividad).</p> <p>Al terminar la primera parte les reparto una hoja con un pegamento “en esta hoja deben clasificar con base en las imágenes que tienen ¿Cómo lo harían? Escucho las propuestas y dejo que lo realicen de manera libre”</p> |
| Observaciones | <p>Los participantes logran buscar palabras que representen ampliamente el objeto que les salió en su papelito para hacer que el resto lo entienda más rápidamente, me impresionaron varias de las pistas que daban ya que varias veces adivinaban muy rápido y en algunas otras se les complicaba al grado de tener que decir la respuesta, si eso llegaba a pasar el grupo hacia aportaciones de que concepto habría sido mejor ocupar para adivinarlo más fácilmente y en la parte de la clasificación, noté que todos lo hicieron de formas completamente diferentes, pero correcta.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>Los participantes encontraron palabras que caracterizaban lo que les tocó de manera más rápida y peculiar debido a la experiencia y conocimiento que tienen sobre las cosas, con respecto a la clasificación, me gustó ver las diferentes formas que encontraron para lograr el objetivo, hubo un caso en particular que solo pego las imágenes sin ninguna clasificación, considero que es debido a que el participante no quería trabajar esta parte, le gustó verbalizar pero en esta actividad no quiso participar correctamente a pesar de que menciono que lo había entendido.</p> |
| Conclusión | <p>Los participantes cumplieron el propósito de hacer uso de la memoria semántica mediante diversas representaciones</p> |

| | |
|--|--|
| | de objetos, animales, frutas, etc. ya que realizaron distintos tipos de clasificaciones. |
|--|--|

| | |
|--------------------------|--|
| Sesión | “18” |
| Nombre de la actividad | Figuras geométricas / escucha la canción |
| Tipos de memoria | Memoria episódica y memoria semántica |
| Propósito | Con el uso de su memoria episódica y semántica el participante realizará en una hoja una representación de un objeto. |
| Hipótesis psicoeducativa | El participante logrará reconocer las figuras geométricas y con ellas realizar otra figura. |
| Tiempo estimado | “60 minutos” |
| Participantes | 5 |
| Material | <ul style="list-style-type: none"> • Diversas figuras geométricas <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuadrados ○ Rectángulos ○ Triángulos ○ Rombos ○ Estrellas ○ Trapecios ○ Octágonos ○ • Pegamento • Lápices • Hojas • Bocina • Reproductor |
| Nivel de acceso | Grafico |
| Procedimiento | El día de hoy inicié la sesión orientando a los participantes en persona, tiempo, espacio y circunstancia, este proceso |

| | |
|---------------|--|
| | <p>lo realizo siempre al inicio de cada sesión y lo hago con ayuda de las siguientes preguntas... ¿Qué día, mes y año es el que estamos cursando? ¿En qué lugar estamos y cómo se llama este edificio? ¿Qué atiende este hospital? ¿Qué piso es? ¿Cómo se llama este piso? ¿En qué es especialista este piso?, al terminar la orientación pregunté a los participantes si recordaban mi nombre o el de sus compañeros, por lo que pedí a uno de ellos que mencionara el nombre de un compañero (señalé al participante del que quería que me dijera su nombre) y a otro participante que mencionara el nombre de quien acababa de decir su nombre y así hasta recordar los nombres de todos, -al no saber el nombre de uno de ellos- le pedí a este que se presentara, posterior a ello, de manera aleatoria elegí a uno de ellos para que dijera el nombre de todos los presentes en la sesión, después expliqué de manera sencilla y directa las instrucciones de la actividad: “Les voy a enseñar unas figuras y quiero que me digan si las reconocen, (enseñé las diferentes figuras que llevaba) ahora tomen una hoja blanca mientras yo les voy a repartir pegamento, con estas figuras quiero que hagan algo, lo que ustedes quieran, lo que se les ocurra”.</p> <p>“En esta segunda parte quiero que me digan el nombre de algunas canciones, yo las busqué en ese momento y las reproduje, la intención era que escucharan las canciones y escuchar si los participantes tenían algo que narrar acerca de la música.”</p> |
| Observaciones | <p>En la primera parte de la actividad me quedé impresionada, porque pensé que desconocerían algunas de las figuras que llevaba, sin embargo reconocieron todas, dejé la</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>actividad libre, y aun así me preguntaban qué quería que hicieran, a lo que siempre respondí “lo que usted quiera”, noté que algunos tardaron mucho en empezar, en algún momento pensé que era porque no les había dado pincel para poder poner el Resistol, después de un rato comenzaron a usar sus dedos, al final me gustaron los resultados.</p> <p>En la segunda parte al poner las canciones yo pensé que iban a contar historias acerca de las canciones, de lo que les recordaba o explicar de qué se trataban, pero se pusieron a cantar, me gustó mucho escucharlos, una canción llevo a otra, hasta que terminó la sesión, yo me retiré y ellos me pidieron que los dejara ahí sentados, (avise a enfermería) escuché como seguían cantando diferentes canciones.</p> |
| Análisis de la actividad | <p>El ser humano tiene la capacidad de adaptarse y esto lo pone en práctica a lo largo de su vida, y una característica de ello es recurrir a otros recursos para cumplir un propósito, en este caso, ellos utilizan sus manos para realizar la actividad solicitada aun sin tener la intención de ensuciarse. Fue grato para mi terminar las sesiones escuchándolos cantar, este acto lo realizan porque son una población que comparte ideas, creencias, gustos, ya que cubren un mismo rango de edad, claro a excepción de quienes no tengan en común ciertas cosas, noté su tranquilidad y comodidad durante la sesión.</p> |
| Conclusión | <p>Se cumplió el propósito de la sesión que consistía en realizar una representación de un objeto en una hoja, con el uso exitoso de su memoria episódica y semántica.</p> |

Lucci (2006) explica que Vygotsky...

...formula su teoría al estar convencido de que los cognitivistas y los naturalistas no explicaban científicamente los procesos mentales superiores. Desde su punto de vista, los naturalistas, aquellos que se adhieren a los métodos de las ciencias naturales, se limitaban al estudio de procesos psicológicos relativamente simples, tales como las sensaciones o comportamientos observables, pero al acercarse a las funciones complejas las fraccionaban en sus elementos simples o adoptaban un dualismo que abría un espacio para la especulación arbitraria (p.6).

Para finalizar este proyecto ya habiendo explicado puntualmente en qué consistió cada una de las sesiones de estimulación cognitiva se hará un apartado de discusión donde se sintetizarán los resultados de las sesiones y un apartado de conclusiones para comentar el logro de los propósitos de esta tesis.

Capítulo 6. Discusión y conclusión.

6.1 Discusión

En la presente tesis se hizo el diseño de un programa de estimulación cognitiva que tuvo como propósitos específicos; observar las pautas de interacción y de intervención cognitiva en los participantes, diseñar un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA, implementar un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA, valorar los logros de los participantes de un programa de estimulación cognitiva basado en las necesidades observadas dentro del HPFBA.

Se realizó el proceso de observación en las primeras semanas dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvares en las que comencé a contextualizar y comprender todas las acciones que iba a realizar en esta área (Psicogeriatría), dentro de ellas las sesiones de estimulación cognitiva en las que fui observadora durante un par de semanas, este par de semanas fueron suficientes para detectar las necesidades ya mencionadas en los capítulos anteriores y sobre las que se formó la base de la presente tesis, comencé a diseñar el programa después de haber realizado una investigación previa acerca de lo que es la estimulación cognitiva y los elementos necesarios para llevar a cabo una sesión de ellas.

El diseño del programa fue complejo por la particular necesidad de no tener continuidad y tener con un orden que no afectará a los participantes, durante este diseño hubo la implementación de algunas actividades posibles a integrar en el programa a las cuales se les llamó pilotajes y aunque fueron de utilidad, no están registradas con carta descriptiva dentro de esta tesis ya que no tuvieron gran impacto en los participantes, pero me ayudaron a captar que era de mayor interés para ellos, sólo se integraron las cartas descriptivas necesarias para la duración de un internamiento siendo estas las más funcionales y con mayor beneficio para los participantes.

