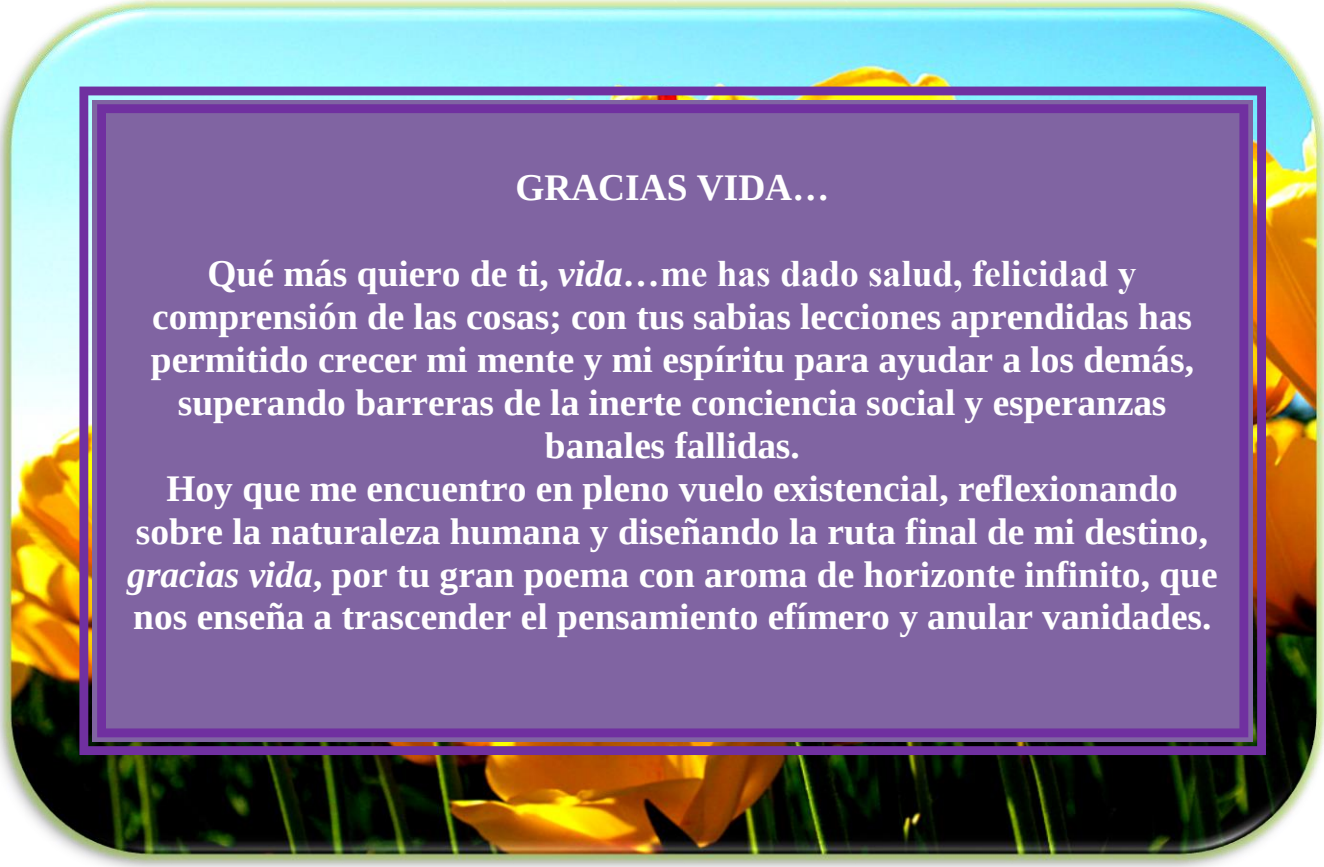
Gabriel Mejía



Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor

Una lectura de amor propio para dar mejor sentido a la vida



Gabriel Mejía



Editorial del Pueblo

San José, Costa Rica, 2021

Una obra de acción social sin fines de lucro al servicio de la comunidad

Índice

Prólogo……7-14

Introducción……..15-21

Capítulo I: ***El envejecimiento humano***……..22

1.1. Aspectos biológicos del envejecimiento……..22-29

1.2. Aspectos psicosociales del envejecimiento…….29-35

1.3. Desarrollo del envejecimiento cognitivo……36-39

1.4. La vejez y la inteligencia…….40-50

1.5. Aspectos positivos de la vejez y las nuevas perspectivas del envejecimiento…….....50-52

1.6. Aspectos socioculturales del envejecimiento……..53-60

1.7. Necesidad de construir una nueva percepción social de la vejez basada en el envejecimiento positivo y activo……..60-65

Capítulo II: ***El cerebro como sistema activo en la edad adulta mayor***……..65

2.1. ¿Qué es la plasticidad cerebral?.....66-76

2.2. ¿Cómo se desarrolla la plasticidad cerebral?.....76-84

2.3. Neurogénesis en la persona adulta mayor…….....84-87

2.4. Educación, entrenamiento físico y socialización como procesos de estimulación cognitiva…….....87-91

2.5. Plasticidad neuronal y estimulación cognitiva……91-99

Capítulo III: ***Alimentación y nutrición saludable en las personas adultas mayores***…….101-103

3.1. Importancia de la alimentación saludable en la persona adulta mayor……103-107

3.2. ¿Qué debe incluir en su dieta el adulto mayor?.....107-120

3.3. Recuerde tomar suficiente agua todos los días……..120-125

3.4. Importancia de los antioxidantes en la dieta de las personas adultas mayores……..126-131

3.5. Estilo de vida y alimentación en la persona adulta mayor…….131-136

Capítulo IV: ***Importancia del ejercicio físico en la funcionalidad de las personas adultas mayores***…….137-138

4.1. Beneficios de la actividad física en las personas adultas mayores……..138-143

4.2. La actividad física en la persona adulta mayor: Recomendaciones, beneficios y precauciones…….....143-152

4.3. Del ejercicio físico a la promoción del envejecimiento activo y saludable…….152-156

Capítulo V***: La espiritualidad como componente de la calidad de vida en la persona adulta mayor***……157-161

5.1. Espiritualidad humana como componentes de la resiliencia en salud y la calidad de vida……161-169

5.2. Autotrascendencia y espiritualidad en las personas adultas mayores…….....169-172

Capítulo VI: ***La sexualidad en las personas adultas mayores***……...173-174

6.1. La sexualidad en el adulto mayor como derecho humano fundamental……174-182

6.2. Mitos y prejuicios sociales en la sexualidad del adulto mayor……..182-186

6.3. Factores que influyen en la conducta sexual de la persona mayor……..186-187

6.4. Consejos para una sexualidad saludable en el adulto mayor……..187-191

Capítulo VII: ***Salud mental en la persona adulta mayor*****.....**192-196

7.1. El concepto de salud mental……196-199

7.2. Trastornos mentales en las personas adultas mayores……199-209

7.3. La pérdida de la memoria y la salud mental…….....209-213

7.4. Meditación y relajación como fieles aliados de la salud mental……..214-217

7.5. La demencia…….217-222

7.6. El aprovechamiento del tiempo libre y recreación en la salud mental de la persona adulta mayor……..223-230

7.7. El bienestar subjetivo en la persona adulta mayor…….....230-240

7.8. Salud mental del adulto mayor en tiempos de crisis sanitaria, política, económica y social…….230-244

Capítulo VIII: ***Calidad de vida y felicidad en la edad adulta mayor***……..245-249

8.1. Dimensiones de la calidad de vida……..249-262

8.2. Calidad de vida desde la perspectiva del bienestar subjetivo……..262-273

8.3. Los factores más probables de una longevidad feliz y saludable…….273-278

8.4. Los mejores consejos para buscar la felicidad en la edad adulta mayor……..278-283

8.4. El humor y la risa como ingredientes de felicidad y calidad de vida……..283-288

Capítulo IX: ***La responsabilidad social por las personas adultas mayores*****…….289-290**

9.1. Los valores y principios de la responsabilidad social con el adulto mayor……..291-301

9.2. Educación para la promoción de la calidad de vida y la felicidad en la persona adulta mayor: un derecho universal……...295-301

9.3. La atención de las necesidades socioeducativas de las personas adultas mayores como responsabilidad social del Estado……...301-307

9.4. Estimulación cognitiva y educación no formal en personas adultas mayores, una alternativa para mejorar su calidad de vida…….311-320

9.5. Reflexiones finales sobre el significado existencial de la calidad de vida y la felicidad…….....320-330.

Referencias bibliográficas……...331-359.

Prólogo

Un libro trascendental

‘Una vida feliz’, esta es una aspiración de todo ser humano. La felicidad es uno de esos pocos fines que pueden considerarse como últimos; esto es: la felicidad es un objetivo al que se aspira per se y no como medio para alcanzar algo más. Muchos de nuestros objetivos de vida –como las promociones laborales, el tener tiempo para nuestros pasatiempos, el adquirir una casa propia, el curarnos de un problema de salud, y el visitar a nuestros seres queridos- son en realidad fines intermedios; aspiramos a ellos porque los acompaña una mayor felicidad, y su atractivo sería ínfimo si estuvieran asociados a nuestra infelicidad.

Es común que las personas acierten en su búsqueda de la felicidad, pero las equivocaciones también suelen suceder, y en algunos casos tienen consecuencias estrepitosas. Estas equivocaciones son aún más graves cuando es imposible revertir el proceso que las ha generado. El libro del Dr. Gabriel Mejía, titulado ‘Felicidad y calidad de vida en la persona adulta mayor. Una lectura de amor propio, para dar mejor sentido a la vida’ aconseja al lector para que los aciertos sean más frecuentes y para que los errores sean menos comunes. En el libro se presentan valiosas recomendaciones para que los adultos mayores puedan aumentar su felicidad, así como para que los jóvenes tomen acciones que les posibiliten una mayor felicidad en su edad adulta.

Es importante subrayar que las recomendaciones hechas por el Dr. Mejía tienen un sólido sustento científico. En este sentido, puede afirmarse que su libro logra cerrar -de forma magistral- la profunda brecha que existe entre la complejidad y sofisticación de los estudios científicos de la felicidad y el mensaje cristalino pero sólido que el lector no académico requiere. En otras palabras, el Dr. Mejía es muy exitoso en trasladar los hallazgos científicos de las últimas décadas –expresados, como es normal en el mundo académico, en un lenguaje complejo y cargado de demostración estadística- a un conjunto de recomendaciones sencillas y claras para el público en general, sin que esto quite rigor ni solidez a las recomendaciones que el autor hace.

Cabe destacar que durante las últimas décadas ha habido un enorme auge en la investigación de la felicidad. Este auge tiene su origen en la importancia que la felicidad representa para los seres humanos, pero también responde a un cambio de perspectiva en el estudio del bienestar: se ha dejado de medir el bienestar con base en indicadores de cantidades (de metros cuadrados, de años de escolaridad, de montos de ingreso, de producción de mercancías, de ahorros en el banco, y muchos otros) para entenderlo en términos de vivencias y experiencias de las personas. Se pasa así de la cantidad a la calidad y adquiere mayor relevancia el concepto de calidad de vida. Se reconoce que la calidad de vida no está necesariamente asociada al nivel de vida (un concepto más cercano al ingreso y la capacidad de compra de las personas), y que se hace necesario tener una

perspectiva más amplia e integral acerca de la vida y el bienestar de los seres humanos. Dentro de este nuevo paradigma el bienestar de las personas no sucede en el espacio de sus posesiones –en el llamado mundo de los objetos- sino en sus experiencias y vivencias –en el llamado mundo del sujeto-.