Después de realizar cada una de las cartas descriptivas y llevar a cabo cada una de las sesiones en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvares se realizó un análisis que permitió emitir una discusión acerca de lo sucedido durante las sesiones de estimulación cognitiva y primordialmente como resolución a los propósitos de la tesis que se cumplieron satisfactoriamente durante este proceso.

Fijé ciertos criterios para la realización de este programa, en lo particular me gustaría rescatar el más importante que fue basarme en los recuerdos y vivencias significativas, partiendo de ello logré obtener interés por parte de los participantes durante las sesiones, tal como lo menciona Junqué, & Jurado (1994) los recuerdos mejor conservados suelen ser los más importantes para el sujeto y los dotados de mayor carga emocional, cabe mencionar que los eventos remotos normalmente están cargados de una mayor valencia emocional a diferencia de los cotidianos (Craik y cols. 1995), de esta manera pude apreciar que de un pequeño recuerdo partía una suma de muchos más, esto sin duda convirtió las sesiones más completas y enriquecedoras.

Durante la implementación del programa hubieron algunos acontecimientos que no fueron considerados a la hora del diseño y aunque ya conocía muchas de las peculiaridades de la población, al trabajar directamente con ellos estas características se aprecian más complejas de las que se leen, como la tolerancia, los deterioros visuales, auditivos o de atención, fueron algunas de las barreras a las que me enfrente y con las que tuve que implementar estrategias rápidas para darles solución al momento de la sesión para que ningún participante se quedara sin actividad o sintiera que era excluido, esta clase de conflictos se presentaron en mayor medida a raíz de los deterioros visuales o auditivos así como el nivel escolar de los participantes, incluso una de las sesiones se tuvo que modificar al momento para lograr cumplir el objetivo de la misma, ya que este deterioro le imposibilitó realizar la actividad satisfactoriamente a un par de participantes.

Ya teniendo el programa que se implementó de manera formal se hizo el registro de los análisis de cada sesión, así como algunos comentarios de los sucesos y se incorporaron dentro de las cartas descriptivas.

En cuestión de estimulación cognitiva, intenté que todos los tipos de memorias (memoria sensorial, memoria icónica, memoria ecoica, memoria háptica, memoria el gusto y el olfato, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, memoria emocional, memoria de trabajo, memoria procedimental, memoria episódica, memoria semántica, memoria visual, memoria verbal, memoria autobiográfica y memoria fotográfica) contribuyeran en esta tesis para volverla mucho más enriquecedora y aunque en cada una de las cartas descriptivas se mencionan dos específicas, porque son las fundamentales para dichas actividades es inevitable trabajar al mismo tiempo con varias de ellas, por cuestiones que fue requiriendo el programa en algunas sesiones se diseñaron actividades enfocadas particularmente a una sola memoria pero como ya lo mencione de manera inevitable se trabaja con más de ellas.

Es así como al terminar con el programa logré notar los resultados de las sesiones y el impacto en los participantes, como el interés y motivación por las sesiones a diferencia de las primeras, en las que se apreciaban más antipáticos, noté los resultados en las sesiones que el contenido eran más significativo y la paciencia en las que eran más elaboradas, así como empatía con el resto del grupo ante distintos tipos de narraciones.

Fue una experiencia increíble que me sensibilizó como persona y me enriqueció como profesional.

Cuando se diseña un programa y en el momento en el que se planea sesión tras sesión con objetivos fijos, las expectativas de lo que se realizara se tornan muy altas, al menos en mi caso así fue, quería lograr un cambio no solo en la institución, pensando en que mi programa se implementara con regularidad en las instalaciones

del hospital específicamente en esa área (psicogeriatría) que requiere de mayor atención y calidez refiriéndome con este término a la manera o al trato que se le debe ofrecer en general a esta población, también quería llegar a generar un cambio en las personas que tomaran este programa y en ellos formar el interés por practicar la estimulación cognitiva fuera de la institución, crear esa consciencia en el adulto para fortalecerlo e implementarlo desde casa por su propia voluntad, para su bienestar, autoestima y mejora de su percepción propia, esta idea basada en que la OMS (2016) en un estudio recientemente observó que las personas de edad avanzada que tenían una percepción negativa de su propio envejecimiento encontraban más dificultades para enfrentar esta etapa y vivían, en promedio, 5-7 años menos que las personas que tenían una actitud positiva sobre esa cuestión, la diferencia es que estas últimas se adaptan a las circunstancias, encuentran nuevas metas, aceptan la transformación interna y viven más felices (INAPAM, 2018).

Considero que fue un reto diseñar un programa que tuviera un orden, pero que éste no afectara la integración repentina de los participantes, para que estos entendieran las actividades y de este modo todos tener un buen desempeño y comprensión, lo antes mencionado es lo que en particular hace especial este programa y sin duda una limitación es no poder dar seguimiento más personalizado a la población durante y después de su egreso, ya que las sesiones se suspenden en cuanto el participante es dado de alta, sin embargo quedo satisfecha con los logros obtenidos, considerando que son interpretativos, como los mencioné anteriormente en los que los participantes se interesaban durante las actividades, fueron más empáticos, aportaban al grupo, incluso en alguna de las sesiones cuando se quedaron cantando al finalizar las actividades dado que en otro momento su antipatía habría impedido que lo hicieran, la mejor relación que se notaba entre ellos.

6.2 Conclusión

Después de analizar la recopilación de las distintas definiciones de vejez y envejecimiento, durante más de un año me interesé en la población adulta mayor, junto con esto he intentado convivir lo más posible con ellos, para lograr entender un poco el cómo aprecian las cosas, y más que ello, la vida, y la verdad es que llegar a esta etapa, para ellos debería ser un orgullo, por lo ya transcurrido, sin embargo, logré apreciar en muchos de ellos una antipatía ante las nuevas actividades.

Este proyecto nos adentró principalmente a conocer lo que es la vejez como etapa de vida y el envejecimiento como un proceso natural del ser humano, así como los deterioros a los que se enfrenta la persona durante esta etapa y lo que esto conlleva.

Se exploró a detalle lo que un psicólogo educativo realiza dentro de un hospital psiquiátrico y porqué su presencia es igual de importante que la de cualquier profesional dentro de esta área, así como justificar la razón de esta tesis dentro de este contexto clínico.

Se abordó lo que es la terapia de rehabilitación cognitiva y todo aquello que conlleva, cuáles son sus objetivos y la finalidad de la misma, cuál es el propósito de realizarla en adultos mayores, cómo se maneja desde distintos puntos de vista y cuál es la manera más funcional para llevarla a cabo, esto para enriquecer las sesiones realizadas, se generaron distintas aportaciones que pudieron hacer que este recurso sea una herramienta productiva y funcional para lo que va dirigido el objetivo, cumpliendo correctamente con el mismo.

Para dar razón de lo realizado en cada sesión de rehabilitación cognitiva se generó un reporte del procedimiento de manera detallada y específica por sesión, fueron 18 cartas descriptivas que indicaron de manera puntual lo acontecido durante las sesiones.

Finalizando la tesis con una breve discusión y una conclusión general de la experiencia rescatada en los 6 meses de estancia como pasante de psicología educativa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Ciertamente 6 meses no solo suena como poco tiempo, realmente es poco para poder aprender todo lo que se realiza en este hospital, sin embargo, los aprendizajes que brinda esta institución por formar parte de ella son innumerables, es importante mencionar que se adquieren aprendizajes de todo tipo y la formación se enriquece enfocada a diferentes disciplinas, ya que no se va dirigido a una sola meta, sino que se reproducen diversas actividades que enseñan multidisciplinariamente de diversas formaciones, esto debido a que el apoyo de un pasante se reproduce en función a las necesidades del hospital, aparte de que es una institución que permite trabajar abiertamente con los pacientes y en conjunto con los trabajadores, este hospital realiza durante el año diferentes congresos a los que como estudiante se tiene fácil acceso y de ello se obtienen ciertos aprendizajes, también dan clases a los pasantes para que enriquezcan su formación como profesionales conociendo más a fondo lo que realiza el diverso personal del hospital y cómo es el proceso de todas las actividades o al menos las más sobresalientes de las diferentes áreas del mismo.