La investigación para entender la felicidad de las personas busca evaluar el impacto que tienen las decisiones personales y los eventos externos. Esta investigación aplica el método científico; esto es: se plantean hipótesis, se utilizan metodologías rigurosas para corroborarlas, y los hallazgos sirven para replantear las teorías. Con base en los hallazgos de las últimas décadas se tiene hoy un mayor conocimiento de cuáles son los factores relevantes para la felicidad de las personas. Hoy sabemos que el ingreso importa pero que no es determinante para la felicidad de los seres humanos; en otras palabras, el tener un ingreso medio ayuda pero no garantiza ni la felicidad ni la infelicidad. Sabemos también que muchos otros factores son relevantes, y que algunos de ellos son aún más relevantes que el ingreso; por ejemplo: la salud, las buenas relaciones de pareja y de familia en general, el uso gratificante del tiempo libre, y el ocuparse en una actividad que no solo provea un salario sino también una sensación de valía y realización, así como una red de amigos. Por ello, la búsqueda de una mayor felicidad pasa por consideraciones y decisiones personales que van más allá de tener un alto ingreso; se requiere de una visión integral del ser humano. De igual forma, la política pública cometería un grave error si se

centra únicamente en elevar la productividad y la competitividad en el país, olvidando que el bienestar de los seres humanos pasa por todas aquellas arenas donde se desempeñan como tales y no solo por su actividad de consumo.

Es de gran importancia utilizar una perspectiva de grupos etarios para poder hacer recomendaciones más efectivas para la calidad de vida. La incidencia de muchos de los factores y eventos que son relevantes para la felicidad depende de la edad y ciclo de vida de la persona; por ejemplo: los quebrantos de salud y la incidencia de enfermedades; las responsabilidades y gratificaciones que acompañan a la crianza de hijos; asuntos maritales como el matrimonio, la separación, el divorcio y la viudez; las obligaciones del trabajo formal y las preocupaciones asociadas al retiro laboral; el desempleo; la autonomía física y mental; la amplitud y profundidad de las redes sociales que se tienen; la cercanía o lejanía de seres queridos; los desplazamientos geográficos; y muchísimos más. Además, aspectos tan importantes como los valores, las aspiraciones, y las metas con las cuales las personas juzgan el éxito o fracaso en sus vidas también son contingentes a su edad.

Dentro de esta perspectiva de grupos etarios cobra particular importancia la población de personas adultas mayores. Los grandes avances médicos han permitido extender sustancialmente la expectativa de vida en la mayor parte de las regiones del mundo; este fenómeno se une a la reducción de las tasas de natalidad producto del mayor acceso a métodos de control de

la natalidad y del aumento de las tasas educativas. Por ello, el número de adultos mayores está creciendo aceleradamente, y su proporción con respecto a la población total crece aún más rápido. Hay más adultos mayores y se espera que vivan por muchos más años. Esto hace prioritario para las personas, así como para los gobiernos, el considerar la calidad de su vida en esa etapa.

En la Sociedad Internacional para el Estudio de la Calidad de Vida, organización que me honro en presidir, realizamos mucha investigación con el fin de contribuir a tener una sociedad donde la gente pueda vivir feliz –desde la niñez hasta la ancianidad-. Creo que esta investigación es muy valiosa, pero para que el conocimiento tenga impacto se requiere de personas que logren establecer puentes y crear cercanía entre el conocimiento y la vivencia diaria de los seres humanos. Es en esta labor donde la obra que nos presenta el Dr. Gabriel Mejía adquiere un enorme valor. La investigación realizada durante las últimas décadas permite disponer de una amplia gama de estudios sobre los factores que influyen y sobre las acciones que pueden tomarse para elevar la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, el mundo académico presenta los resultados de estas investigaciones en revistas especializadas, utilizando un lenguaje técnico y dando énfasis a temas metodológicos que son de relevancia para los investigadores especializados pero que pueden resultar de difícil acceso para aquellos de cuya felicidad y calidad de vida se habla. Los funcionarios de organizaciones públicas y privadas tampoco están familiarizados con

estas investigaciones, pues luego de su paso transitorio por las universidades se enfrentan a la rutina de atender las demandantes tareas del día a día; el propósito final de contribuir al bienestar a las personas tiende a perderse en la rutina y porque las instituciones van adquiriendo su propia dinámica que da prioridad a la ejecución antes que a la reflexión y el análisis. El libro del Dr. Mejía logra tender puentes para trasladar el conocimiento novedoso generado por los investigadores de la felicidad hacia la toma de decisiones en la vida diaria de las personas adultas mayores y en las oficinas públicas. Su doble vocación de académico y de servidor en el área de salud pública le permite construir estos puentes para beneficio de todos: los investigadores encuentran un portavoz capaz y conocedor del tema y los lectores tienen acceso a un libro que les presenta de manera clara el estado del arte en el estudio de la calidad de vida. Se le agradece al Dr. Mejía el esfuerzo que ha realizado al respecto.

Son muchas las razones por las cuales este libro que hoy nos presenta el Dr. Gabriel Mejía es muy valioso para los lectores:

Primero, el libro presenta de manera accesible -pero muy convincente- el estado del arte de la investigación sobre bienestar, felicidad y calidad de vida. El Dr. Mejía muestra así su amplio conocimiento de la investigación académica, así como sus habilidades para que las personas puedan asociar este conocimiento a su experiencia de vida cotidiana.

Segundo, el libro cubre una amplia gama de temas que son relevantes para la calidad de vida del adulto mayor. Se habla de temas como la

alimentación y nutrición, el ejercicio físico, la neuroplasticidad y el deterioro cognitivo, la socialización, la psicomotricidad, la espiritualidad, la salud mental, la sexualidad, el uso del tiempo libre, la longevidad, y muchos más.

Tercero, el objetivo del libro no es extenderse en datos ni en la enumeración de los hallazgos científicos, sino poner estos hallazgos al servicio de la calidad de vida de las personas. El libro está escrito con un tono de cercanía y de acompañamiento al lector. El Dr. Mejía hace recomendaciones específicas con el fin de que se disponga del conocimiento para tomar decisiones acertadas que se reflejen en la calidad de vida de los adultos mayores.

Cuarto, si bien la preocupación principal en el libro es la calidad de vida del adulto mayor, el autor reconoce que hay una trayectoria de vida y que el tener una alta calidad de vida en la vejez requiere de acciones apropiadas a lo largo de toda la vida. Por ello, en el libro se hacen recomendaciones para jóvenes y para adultos, con el fin de que no solo disfruten de calidad de vida en su presente sino de que, poco a poco, vayan construyendo una alta calidad de vida para su futuro.

Quinto, los problemas de baja calidad de vida se originan no solo en decisiones y acciones que las personas toman a lo largo de sus vidas, sino también en las condiciones de su entorno social. Es en este ámbito donde los gobiernos deben poner la mirada con el fin de que las personas adultas mayores dispongan de un entorno social favorable para su calidad de vida.

El capítulo titulado ‘La responsabilidad social por las personas adultas mayores’ se constituye en lectura obligada para todo funcionario público que aspire a cumplir con su promesa de servicio por el bienestar de los ciudadanos.

En síntesis, creo que este es un libro muy atractivo, de fácil lectura, y que puede contribuir a que las personas disfruten más de su vida.

Quisiera concluir recordando que una persona le da calidad a su vida no solo cuando es feliz, sino también cuando, con sus acciones, contribuye a la felicidad de sus semejantes. Con este libro el Dr. Mejía contribuye sustancialmente a la felicidad de sus conciudadanos y, con ello, aumenta la calidad de su vida.



Dr. Mariano Rojas Herrera
Presidente: International Society for Quality of Life Studies

Doctor en Economía por la Universidad de Ohio State, experto en felicidad y bienestar subjetivo.

Introducción

En su expresión natural y funcional, el proceso de envejecimiento se ha definido como el conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas, que da origen a cambios en el organismo los seres vivos con el paso del tiempo. En términos generales este proceso se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva y funcionamiento del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Los cambios observados en la manera de envejecer son también el resultado de factores psicosociales y no exclusivamente biológicos (Baster, 2011). Para Alvarado y Salazar (2014) es un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana.

Para Salas (2001), una de las características más sobresalientes de nuestra época es el cambio derivado principalmente, de los avances científicos y tecnológicos, así como su aplicación a la calidad de vida del ser humano. Por ejemplo, en el campo de la medicina los avances han sido importantes y dan como resultado una mayor esperanza de vida para las personas. Como uno de los factores determinantes en el proceso de envejecimiento, el significativo avance del conocimiento científico de la salud, las ciencias biomédicas y la tecnología, durante las últimas décadas el mundo entero ha experimentado una aceleración en desarrollo del fenómeno de envejecimiento, realidad que los expertos reconocen como una de las revoluciones silenciosas más importantes del siglo XXI, por sus significado

de aumento demográfico en la población adulta mayor, los grandes impactos en todos los sectores de la economía y de la sociedad, en asociación con las bajas tasas de natalidad y aumentos en la esperanza de vida (Acosta, 2011).

En el análisis de la evolución de las sociedades actuales, el aumento de la población de personas adultas mayores en el mundo está creciendo significativamente, y el interés por la investigación acerca de esta población considerada como de alta vulnerabilidad ocupa un espacio de singular importancia para la sociedad, especialmente por los efectos demográficos de impacto potencial sobre la salud y la seguridad social. En el proceso de desarrollo de este fenómeno, se ha observado que durante la segunda mitad del siglo XIX, la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de fecundidad y aumentaron el promedio de sobrevivencia de su población; tendencias que ha incidido en el fenómeno de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de la mayoría de los países, con mayor intensidad en las sociedades más desarrolladas (INEGI, 2014).

De acuerdo con los datos reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (2015), entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años del planeta se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, todo un reto para el desarrollo humano en tiempos de longevidad y de crisis globales.

Como dato interesante sobre la longevidad, existen lugares en el mundo donde las personas son más longevas, superando los 100 años de edad. Estas regiones fueron identificadas por los científicos y demógrafos, que identificaron características específicas locales y las prácticas que dan lugar a una alta incidencia de casos de longevidad, como es el caso de la Isla de Cerdeña, Italia, Okinawa en Japón, Loma Linda en California, Icaria, isla de Grecia cerca de la costa turca y la Península de Nicoya, Costa Rica (Buettner, 2016).

La magnitud y las implicaciones del fenómeno del envejecimiento en las poblaciones, refuerza la responsabilidad ética y social de concentrarse en el estudio del adulto mayor, con el propósito de identificar y comprender sus necesidades fundamentales, lo que implicará esfuerzos multilaterales que indudablemente se verán reflejados en la promoción de una mejor calidad de vida para este sector de la población, y en consecuencia, se podrá canalizar su potencial humano en beneficio global de procesos sociales, económicos y de salud, con las condiciones necesarias para su participación productiva, lo cual aportaría más y mejores oportunidades para el adulto mayor.