Como psicóloga educativa, el principal interés que me surgía y por el que elegí este hospital como primera opción para realizar mi servicio social fue, la inclusión, todo surge siempre a partir de una o muchas preguntas y entonces entré al área de psicogeriatría que es la encargada de atender a las personas mayores de edad, o sea de 60 años en adelante, en general, una persona es considerada "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular (OMS, 2012), en esta área se realizan sesiones de estimulación cognitiva que se trabajan con los pacientes hospitalizados de manera regular y fue cuando se presentaron más inquietudes en mí al detectar ciertas necesidades dentro de las actividades que desarrollan en dicha institución y es así como surgió la idea de esta tesis.

Después de realizar una minuciosa investigación y comprender que muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales, así mismo muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios o incluso ayuda para la vida cotidiana (OMS).

Es por ello que la psicología educativa juega un papel importante durante el envejecimiento ya que los siguientes entornos tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables, que en general a lo largo de la vida, lleva una educación que mantiene en el individuo una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, esto contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales (OMS, 2018). En la vejez mantener esos hábitos es también importante, el mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, así como retrasar la dependencia y revertir la fragilidad (OMS, 2018). Sin duda la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando sin embargo es importante mencionar aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; después el acceso a los recursos y las oportunidades; y por último la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva (González, 2010a, p. 367).

Esta tesis cumple con su propósito principal ya que genera una conciencia en los participantes que fomenta el refuerzo de las sesiones de estimulación cognitiva brindando calidad y mejor atención durante la estancia de los participantes en el hospital.

Sobre todo, ante lo ya mencionado esos años de vida adicionales con base en la educación previa que fomento buenos hábitos durante los años ya transcurridos,

nos permiten en esta etapa de vida (vejez) emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades, de esta manera concluimos en que el envejecimiento no es sinónimo de deterioro, ya que un buen plan y un programa que concientice a la población con buenos resultados será la base para entender que estas acciones bien realizadas serán la influencia que recaerá en todas las contribuciones futuras del individuo que estarán basadas en la salud del ser humano, mínimo tomado como herramienta de prevención, por ello educamos, para transformar el posible declive removido por los buenos hábitos.

Referencias

- Acosta, C. & González, C. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 9(2), pp. 289-293.
- Aguerrondo, I., Lugo, M., & Rossi, M. (2004). La gestión de la escuela y el diseño de proyectos institucionales. Buenos Aires: Ediciones Universidad de Quilmes.
- Alba, A., Guillén, F., & Ruipérez, I. (Eds.) (2002). *Manual de Geriátría*. 3ª ed. Madrid: Masson.
- Albuérne, F. (2011). Educación y envejecimiento: también luce el crepúsculo y el desierto florece. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 14(1), pp. 193-205.
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), pp. 57-62.
- American Diabetes Association. (S/A). [En línea] Recuperado de:
<https://www.diabetes.org/diabetes/type-2> [Última consulta 9 de marzo del 2020].
- Anguiano, S. (2014). El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual. En Reynoso, L., & Becerra, A. (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. Pp.147-164. México: Qartuppi.
- Antón, M. (2007). Funcionalidad y antienvjecimiento: capacidades instrumentales. En T. Ortiz (Ed.). *Envejecer con salud* (pp. 185-198). Barcelona: Editorial Planeta.
- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., & et al. (2015). Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria. *Consorti Sanitari Integral*. [en línea] Recuperado de https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf [última consulta 20 de noviembre de 2020].
- Appelle, S. (1991). Haptic perception of from. En M. E, Heller y S Schiff (eds.), *The psychology of touch* (pp. 169-188). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Arancibia, P., & Strasser, C. (1999). *Psicología de la Educación*. Chile: Ed. Alfaomega.
- Arango, V. (2012). *El curso de vida*. En Gutiérrez, L., & Kershenobich, D. (2012). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Universidad Nacional Autónoma de México; Academia Nacional de Medicina de México; Academia Mexicana de Cirugía A.C.; Instituto de Geriatria, México.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Arvilla, A., Palacio, L., & Arango, C. (2011). El psicólogo educativo y su quehacer en la institución educativa. *DUAZARY*. 8 (2). p. 260.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV)*. 1995. Madrid: Masson.
- Attix, D. & Welsh- Bohmer. (2006). *Geriatric neuropsychology. Assessment and intervention*. New York: The Guilfords Press.
- Baddeley, A. (1999). *Memoria humana. Teoría y práctica*. España: McGraw Hill.
- Ballesteros, S. (2002). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. Madrid: Ediciones UNED-UNAM.
- Ballesteros, S. (Ed.) (2004). *Gerontología, un saber multidisciplinario*. Madrid: Universitas.
- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento saludable. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Barrera, M. & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico, desempeños en el Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento Psicológico*, 5(12), pp.45-58.
- Beck, A., Rash, A., Shaw, B. & Emery, G (1979/2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desdée de Brouwer.

- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bermúdez-Rattoni, F., & Prado-Alcalá, R.A. (2001). *Memoria. ¿En dónde está y cómo se forma?* México: Editorial Trillas.
- Best, J. (2003). *Psicología cognoscitiva*. (5ª ed.). Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A.
- Bonals, A., & Ruiz, P. (2001). Los trastornos psiquiátricos en la infancia. En: Seva A, editor. *Tratado de Psiquiatría*. Zaragoza: INO Reproducciones.
- Bravo, C., Vaquero, E. & Valdez, A. (2012). Las competencias profesionales percibidas por estudiantes de psicología. *Revista Educación y Desarrollo*. 21. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/21/021_Bravo.pdf
- Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso y tercer edad: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*. 23 (1), 102.109.
- Broklehurst, J. (2006). *Geriatría*. Madrid: Marban.
- Calero, M. & Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez. Técnicas de evaluación e intervención*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Camacho, R., Gámez, C., Flores, A. & Guerrero, G. (2010). *Programa de envejecimiento activo*. Instituto de Geriatría.
- Carbajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, pp.87-96.
- Caselles, A. (2009). Aplicación del esquema de Ashby de control por objetivos jerarquizados: Ideas para el pilotaje de una familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 17, pp.19-27. [En línea] recuperado de: <https://www.uv.es/sesgejd/RIS/17/3.AntonioCaselles.pdf> [última consulta 22 de noviembre de 2020].

- Castillo, E., Carricondo, F., Bartolomé, M., et. al. (2006). Presbiacusia: degeneración neuronal y envejecimiento en el receptor auditivo del ratón C57/BL6J. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 57(9), pp. 383-387.
- Castillo, J., Jiménez, C., Larracochea, J., Villanueva, J., Vivancos, J., (S/A). Ataque isquémico transitorio. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos en patología cerebrovascular. *Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares S.E.N.*
- Causapié, P., López, A., Porras, M., & Enchanagorría, A. (2011). *Envejecimiento Activo Libro Blanco*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. (1997). *Problemas y programas del adulto mayor*. México: CIESS.
- Cesar, I., Aracena, K., Contreras, D., & Caro, J. (2013). Relationship between hearing loss and type 2 Diabetes Mellitus. *Revista de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello*. 73.
- Chande. (2006). "El envejecimiento una nueva dimensión". *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública*, Vol.38, pp.409-418.
- Chiu, H., Mau, L., & Tasi, W. (2004). Chronic medical conditions as predictors of functional disability in an older population in taiwan. *Australasian Journal of Agein*, 23(1), pp. 19-24.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). (1992). Geneva: WHO.
- Coll, C. (1991). *Psicología y curriculum: Una aproximación psicopedagógica a la elaboración de un curriculum*. Paidós. México.
- Coll, C. (1998). *Psicología de la Educación*. Barcelona: Ediuoc; recuperado de <http://es.scribd.com> [en línea] (ultima consulta 20 de enero del 2020) <http://es.scribd.com/doc/48836140/Libro-Psicologia-de-laeducacion-virtual-Cesar-Coll>

Collado, C., & López, E. (Coord.) (2005). *Enfermería: Geriatría y Gerontología*. Albacete: Alabán Ediciones.

Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Dirección General de Plan Ordenación e Innovación Social. (2018). La importancia del pilotaje como fase de experimentación y evaluación. *REVISTA + CALIDAD*. Social Asturias. 19. pp. 1-2 [en línea] recuperado de: https://www.socialasturias.es/datos/1/N_19._Segundo_semestre_Ano_2018_Co27.pdf [ultima consulta 21 de nombre del 2020].

Consejo Nacional de Población. (2017a). *Envejecimiento en México*. CONAPO.

Consejo Nacional de Población. (2017b). Por: Iván Castellanos. vejez y pensiones en México. Cap 1, *El envejecimiento poblacional: diagnóstico para la región de América Latina y el Caribe*. México: CONAPO. Pp.21-34. [En línea] Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/281922/2_CAP_TULO_1_AL_4.pdf [ultima consulta 01 de octubre del 2019].

Consejo Nacional de Población. (2019a). *la importancia de vivir una vejez saludable y con respeto a los derechos humanos*. CONAPO.

Consejo Nacional de Población. (2019b). *Colección Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas 2016-2050*. México: CONAPO. Pp.20-54. [En line] Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487388/15_MEX.pdf [ultima consulta 01 de octubre del 2019].

Coria, B. F (2010). Envejecimiento cerebral fisiológico: aspectos cognitivos. En: R. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (4° ed.) (pp. 3-16). Madrid: Editorial Medica Panamericana.

- Craik, FIM., Anderson, ND., Kerr, SA., & Li, KZH. (1995). *Memory changes in normal ageing*. En A. D. Baddeley, B. A. Wilson y F. N. Watts, editors. *Handbook of Memory Disorders*. New York: John Wiley & Sons, (pp. 211-342).
- Díaz, A. (2012). *La Teoría de la Economía Política del Envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Díaz-Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. McGraw-Hill interamericana, México.
- Díaz, R. (2003). *Educación para el siglo XXI.* En: Amigo M L, Cuenca M. (edit.) *Humanismo y valores*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2002). *Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención*. (pp.10-31). Fotomecánica Asturiana, S.C.L.
- Duque, J. (2003). Relaciones neurobiológicas y envejecimiento. *Revista de Neurología*, 36(6), pp. 549-554.
- Escandón, R. (2000). *¿Qué es la salud mental? (un panorama de la salud mental en México)* México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Esperanza, E. & Blum, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. *Revista Educación superior*. 38 (1), pp. 97-112. Recuperado de: http://resu.anuies.mx/archives/revistas/Revista152_S4A1ES.pdf
- Esquivel, L., Calleja, A., Hernández, I., Medellín, M., & Paz, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 47-56.
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). (2012). Base de datos Mexico, INEGI. [en línea] Disponible en:

http://www.enasem.org/DataDocumentationNew_Esp.aspx [ultima consulta 11 de septiembre del 2019].

Fernández, J., Parapar, C., & Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. LYCHNOS.

Cuadernos de la fundación General CSIC. Edición digital Fundación General Csic. 2. [en línea] recuperado de:

http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion [ultima consulta 22 de noviembre de 2020]

Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Fernández, R. (2011). *Limitaciones y posibilidades de la Edad*. En Causapié, P., López, A.,

Porrás, M., & Enchanagorría, A. (2011). *Envejecimiento Activo Libro Blanco*. (IMSERSO), Madrid.

Flores, J. (2006). *Neuropsicología de lóbulos frontales*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Follari, R. ("007). La interdisciplina en la docencia. *POLIS Revista Latinoamericana*, (16). [en línea] Recuperado de: <https://journals.openedition.org/polis/4586> [ultima consulta 20 de septiembre del 2019]

Foster, J. (2009). *Memory. A very short introduction*. New York: Oxford.

Fridman, G. (2005). Enfoque Filosófico-Histórico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud. *Acta Fam. Bonaerense*, 24(1), pp. 149-154.

Frieder, L. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology*, 56(6), pp. 321-326.

Fuster, J. (2010). El paradigma reticular de la memoria cortical. *Revista de Neurología*, 50 (Supl.3), pp. 3-10.

- Fuster, V. (2006). *Cardiovascular disease and the UN Millennium Development Goals: a serious concern*. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med*. 3. P.401.
- Galindo, T., Cabral, F., Dias, L., et al. (2014). Beneficial effects of multisensory and cognitive simulation on age-related cognitive decline in long-term-care institutions. *Clinical Interventions in Aging*, 9, pp. 309-321.
- García, C., González, M., Garrido, F., & Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica del Psicología Iztacala*, 8(3), pp. 1-16.
- Gil, J., Pastor, J., DePaz, F., Barbosa, M., et al. (2002). Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. *Revista española de Neuropsicología*, 4(4), pp. 262- 286.
- Giró, J. (Coord.) (2006). *Envejecimiento activo: envejecimiento en positivo*. La Rioja: Universidad de la Rioja.
- Gluck, M., Mercado, E., & Mayers, E. (2009) Aprendizaje y Memoria. Del Cerebro al Comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 42. 1. México: McGraw-Hill.
- Goldberg, E. (2008). *El cerebro ejecutivo; lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Crítica.
- Goldstein, S., & Reichel, W. (1981). Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento. En W. Reichel (Ed.), *Aspectos clínicos del envejecimiento*. (pp. 391-394). Buenos Aires: Ateneo.
- González, A., Tron, R., Chávez, M. (2009). *Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad De Estudios Superiores Iztacala.
- González, A., Fonseca, H., & García, G. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14(4), [en línea], Recuperado de:

<http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/art37.pdf> [ultima consulta: 17 de septiembre del 2019]

- González, C. (2010). Demografía del Envejecimiento, Problemas, Temas No Cubiertos y Horizontes de Investigación en México. En Gabriela Ríos C. (Ed.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología*. 295-303 (296-301). México: Instituto de Geriatria.
- González, C. (2010a). Calidad de vida en el adulto mayor. En L. M. Gutiérrez-Robledo & J. H. Gutiérrez-Ávila [Coords.]. *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria*. Pp. 365-378. México: Instituto de Geriatria. Secretaría de Salud.
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del investigador*, 11(1-2), pp. 4-66.
- González, M. (2000). *Cuando la tercera edad nos alcanza: crisis y retos*. México: Trillas.
- Good, L., & Brophy, J. (1999). *Psicología Educativa Contemporánea*. 5, México: Mc Graw-Hill.
- Gorelick, P., Sacco, R., Alberts, M., Mustone, L., Rader, D., et al. (1999). Consensus statement. Prevention of a first Stroke. *A review of Guidelines and Multidisciplinary Consensus Statement From the National Stroke Association*. 281. pp. 1112-1119.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult. A Clinician's Guidebook*. San Diego: Elsevier.
- Guyton, A., & Hall, J. (2000). *Tratado de fisiología médica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Guzmán, M. (2002). *Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores" en Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, Familia y Comunidad*. Santiago de Chile, al 12 de diciembre de 2002
- Ham, R. (2000). Los umbrales del envejecimiento. *Estudios Sociológicos*, 18(3), pp. 661-676.

- Ham, R., & Gutiérrez, L. (2007). Salud y envejecimiento en el siglo XXI. *Salud Pública de México*, 49(sup.4), pp.433-435.
- Ham, R. (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. En Conapo. *La situación demográfica de México*. (pp.141-155). [En línea] Recuperado de: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/swbpress_Content/3309/08_ENVEJECIMIENTO_EN_M_XICO.PDF consultado por última vez el 12 de septiembre del 2019.
- Harada, C., Love, M., & Triebel, K. (2013). *Normal Cognitive Aging Mild cognitive impairment Dementia Aging Cognition*. *Clin Geriatr Med*, 29, pp. 737-752. [En línea] [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(13\)00059-1/abstract](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(13)00059-1/abstract) [Última consulta 20 de septiembre del 2019].
- Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hebben, M., & Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. México: El Manual Moderno.
- Herrera, C., & Duran, M. (1995). Las demandas de trabajo no monetarizado (detranme) de los ancianos: en *Revista política y Sociedad*, num. 19, pp. 117-138. [en línea] Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO9595230117A> [Última consulta 17 de septiembre del 2019].
- Hernández, G. (2006). *Paradigmas en psicología de la educación*, Editorial Paidós, México.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. Doi:10.1007/s10608-012-9476-1.