Es conveniente recordar que el envejecimiento es un proceso permanente de transformación y de cambios irreversibles en las condiciones físicas, fisiológicas, emocionales y sociales de las personas, que van apareciendo con el paso del tiempo. Eso pasa en todos los seres humanos, sin distingos de origen étnico, credo político, religión o condición socioeconómica,

aunque no tengamos una verdadera conciencia de ello. Nuestro cuerpo y nuestra mente cambian cada día, porque la vida, por naturaleza, es producto de un constante cambio, y todos estos cambios suponen una disminución paulatina de la capacidad de adaptación de cada persona con respecto al funcionamiento de los diferentes tipos de células, tejidos, órganos, sistemas y reacciones bioquímicas de nuestro organismo. Dentro de este contexto, la salud y la calidad de vida de una persona adulta mayor, independientemente de su condición biológica, psicológica y sociocultural, es el resultado de la forma y el estilo de vida que esta persona tuvo durante los años previos: si una persona nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos que afectaron su organismo, es muy probable que tenga problemas en su vejez; de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en salud (Arechabala, 2007).

La promoción en salud para un envejecimiento activo es un proceso de cambio social en la modificación de las formas de pensar, sentir y actuar en ciertas situaciones o condiciones del ambiente, que se manifiesta por medio de acciones que directa o indirectamente están orientadas al cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad. En las personas adultas mayores, constituye, además, una estrategia eficaz para mantener su funcionalidad, disminuir su dependencia y, por lo tanto, disminuir la probabilidad de excesivas consultas médicas, tener prolongadas estancias hospitalarias o sufrir discapacidades prematuras. De acuerdo con la experiencia acumulada, es poco habitual encontrar un adulto mayor totalmente sano; los estudios

demuestran que por lo general tienen entre dos y tres enfermedades diagnosticadas en promedio, sin embargo en todos los programas del adulto mayor, en todas las guías clínicas e incluso en el examen de medicina preventiva del adulto mayor no aparece la palabra “sano”, sino la palabra “funcional” (Arechabala, 2007). Según esta autora, la promoción de la salud en este grupo de edad es una estrategia para mantener su funcionalidad y disminuir su dependencia y, por lo tanto, disminuir la probabilidad de ingresar a centro de salud o aumentar las tasas de mortalidad.

Sobre la base de todas estas consideraciones sobre las características fundamentales del proceso de envejecimiento, se estima que por lo general las personas adultas mayores son en su mayoría atentas y receptivas a las actividades de orientación y promoción de la salud, porque en su deseo de bienestar subjetivo aspiran realmente a tener buena calidad de vida y ser independientes, razón por la cual todas las actividades de promoción dirigidas a estas personas, pueden ser efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no son tan eficaces cuando ya hay ciertos problemas de dependencia; en este sentido. De acuerdo con estas observaciones, los programas de promoción de salud en adultos mayores tienen múltiples beneficios para ellos, porque incrementan la actividad física, ayudan a estimular el autocuidado y mejoran la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente. Finalmente, disminuyen la institucionalización, que constituye un problema de aislamiento y desapego familiar y social en la tercera edad. Hay que

erradicar el supuesto de que todas las personas mayores son frágiles, dependientes y representan una carga para la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2018). La salud pública y la sociedad en general, debe abordar estas y otras actitudes negativas contra la tercera edad, que pueden dar lugar a discriminación y afectar a la formulación de las políticas y las oportunidades de las personas mayores de disfrutar de un envejecimiento saludable.

Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor es un libro que contiene conceptos y orientaciones fundamentales dirigidos hacia el aprendizaje de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud e interacción social, necesarios para la promoción social y el desarrollo de estilos de vida saludables, que permitan aumentar el número de años libres de discapacidad y mantener un envejecimiento activo, positivo y exitoso durante esta etapa crucial de la existencia humana. Dada la naturaleza e intencionalidad de esta obra, esperamos que sea un aliado más de los sistemas de salud, cuyo beneficio social sea el incremento de la actividad física, la alimentación saludable y el mantenimiento de las habilidades personales para el autocuidado de la salud y vida digna e independiente en las personas adultas mayores. El principal objetivo de esta obra es ofrecer a las personas interesadas en el tema una referencia comprensible y razonada de diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida y la felicidad en la edad adulta mayor, que logre fomentar hábitos saludables y ayude a transformar positivamente algunos de los mitos que aún hoy existen sobre

el envejecimiento, así como prevenir el deterioro cognitivo y estimular las capacidades funcionales de la persona adulta mayor.

CAPÍTULO I

El envejecimiento humano

Para tratar de explicar el envejecimiento, se calcula que existen más de 300 teorías, unas a favor de los factores condicionantes genéticos, otras con los procesos metabólicos y otras relacionadas con la influencia del ambiente social o natural. A continuación se analizan algunos de los aspectos más relevantes relacionados con las teorías del envejecimiento, que en conjunto no deben considerarse como excluyentes entre sí, sino como explicaciones científicas complementarias del fenómeno del envejecimiento.

1.1. Aspectos biológicos del envejecimiento

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de una gran variedad de alteraciones 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 (Organización Mundial de la Salud (2018). En términos generales es un concepto fisiológico relacionado con el estado funcional de los órganos, tejidos y sistemas corporales, comparados con ciertas medidas o estándares establecidos para cada edad o para diferentes grupos de edad. En general este fenómeno depende de factores genéticos y está en buena medida condicionado por los factores de interacción entre el individuo y el ambiente. Los expertos estiman que la longevidad máxima promedio de la

especie humana, tanto para los hombres de la antigüedad como para los de la sociedad actual oscila entre 110 y 115 años (Llanes, 2008). Aunque se envejece con la edad, por medio de convenios internacionales se ha estimado el inicio de la etapa de la vejez a los 65 años.

Como consecuencia de este proceso disminuye nuestra capacidad de respuesta a las enfermedades que afectan la salud y la calidad de vida; envejecemos por el desgaste de los órganos y los tejidos, porque las células del cuerpo también van envejeciendo, se van estropeando conforme pasa el tiempo, debido a su desgaste natural que sufre el organismo, como ocurre con los motores de los carros.

Algunas de las teorías sobre el envejecimiento se enfocan desde la perspectiva orgánica o biológica y fisiológica, otras desde la posición psicosocial o ambiental. Sin embargo, la mayoría tienen como punto común la posible interacción entre los factores genéticos y ambientales. Algunos científicos afirman que el cuerpo en general se va desgastando por la presencia de los llamados *radicales libres*, que son unas sustancias tóxicas de desecho, producidas por el propio cuerpo, responsables del desgaste y pérdida la capacidad funcional de las células, porque hacen un gran daño a las moléculas y a las membranas celulares. Desde el punto de vista bioquímico, Los radicales libres son átomos o grupos de átomos que tienen un electrón desapareado (suelto), por lo que son muy reactivos, ya que tienden a captar un electrón de los átomos de otras sustancias, con el fin de alcanzar su estabilidad electroquímica (Maldonado y otros, 2010). A estas

sustancias se le llama “radicales libres” porque tienen una reactividad muy alta; una vez que el radical libre ha conseguido sustraer el electrón que necesita (se produce una reducción), la molécula estable que lo pierde se convierte a su vez en un radical libre, por quedar con un electrón menos, iniciándose así una reacción en cadena que se llama *oxidación*. Esta teoría sugiere que los radicales libres producidos durante la respiración aeróbica causan un daño oxidativo que se acumula y luego se convierte en una pérdida gradual de la capacidad funcional de la célula, lo que conduce al envejecimiento y a eventualmente a la muerte de la célula. De esta manera, los radicales libres oxidan las células y pueden conducir al desarrollo de cáncer, artritis, aterosclerosis, Alzhéimer y la enfermedad de Parkinson, además de acelerar el envejecimiento.

Aparentemente, la manera más accesible de disminuir los efectos de esa oxidación, es por medio del consumo de alimentos naturales ricos en antioxidantes, como las fresas, el brócoli, el tomate, la zanahoria y otros alimentos, lo que permite, según (Vargas y otros, 2007), neutralizar algún posible desequilibrio que pueda comenzar los procesos indeseables de la oxidación-reducción del sistema celular.

Se dice también que cuando la persona lleva una vida desordenada, con estilos de vida poco saludables, se van acumulando en el cuerpo sustancias de desecho, en el interior o el exterior de la célula, como colesterol, triglicéridos, ácido úrico, entre otras sustancias, que luego se van a la sangre

donde se concentran y se transforman en enfermedades que perjudican la salud.

Como promotores de otras posiciones, autores como González de Gago (2010) han formulado que el envejecimiento se debe a una disminución paulatina en el funcionamiento del sistema inmunológico, nuestro sistema de defensa, haciendo a las personas adultas mayores más vulnerables a las infecciones y ciertos padecimientos. Pareciera que con la edad, disminuye la capacidad del sistema inmunológico de sintetizar anticuerpos en la cantidad y con la calidad necesaria para defender al organismo de agentes patógenos externos. En algunas oportunidades el sistema inmunitario no diferencia entre tejido sano y antígenos potencialmente nocivos. Como resultado, el cuerpo provoca una reacción que destruye los tejidos normales (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2021); el mismo sistema inmunológico se vuelve en contra de su propio organismo, y ataca algunas partes como si fueran elementos invasores extraños, es decir, que el sistema inmunológico produce anticuerpos contra ciertas proteínas normales del cuerpo, destruyéndolas y produciendo enfermedades como la esclerosis múltiple, psoriasis, lupus eritematoso, rigidez en las articulaciones, el reumatismo y ciertos tipos de artritis, entre otras más enfermedades. Por esta razón se considera que, debido a las debilidades de nuestro sistema inmune, hay muchas enfermedades que se dan más frecuentemente en los adultos mayores, como el cáncer, la diabetes, la demencia y la artritis, aunque también se dan en otras edades.

Algunas otras “teorías” indican que el envejecimiento se debe al deterioro del *sistema nervioso y el sistema endocrino*, que al igual que el sistema inmunológico, se encargan de mantener el funcionamiento normal de todo nuestro organismo. Por ejemplo, se afirma que, con el envejecimiento del cerebro y el sistema nervioso periférico, existe una pérdida natural en la cantidad de neuronas y el peso cerebral. La transmisión de estímulos entre las neuronas se hace más lenta, a medida que las neuronas van perdiendo su capacidad de limpieza (Beltrán-Campos y otros, 2011). En relación con el envejecimiento del sistema endocrino u hormonal, (Legros y otros, 2007) consideran que el envejecimiento del cerebro, que controla de la hipófisis, considerada como el centro de conducción del sistema endocrino, podría tener repercusiones sobre el envejecimiento hormonal. Como resultado el aumento de la edad se acompaña de un cambio gradual en la estructura y función del sistema inmune, denominado inmunosenescencia (Rico y otros, 2018). La pérdida de funciones de alguno de estos dos sistemas orgánicos produce la disminución de ciertas hormonas como los estrógenos, con lo cual se produce la desaparición definitiva de la menstruación en la mujer, como ocurre en la menopausia, o la pérdida significativa de cierta cantidad de neuronas, como pasa con la demencia.