INAPAM., SEGOB., & SEDESOL. (2017). *PROGRAMA NACIONAL GERONTOLÓGICO 2016-2018*. México: INAPAM. pp. 7-38. [En línea] Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA_NACIONAL_GERONTOLOGICO_5_ENERO_2017.pdf [ultima consulta 1 de octubre del 2019].

Institución Caritas Bienestar del Adulto Mayor. (2002). *Manual de la vejez y proceso de envejecimiento*. México: Plaza y Valdés.

Instituto Nacional de Estadística. (2002). *Causas de Mortalidad en 1999*. www.ine.es.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Los adultos mayores en Sonora*. México: INEGI. Pp. 1-4. [En línea] Recuperado de:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/son/702825050795.pdf [Ultima consulta: 30 de septiembre del 2019]

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. México: INEGI. Pp. 1-41. [En línea] Recuperado de:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf [Ultima consulta: 30 de septiembre del 2019]

Instituto nacional de geriatría. (2017). *Dirección de Investigación*.

Instituto nacional de geriatría. (2018). *Enseñanza en el Instituto Nacional de Geriatría*.

Instituto nacional de geriatría. (2019). *Esencial integrar la rehabilitación cognitiva en el tratamiento de alteraciones de la memoria*. México: 2(8). pp12-15. [En línea] Recuperado de:

https://issuu.com/institutonacionaldegeriatria/docs/boletin_septiembre2019 [Última consulta 1 de octubre del 2019].

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2016). *La vejez no es un defecto*: Inapam.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). *La manera de vivir la vejez, una experiencia personal*: Inapam.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019a). *Envejecimiento y vejez*. México: INAPAM.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019c). *Cambios psicosociales del envejecimiento*.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019b). *La importancia de la gerontología y el papel de las y los gerontólogos*.

International Longevity Centre Brazil. (2015). *Envejecimiento Activo un Marco Político Ante la Revolución de la Longevidad*.

James, R., Sowers, Murray. E., & Edward, D. Frohlich. (2001). Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease An Update. *Hypertension*. 37. pp.1053-1059.

Jara, M. (2007). LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES. *REVISTA CÚPULA*. [En línea] Recuperado de:
<https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf> [última consulta 20 de noviembre de 2020].

Juncos, O., Pereiro, A., & Rodríguez, M. (2005). Narrative speech in aging: Quantity, information content and cohesion. *Brain and Language*, 95(3), pp. 423-434.

Junqué, C. & Jurado, MA. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

- Keefover, R. (1998). Aging and cognition. *Neurologic Clinics of North America*, 16(3), 635-648.
- Klausmeier, J., & Goodwin, W. (1990). *Psicología educativa. Habilidades humanas y aprendizaje*. México: Editorial Harla.
- Kristensen, B., Malm, J., Carlberg, B., Stegmayr, B., Backman, C., Fagerlund, M., et al. (1997). *Epidemiology and etiology of ischemic stroke in young adults aged 18 to 44 years in Northern Sweden*. 28. pp.1702-1709.
- Larzelere, M., Campbell, J., & Adu-Sarkodie, N. (2011). Psychosocial Factors in Aging. *Clin Geriatr Med*, 27(4), [En línea] pp. 645-660. Recuperado de: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(11\)00047-4/pdf](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(11)00047-4/pdf) [Última consulta 20 de septiembre del 2019]
- Lehr, U., & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Lenoir, Y. (2013). Interdisciplinariedad en educación: una síntesis de sus especificidades y actualización. *Interdisciplinar I*, 1, pp.51-86.
- Li, T., Yao, Y., Cheng, Y., Xu, B., & Cao, X, et, al. (2016). Cognitive training can reduce the rate of cognitive aging: a neuroimaging cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(12), pp.2-12. DOI:10.1186/s12877-016-0194-5.
- Lin, F. (2012). Hearing Loss in Older Adults. Who's Listening? *Journal of American Medical Association*, 307(11), 1147-1148.
- López-Bargas, E. (2008). *Estrategias de formación en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel.
- López, J.M. (2011). *Envejecimiento activo: Libro Blanco*. Madrid, España:IMSERSO.
- López, J. & Agüera, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*. 5(1). pp. 3-14.

- Lucci, M. (2006). LA PROPUESTA DE VYGOTSKY: LA PSICOLOGÍA SOCIOHISTÓRICA. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 10, 2. p.6. [en línea] Recuperado de <https://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2.pdf> [ultima consulta 20 de noviembre de 2020].
- Maroto, M.A. (2012). *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Mendoza, V. (2013). Envejecimiento y Vejez. En Mendoza, M., Martínez, M., & Vargas, L. (2013). Envejecimiento activo y saludable. *Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. FES Zaragoza; UNAM, México.
- Mendoza, V., & Martínez, M. (2012). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En Gutiérrez, L., & Kershenobich, D. (2012). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. UNAM; ANMM; AMC A.C.; Instituto de Geriatria, México.
- Mendoza, M., Martínez, M., & Correa, E. (2007). Perceptions on the importance of gerontological education by teachers and students of indergraduate health sciences. *BMC Medical Education*. 7, pp. 1-6. [en línea] Recuperado de: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-7-1> [Ultima consulta 20 de septiembre del 2019]
- Menger, C. (1871). *Principios de economía política* [En línea] Recuperado de: <http://www.hacer.org/pdf/Menger00.pdf> [Última consulta 17 de septiembre del 2019]
- Mialaret, G. (2001). *Psicología de la Educación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20 (extraordinario), p.13.
- Mishara, B. & Riedel, R. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

- Módenes, F., & Sánchez, A. (2009). Patrón de envejecimiento en procesos cognitivos (perceptivo-atencionales) y ejecutivos. *Revista Galego-Portuguesa de PsicoloxíaEducación*. 17(1-2), 195-209.
- Montes de Oca, V. (2010). *Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*. Thinking about old age and aging in Mexico today. *Renglones*, 62, pp. 1-23
- Montorio, I. & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. En Izal, M. y Montorio, I. (eds.). *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Moragas, R. (2004). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. España: Herder.
- Moreno, C., & López, F. (2009). Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento. *Acta Neurológica Colombiana*, 25(4), pp. 244-251.
- Muñoz, J. & Motte, C. (2002). Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. En Muñoz, J. (ed.). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., et al. (2003). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. *Tomo 2 La salud de los adultos*. Cuernavaca Morelos, México: pp.1-140.
- Oliver, L. (2007). *La interdisciplinariedad en los estudios latinoamericanos: evolución, conceptos y experiencias en la UNAM*, pp. 129-139.
- Organización Mundial de la Salud. (S/F). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. México: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El Abrazo Mundial*. Pp. 2-4. [En línea] Disponible en https://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1 [Última consulta 30 de septiembre del 2019]

Organización Mundial de la Salud. (2012). Hoja Informativa. *Género y el Envejecimiento*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Pp. 40-58. [En línea]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=0112A926D393FB3965303D7E0EFB9E1B?sequence=1 [Última Consulta 30 de septiembre del 2019].

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Las actitudes acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2017a). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. México: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2017b). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. México: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. México: OMS

Orgel, L. (1963). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 49, pp. 517-538.

Orozco, L., Martínez, A., & Barajas, F. (2014). Genómica de las enfermedades metabólicas. *Revista digital universitaria*. 15(6). pp. 2-5. [En línea] Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/308352227_GENOMICA_DE_LAS_ENFERMEDADES_METABOLICAS [ultima consulta 02 de marzo del 2020].

Ostrosky, S. (2006). Evaluación neuropsicológica: diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y el patológico. *Archivos de neurociencia*, 11(1), 40-48.

Papalia, D., & Campos, V. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill interamericana.

Park, D., & Schwarz, N. (2002). *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Penny, E., y Melgar, F. (2012). Unidades de cuidados del adulto mayor. En J. Mercado., E. Orrico., F. Bottero., R. Reussi., Y R. J.Bado. (Eds.), *Geriatría y Gerontología para el médico internista* (pp. 279 -286). Argentina: La Hoguera.

Peña, S. (2012). Envejecimiento normal y patológico. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 8(2), pp. 192-194.

Pereiro, A., Juncos, O., Facal, D., & Álvarez, M. (2006). Variabilidad en el acceso al léxico en el envejecimiento normal. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(3), pp. 132-138.

Pérez, C., Malagón, J. & Amador, L. (2006). *Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. España: Dykinson.

Pérez, G. (2004). *Calidad de vida en las personas mayores*. Madrid: Dykinson.

Pinazo, S., & Sánchez, M. (2005). *Gerontología, actualización, innovación y Propuestas*. Madrid: Pearson.

Pinazo, S. (2016). *Políticas públicas del adulto mayor en américa latina*. Universidad internacional de Valencia.

- Pinilla, A., et al. (1998). Hipertensión arterial sistémica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 46(3). Pp. 156-163.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Price, L., Said, K. (2004). Age-Associated Memory Impairment of Logical Memory and Visual Reproduction. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(4), 531-538.
- Puig, A. (2003). *Programa de entrenamiento de la memoria dirigido a personas mayores que deseen mejorar su memoria*. Madrid. Editorial CCS. P.21
- Quiroga, A. (2011). "Competencias profesionales del psicólogo clínico en la complejidad: desarrollo de proyectos multi-aplicación". *Revista Mexicana de Psicología Educativa*, 2(1), pp. 51-62.
- Ramos, J., et al. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. en *Revista Educación y Desarrollo*, num. 11, octubre-diciembre, pp. 47-56. [en línea] Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf [Ultima consulta 17 de septiembre del 2019].
- Real Academia Española (2002). *Diccionario de la lengua española* [Diccionario en Línea] recuperado de <http://dle.rae.es/?id=CG97oEp> [Ultima consulta 13 de marzo del 2020].
- Revista de Educación y Desarrollo. (2004). Educar para la salud: Reto de todos. Entrevista con Martha Villaseñor Farías. *Revista de Educación y Desarrollo*. 1(1), 70-72.
- Rewe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143-149.
- Rewe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rodríguez, L. (2006). *Conceptos generales para auxiliares geriátricos*. Sevilla: Mad, S.L.

- Rodríguez, V., Rojo, F., Fernández, G., Karim, M., Lardiés, R., Prieto, M. & Rojo, J. (2011). Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Revista internacional de sociología*, 69(1), pp. 195-227.
- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 23(2), pp.265-271.
- Ruiz, &Uribe. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de psicología*, vol.34, núm. 1-2. Pp. 17-27, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. & Fernández, P. (2012). Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 5(1), pp.71-80.
- Sagástegui, D. (2004). Una apuesta por la cultura: el aprendizaje situado. *Revista Electrónica Sinéctica*, 24, pp. 30-39.
- Salthouse, T. (1996). The Processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), pp. 403-428.
- Sánchez, P. (2000). Sociología de la vejez versus economía de la vejez en *Papers*, núm. 61, pp. 39-88.
- Sánchez, R. (2009). *Psicología y dependencia*. De la ley a la intervención psicosocial. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 19. [En línea] Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n1/v19n1a10.pdf> [ultima consulta 20 de septiembre del 2019]
- Sánchez, R. (2015). Asociación entre hipoacusia y administración de insulina en pacientes con Diabetes tipo 2. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*. 60(4).

- Santoyo, C. (2012). *Aristas y perspectivas de la investigación sobre el desarrollo e interacción social*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hil.
- Sardinero, A. (SF). Presentación y guía didáctica Colección “estimulación cognitiva para adultos”. *Talleres cognitiva*. [En línea] recuperado de: <https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2017/10/taller-de-ESTIMULACION.pdf> [ultima consulta 20 de noviembre de 2020].
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 38(4), 21-36.
- Secretaría de Gobernación. (2019). 2.1, *Promedio de Hijas e Hijos por Mujer en México en 2019: CONAPO*.
- Secretaria de Salud (SSA). (2001). *Análisis de la problemática de la salud mental en México*. México. [En línea] Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf [ultima consulta 5 de marzo del 2020].
- Serdio, C. (2009). Learning, constructivism and aging: a reading from and. En Nunes, M., & Noronha, A. (2009). *Revista Galego-Portuguesa*, 17, pp. 23-37.
- Serrani, D. (2010). Memoria cotidiana en población de adultos mayores: un estudio longitudinal de 10 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 3(2), pp. 91-105.
- Sholberg, M & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, pp. 9-20. [En línea] recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

92272002000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en [Última consulta 2 de marzo del 2020].

- Sirvent, M., Toubes, A., Santos, H., Llosa, S. & Lomagno, C. (2006). *Revisión del concepto de educación no formal*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras UBA.
- Solis, H. & Lopez, H. (2009). Neuroanatomía funcional de la memoria. *Archivos de Neurociencia*, 14(3), 176-187.
- Sorocco, K., & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings*. New York: Springer Pub.Co.
- Sprenger, M. (1999). *Learning and memory the brain action*. Virginia: ASCD
- Squire, L. (2009). Memory and Brain Systems: 1969-2009. *Journal of Neuroscience*, 29(41), 12711-12716.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, pp. 448-460.
- Sumic, A., Michael, I., Carlson, N., Howieson, D., & Kaye, J. (2007). Physical activity and the risk of dementia in oldest old. *Journal of Aging and Health*, 19(2), pp. 242-259.
- Tate, R., Lah, L. & Cuddy, E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males. The Manitoba Follow-up Study. *The gerontologist*. 43(5), 735-744.
- Tirapu, J., Luna, P., Iglesias, D., & Hernández, P. (2011). Contribución del cerebelo a los procesos cognitivos: avances actuales. *Revista de Neurología*, 53(5), pp. 301-315.
- Triadó, C., & Villar, F. (2008). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tulving, E. (1993). What Is Episodic Memory? *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 67-70.

- UN, CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. México: CELADE. p. 17. [En línea] Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf [Última consulta 8 de octubre del 2019].
- Valentijn, S. (2005). Change in Sensory Functioning Predicts Change in Cognitive Functioning: Results from a 6-Year Follow-Up in the Maastricht Aging Study. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, pp. 374-380.
- Vega, J. & Bueno, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Velázquez, O., Rosas, M., Lar, A., & Pastelin, G. (2002). *Hipertensión Arterial en México: Resultados de la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000*. Grupo ENSA 2000. Archivos de Cardiología de México. 72(1).
- Villa, C. (2005). *La vida en la jubilación*. México: Trillas: Universidad Anáhuac.
- Villagordoa, J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15(1), 27-31. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>
- Warsch, J. & Wright, C. (2010). The Aging Mind: Vascular Health in Normal Cognitive Aging. *The American Geriatrics Society*, 58(2), 319-324.
- Werner, W., Deeg, D., & Litwin, H. (2016). Successful ageing as a persistent priority in ageing research. *European Journal of Ageing*, 13, pp. 1-3.
- Wolfolk, A. (1994). *Psicología educativa*. México: Prentice Hall.
- Wolk, D. & Budson, A. (2010). Memory Systems. *Continuum Lifelong Learning Neurol*, 16 (4), 14-28.

Yaguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. (1ª ed.) España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Yulmetyev, R., Valliancourt, D., Gafarov, F., & Hänggi, P. (2008). Relaxational singularities of human motor system at aging due to short-range and long-range time correlations. *Nonlinear Phenomena in Complex Systems*, 11(1), pp. 40-52.

Zamora, O., Gómez, R., & Delgado, M. (2016). Asociación entre depresión e hipoacusia en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*. 54(2).