También existe la teoría de la *programación genética*, la cual afirma que desde la propia concepción del ser humano, heredamos una determinada información genética de nuestros padres o abuelos, en donde posiblemente está marcado el tiempo que va a vivir cada persona. Algo así como que los

individuos tienen un reloj interno que programa su longevidad (Rico y otros, 2018). Es probable que por esta razón haya ciertas familias cuyos hijos y nietos viven muchos años. Las principales teorías dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad, después de la cual ya no pueden separarse, y por desgaste las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea (Santiesteban y otros, 2008).

Por otro lado, existe la teoría de la *muerte celular programada*, según la cual la muerte de cada célula del cuerpo humano está programada desde su formación. La muerte celular programada se lama también *apoptosis*, y consiste en que las células somáticas de todos los organismos son capaces de autodestruirse en un momento dado de su ciclo vital. Este proceso es controlado genéticamente y se produce cuando la célula ya ha realizado su función o ha sufrido la acumulación sistemática de daños irreparables. El proceso de apoptosis en organismos adultos contribuye con la eliminación de células anormales, infectadas, con anomalías genéticas y tumorales (Sáenz y Ruiz, 2006).

En fin, además de los anteriores aportes de las diferentes teorías del envejecimiento, se sabe que hay un fuerte control genético del proceso de envejecimiento, tanto de las células como de los tejidos, órganos, sistemas y del organismo en su totalidad. Aunque la existencia de diversas variantes génicas que puede poseer cada persona determinan la mayor o menor visibilidad de los diferentes síntomas de envejecimiento, los investigadores

del envejecimiento dicen que faltan muchos más estudios que analicen la relación entre este control genético y los factores ambientales, como la alimentación, la contaminación o el hábito de fumar, el alcoholismo o la adicción a las demás drogas.

Independiente de todas esas teorías, los adultos mayores están en capacidad de reconocer y enfrentar los cambios del envejecimiento, porque lo viven en carne propia, todos los días. Por ejemplo; la pérdida progresiva de la capacidad visual y auditiva, especialmente debido a la pérdida de las células ciliadas del oído interno, que son las que reciben las ondas sonoras y las transforman en señales que son registradas por el cerebro. Algunas de las enfermedades de la vista tienen síntomas muy fuertes que reducen la visión, como la presbicia, la miopía o las cataratas.

Con la vejez también sufrimos una pérdida de la elasticidad y la masa muscular con disminución de la agilidad, el equilibrio y la capacidad en nuestros reflejos. Nuestros huesos se debilitan con el tiempo, y aparecen ciertas deformaciones debido a crecimientos anormales, osteoporosis, artritis y enfermedades reumáticas. Nuestra mente, en algunos casos, se puede ver afectada por la aparición de las llamadas demencias seniles, como el Alzheimer, así como una cierta pérdida de la capacidad para recordar las cosas o asociar las ideas. La piel sufre una disminución del colágeno, que es una molécula de proteína que forma fibras y da fuerza a huesos, piel, cabello y uñas, así como dificultad en la absorción de proteínas, fenómeno que se refleja con aparición de las arrugas.

Por otro lado, hay un aumento progresivo de la presión arterial, y si no nos cuidamos vigilando nuestra presión, alimentándonos bien y haciendo ejercicio, podemos sufrir de un infarto del corazón o un derrame cerebral. Nuestro organismo sufre también una pérdida de la capacidad para defenderse frente a los virus, los microbios y agentes externos que producen enfermedades, debido a la disminución en el funcionamiento del sistema inmunológico.

1.2. Aspectos psicosociales del envejecimiento

Como sabemos, el envejecimiento es un proceso natural y permanente que comienza en el momento de la concepción y continúa hasta la muerte. En este proceso existen varias fases: infancia, adolescencia, edad adulta y adulta mayor, todas ellas determinadas por las condiciones biológicas y las características propias de cada persona (Rodríguez, 2011). La última de estas fases es la que se ha denominado también vejez, ancianidad o tercera edad, que no debe ser vista como un problema o una enfermedad, sino como una etapa más en el desarrollo del ciclo de vida de todos los seres humanos. El envejecimiento, así como la vejez, es un periodo de la vida que desde hace tiempo, de forma generalizada y estereotipada, se ha estado asociando con una imagen de inutilidad, de deterioro, de enfermedad o pérdida de capacidades físicas y mentales. Con muy poca frecuencia y solo en algunas partes del mundo el envejecimiento se asocia con un concepto de madurez o de sabiduría, entendida como el conocimiento que da la experiencia, como ocurre en China, Japón, Corea y en casi todos los países

del continente asiático, donde existe toda una tradición de respeto y culto por la ancianidad. En nuestro país, el origen de estos estereotipos negativos de la vejez juegan un papel muy importante las características que presenten los grupos específicos de personas mayores con ciertas enfermedades, como la demencia o la artritis reumatoide, que son consideradas como si fueran irremediablemente de toda la población de personas adultas mayores, olvidando que cada persona es un ser único y diferente al resto de las personas. Por el contrario, la ampliación de la esperanza de vida ofrece diversas oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para la sociedad en su conjunto. En todos esos años de vida adicionales es posible emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión, retomar antiguas aficiones o emprender nuevos proyectos de vida (Organización Mundial de la Salud, 2018). Además, las personas mayores son capaces contribuir de muchos modos con el bienestar de sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y sus contribuciones depende en gran medida de la salud, la calidad de vida y la seguridad social de esta población. Pero por más que se evoluciones en este nuevo reconocimiento de la sociedad, la muerte en soledad, el aislamiento social, y la soledad no deseada, constituyen una nueva pandemia silenciosa que afecta a muchas personas, reforzada por los significados del envejecimiento, los nuevos modelos de familia y los cambios en los valores que ha experimentado la sociedad (Luna y Pinto, 2021). Las consecuencias adversas del aislamiento social

inciden especialmente en las personas mayores. En particular, por la alteración de los ecosistemas habituales de apoyo y cuidado, que puede aumentar la fragilidad de las mismas y provocar eventos adversos que deseablemente evitables.