Anexos

En este apartado se expondran los materiales utilizados para las sesiones de estimulacion cognitiva que asi lo requirieron.

Sesión 1: Reconocer objetos.



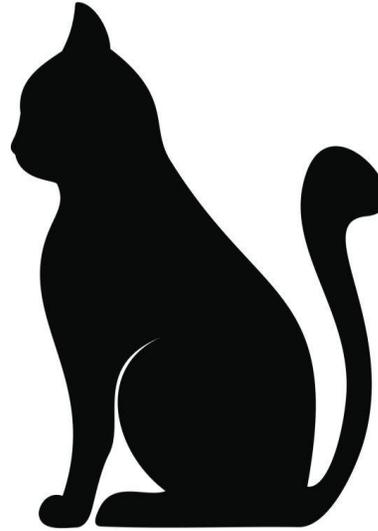
Audio

| | |
|---------------------|---|
| Corazón de niño | https://www.youtube.com/watch?v=-CwpqBB2Ees |
| Balada para Adelina | https://www.youtube.com/watch?v=6wLti06X_Bc&index=2&list=PL742-p5C1oPV1VOxmxlqaet5842dr0fA4 |
| Se busca | https://www.youtube.com/watch?v=RE9m8Rzm_mc&list=PL742-p5C1oPV1VOxmxlqaet5842dr0fA4&index=4 |
| Victory | https://www.youtube.com/watch?v=j3nBuwOPu8A |
| Explosive | https://www.youtube.com/watch?v=HiaOFOMPOBc |
| Boleros de antaño | https://www.youtube.com/watch?v=f-w_8sGwhJA |

Sesión 2: "Siluetas"

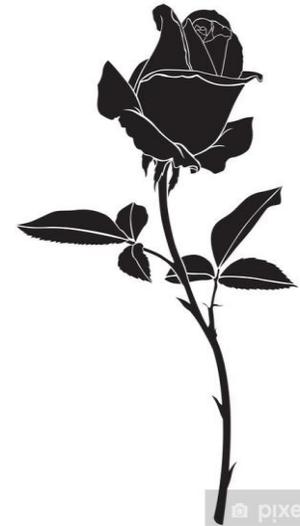


Copyright Homemade-Preschool.com





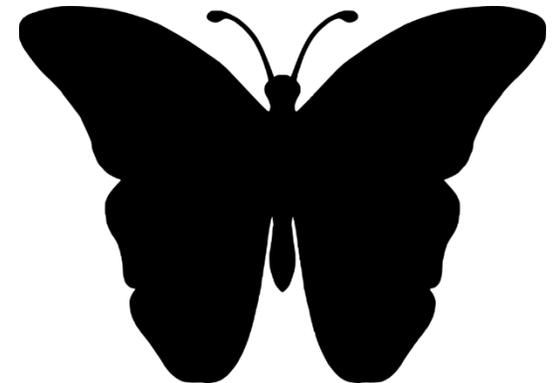
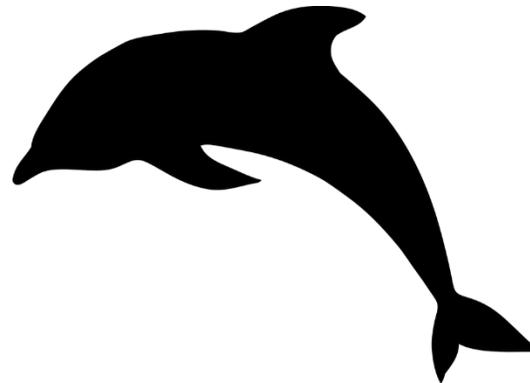
designed by freepik.com



@pixers



hogarunil.com



“Narraciones”.

- Primer día de clases
- Primer viaje con la familia
- Cuando mi mamá me mandaba al mercado
- Cuando jugaba en la calle o en casa
- Al inicio ¿cómo era vivir con mi esposa?

Sesión 3: “Estados de ánimo”.

| | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| EMOCIONADO (HABLAR RÁPIDO Y FUERTE) | CONTENTO (HABLAR FUERTE) | ANSIOSO (HABLAR LENTO) |
| ENOJADO (HABLAR FUERTE) | DEPRIMIDO (HABLAR QUEDITO) | TRISTE (HABLAR QUEDITO) |
| SOMNOLIENTO | ENFERMO | ASUSTADO |
| ABURRIDO | APENADO | ALEGRE |

“Para tocar”

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. engrapadora | 13. moneda |
| 2. perforadora | 14. coladera |
| 3. cepillo de dientes | 15. plato |
| 4. cepillo para peinar | 16. pluma |
| 5. bolsa | 17. lápiz |
| 6. sartén | 18. llavero |
| 7. servilleta | 19. llave |
| 8. cuchara | 20. memoria usb |
| 9. cable | 21. tornillo |
| 10. servilletero | 22. folder |
| 11. perfume | 23. aretes |
| 12. cartera | 24. pulsera |

Sesión 4: “Reconocer olores”.

- Flores
- Carne
- Chocolate
- Ajo
- Jabón
- Suavitel
- Chorizo
- Café
- Perfume
- Fresa
- Guayaba
- Canela

Sesión 5: “Reconocer sabores”.

- Azúcar
- Café
- Chocolate
- Queso
- Jamon
- Mayonesa
- Mostaza
- Limón
- Calabaza
- Plátano
- Ajo
- Canela

Deferentes datos “Retener información”

Palabras

1. Hamburguesa, soldado.
2. Perro, cama, tostada.
3. Azulejo, oveja, mano, silla.
4. Pera, ojo, chocolate, sonrisa.
5. Pescado, suéter, oso, pueblo, salchicha.

Dígitos

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

E-mail

- dulceamor.1906@hotmail.com

Teléfonos

- 56654010
- 13159737

Direcciones

- Segunda Poniente número 56 colonia Isidro Fabela, Delegación Tlalpan, cp. 14030
- Prolongación Galena número 51 San Miguel Xicalco Delegación Xochimilco cp. 14490
- Lirio número 52san miguel Xochitepec delegación Cuajimalpa cp. 15720

Sesión 6: Recordar nombres.



Sesión 6 y 17: “Clasifica”

| | | | |
|-----------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| DEPORTES | COLORES | ARTICULACIONES | TALÓN |
| SOCCER | ROJO | CUADRADO | CABEZA |
| FUTBOL | ROSA | RECTÁNGULO | PIERNAS |
| OVALO | MORADO | TRIANGULO | PIES |
| VOLEIBOL | LILA | TRAPECIO | DEDOS |
| CUELLO | VINO | ROMBO | MANO |
| BILLAR | AZUL | HEXÁGONO | MUÑECA |
| BÉISBOL | AMARILLO | PENTÁGONO | UÑAS |
| GIMNASIA | LUNA | HEPTÁGONO | BRAZO |
| DANZA | DORADO | ESTRELLA | PECHO |
| BALLET | PLATEADO | ANARANJADO | RODILLA |
| TENIS | ORO | FLECHA | CEJA |
| ESQUÍ | FIUSHA | DIAMANTE | MEJILLA |
| APÉNDICE | VERDE | SEMICÍRCULO | MENTÓN |
| HUESOS | CAFÉ | BASQUETBOL | OJO |
| CRÁNEO | GRIS | DECÁGONO | BOCA |
| VENAS | CODO | PANTORRILLA | FRENTE |
| SANGRE | CORAZÓN | GLÚTEO | NARIZ |
| HOMBROS | PULMONES | TOBILLO | LABIOS |
| BOX | COSTILLAS | PARTES DEL CUERPO | CADERA |
| BEIGE | HÍGADO | PINGPONG | MUSLO |
| NATACIÓN | GOLF | ATLETISMO | CICLISMO |

| | | | |
|-----------------|--------------------|----------------|--------------|
| CREMA | ESCRITORIO | ALCOHOL | PLATO |
| LIBRETAS | DESODORANTE | ESPRAY | AGUA |
| LAMPARA | EXTENSIÓN | BARNIZ | SOPA |

| | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| CAMA | CEPILLO DENTAL | RELOJ | SILLA |
| COBIJA | HERRAMIENTA | ARETES | ESTUFA |
| SABANA | PERFUME | TASA | MOCHILA |
| CHALECO | CAJETA | SILLÓN | GANCHOS |
| PANTALÓN | MERMELADA | CHILES | CAMISA |
| VESTIDOS | COMPUTADORA | ENCHUFE | CINTURÓN |
| FALDAS | VERDURAS | PASTA | TOLLAS |
| SUÉTER | SOMBRERO | CEPILLO | PLANCHA |
| HORNO | REFRIGERADOR | LIBROS | CUADROS |
| COLCHÓN | DESMAQUILLANTE | TAZA | BOLSA |
| ROPERO | ALGODÓN | VASO | TAJÍN |
| BUFANDA | CHIMENEA | TECHO | CAJÓN |
| TELÉFONO | MOLCAJETE | TOSTADOR | LICUADORA |
| CUCHARA | TENEDOR | CUCHILLO | AGUA |

| | | | |
|------------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| FRUTAS | PIÑA | VERDURA | LIMÓN |
| MANZANA | UVA | CHAYOTE | ESPINACA |
| PERA | LICHI | BERRO | ZANAHORIA |
| PLÁTANO | ZAPOTE | EJOTE | BRÓCOLI |
| TUNA | ACELGAS | CHICHARO | HUITLACOICHE |
| JÍCAMA | GUAYABA | PAPA | ZARZAMORA |
| SANDIA | MELÓN | CILANTRO | ZETAS |
| FRESA | PERÓN | CEBOLLA | FLOR DE CALABAZA |
| MANGO | ELOTE | JITOMATE | CALABAZA |
| NARANJA | COCO | AGUACATE | RÁBANO |
| MANDARINA | CAÑA | TOMATE | CHAMPIÑONES |

| | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| DURAZNO | NUEZ | APIO | ZARZAMORA |
| FRAMBUESA | ALMENDRA | CHILE | COLIFLOR |
| CHERRY | ARÁNDANO | JENGIBRE | BETABEL |
| HIGO | PASAS | LECHUGA | GERMEN |
| GUAJE | BERRY | EPAZOTE | NOPAL |

| | | | |
|------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| HIPPÓTAM | HALCÓN | PUERCO ESPÍN | MARIPOSAS |
| PEZ | PÁJARO | TORTUGA | POLILLA |
| JIRAFÁ | PICHÓN | BALLENA | CATARINA |
| GORILA | COLIBRÍ | DELFIN | ABEJA |
| LEOPARDO | CEBRA | CANGREJO | COLMENA |
| CHANGO | POLLO | CALAMAR | ESCARABAJO |
| PINGÜINO | GALLO | MANTARRAYA | AZOTADOR |
| LLENA | PAVO | LIBÉLULA | MOSCA |
| VÍBORA | PUMA | PINGÜINO | MOSCO |
| SERPIENTE | FOCA | FLAMENCO | LOMBRIZ |
| AVESTRUZ | CHITA | MEDUSAS | GUSANO |
| PELICANO | TUCÁN | ESTRELLA MAR | COCHINILLA |
| LINCE | TORO | SALTAMONTES | ORUGAS |
| OSO | VACA | TUZA | CULEBRA |
| CANGURO | CERDO | CHARAL | SAPO |
| VENADO | PUERCO | ATÚN | LAGARTIJA |
| ALCE | CONEJO | CAMARÓN | IGUANA |

| | | | |
|---|---|---|---|
|  |  |  |  |
| PERRO | CABALLO | RINOCERONTE | SALMÓN |
|  |  |  |  |
| SAPO | GATO | HIPOPÓTAMO | CASTOR |
|  |  |  |  |
| BORREGO | PATO | BÚFALO | ALACRÁN |
|  |  |  |  |
| CABRA | RATA | COCODRILO | ARAÑA |
|  |  |  |  |
| BECERRO | PERICO | TIBURÓN | TARÁNTULA |



LOBO



LECHUZA



ZARIGÜEYA



CUCARACHA



LEÓN



BÚHO



MAPACHE



PULGA



ELEFANTE



ÁGUILA



ARMADILLO



TOPO

Sesión 11: “Explicar refranes” (Refranes)

El saber no ocupa lugar

El conocimiento no solo no estorba, sino que es necesario para todo lo que la persona se propone en la vida, bien en el ámbito personal o en el profesional. Nunca está de más saber. El tonto aquel que rechaza aprender y conocer sobre las cosas porque se queda sin herramientas para enfrentar la vida. Con este refrán, se pretende estimular la curiosidad intelectual y valorar el poder del conocimiento en la vida diaria.

Coser y cantar, todo es empezar

A veces las personas creen que las cosas son difíciles, pero en realidad lo único que es difícil es dar el primer paso. Una vez que logramos dar ese primer paso, una vez que comenzamos un proyecto, un plan o una tarea, todo lo demás se va desarrollando por el propio impulso de la voluntad y se hace llevadero. La cuestión está en comenzar.

Haciendo y deshaciendo se va aprendiendo

Con este refrán se hace hincapié en el hecho de que el conocimiento no siempre está dado desde el principio, pues además de los libros, las experiencias mismas son grandes maestras de la vida y sus lecciones se reciben viviendo. En la medida en que hacemos, erramos y recomenzamos, vamos aprendiendo cada vez más. Todas las experiencias son necesarias para convertirnos en personas sabias.

Quien no hace lo que dice, acaba diciendo lo que hace

el refrán nos enseña que aquellas personas cuyas actuaciones no corresponden a su discurso, acaban por delatar su verdadera esencia y modo de comportamiento, a pesar de todos los esfuerzos que pueda realizar para ocultarlo.

Vísteme despacio que tengo prisa

Este refrán quiere poner en evidencia que, mientras más apurados o presionados estamos, es más importante tomarse las cosas con calma. Al actuar con prisa o precipitadamente, se olvidan o descuidan los detalles fundamentales que hacen a una experiencia provechosa, y se corre el riesgo de perder más tiempo por tener que detenerse a corregir todos los errores derivados del apuro.

Después de la tempestad viene la calma

Este dicho nos enseña que no hay que desesperar cuando aparece una situación problemática o difícil. La vida enseña que los problemas siempre pasan y, finalmente, sobrevienen tiempos de tranquilidad y paz. Algunas veces, cuando no hay nada que hacer, simplemente es cuestión de esperar a que la tormenta pase.

El que siembra vientos, cosecha tempestades

La sabiduría popular enseña que quien obra mal y actúa en contra de sus semejantes, tarde o temprano deberá enfrentar las consecuencias de los problemas que ha causado, pues se habrá ganado enemigos y habrá causado situaciones terribles. Nadie puede obtener el fruto contrario a aquello que ha sembrado, es decir, a aquello que ha trabajado.

Más vale prevenir que lamentar

En ciertas situaciones de vida, es preferible tomarse el tiempo para organizar toda clase de cuidados que eviten problemas futuros. La prevención es un elemento fundamental, bien para evitar que ocurran cosas desagradables, o bien para saber cómo reaccionar ante un evento inesperado.

Cuando el río suena piedras trae

El dicho popular alude a los rumores que suelen escucharse en la vida. Estos rumores pueden ser reales o falsos, pero, de cualquier modo, encarnan un principio de realidad. El hecho de que ciertas historias estén en la boca de todos da a entender que algo importante ha sucedido. Una de las variaciones de este dicho reza “Cuando el río suena, aguas lleva”.

Crea fama y échate a dormir

En la sociedad, es muy importante contar con una buena reputación. Sea para bien o para mal, la reputación nos antecede. En consecuencia, esto puede abrir o cerrar los caminos de la persona. Por ello, es necesario ser consciente de esta realidad, labrarse un buen nombre y mantenerlo.

A mal tiempo, buena cara

Es de sabios enfrentar todo tipo de situación con buena disposición. Aun en tiempos de dificultades, el refrán popular nos anima a tener una actitud alegre y bien dispuesta para poder salir adelante.