¿Pero, cuál es el verdadero significado de ser adulto mayor?

Es difícil responder a esta pregunta en todas sus dimensiones, sin embargo, en esencia un adulto mayor es toda aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida posterior a la adultez, que antecede al fallecimiento de la persona. Para algunos estudiosos del tema iniciar la tercera edad es una situación que está cargada de connotaciones negativas, por la tendencia de asociar esta etapa con la finalización de la vida, idea que lleva a las personas a creer que esta etapa consiste en ir a los cuidados médicos, dejar de lado las iniciativas personales, entrar en una condición de dependencia y avanzar pasivamente en edad. Todo esto nos lleva a desarrollar estrategias de mayor cuidado a nivel físico, emocional y de relaciones sociales, pero pensemos, ¿cambia la persona por esto? Puede que en apariencia sí, pero, sigue siendo la misma persona, con una serie de derechos y aspiraciones que no deben ser anulados (Ramos, 2010). Este autor reconoce que hay que tener mucho cuidado en asociar el avance de la edad con el deterioro o la incapacidad, puesto que esto coloca al adulto mayor en una posición de desventaja social, dado que una persona mayor que se limita de esta manera se ve coaccionada, supervisada y hasta cuestionada en el uso de su libertad. Existen otros conceptos o criterios más técnicos y descriptivos, que nos

pueden servir para analizar el fenómeno desde otra perspectiva y con más detalle, por ejemplo, está el *envejecimiento cronológico***,** que consiste en contar los años desde el nacimiento hasta el momento actual. De esta forma general es que se ha fijado el comienzo de la vejez a los 65 años. El envejecimiento cronológico es el envejecimiento natural, ajustado a la edad que tenemos y que de forma progresiva va a ir mostrando sus señales o deficiencias propias que aparecen con de la edad que tenemos.

Otro criterio es el *envejecimiento físico o biológico*; las modificaciones físicas**,** que dependen en gran medida del "reloj biológico", es decir, de las *condiciones genéticas* de cada individuo, pero que también está influido por diversos factores como la alimentación, el ejercicio físico, es decir, por el estilo de vida de cada persona. El envejecimiento biológico es el envejecimiento que más se manifiesta y que puede estar determinado por los siguientes factores: genéticos, ambientales, sociales o médicos. La edad cronológica no tiene por qué coincidir con la edad biológica. Se puede tener una edad determinada y tener señales aparentes y orgánicas de más o menos edad. El envejecimiento físico se desarrolla gradualmente, por eso es muy difícil precisar en qué momento una persona es vieja físicamente. La mayoría de las personas no se preocupan o no toman conciencia de los cambios, hasta el momento en que algún problema afecta notablemente a sus actividades cotidianas. Los cambios fisiológicos del envejecimiento deben ser considerados también en relación con los factores económicos,

sociales, ambientales y culturales, así como los estilos de vida de la persona.

Con frecuencia los primeros signos del envejecimiento afectan al sistema muscular y esquelético. La vista, seguidos por los oídos, comienzan a cambiar al inicio de la edad adulta. La mayoría de las funciones internas del cuerpo también disminuyen con la edad. La mayor parte de las funciones corporales alcanzan su mayor capacidad poco antes de los 30 años, y a partir de ahí empiezan un descenso gradual pero constante. A pesar de este descenso, la mayoría de las funciones siguen siendo normales debido a que la mayor parte de los órganos pueden tener una capacidad funcional superior a la requerida por el organismo (reserva funcional). Por lo tanto, son las enfermedades, más que el envejecimiento normal, las que explican la pérdida de la capacidad funcional en edades avanzadas (Besdine, 2019). Estas modificaciones propias de la vejez por si mismas no son la causa del deterioro o de enfermedades, pero si van debilitando poco a poco el organismo y produciendo una disminución de ciertas funciones vitales normalmente asociadas con ciertas enfermedades, por lo que aumente el riesgo de padecer ciertas patologías en estas edades.

Por otro lado, está el *envejecimiento psicológico*, en el que se producen cambios *cognitivos* que afectan al modo de pensar y las capacidades intelectuales de las personas, como la memoria, así como cambios *afectivos y de personalidad* que muchas veces requieren la ayuda de otras personas. La vejez no solo se refiere a las transformaciones físicas o fisiológicas

observables, incluye también diversas implicaciones socio afectivas. En esta etapa se pueden experimentar situaciones conflictivas que generan malestar significativo relacionado con trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión, sensación de soledad y sufrimiento (Cadena y Tafur, 2017). Uno de los cambios psicológicos que más sobresalen es la alteración en algunos casos de la autopercepción y dificultad en el proceso de ajuste emocional ante los cambios experimentados.

Finalmente, está el *envejecimiento social*, que tiene que ver con las funciones o el papel que la persona adulta mayor puede o debe desempeñar en su interacción con la sociedad. Determinados papeles sociales pueden entrar en conflicto con los límites que la sociedad ha establecido en relación con la edad cronológica. Es más, hay algunos momentos en que la persona adulta mayor empieza a experimentar conflictos, entre la edad cronológica, la edad psicológica y la edad social. Por ejemplo, hasta cuándo una persona adulta mayor debe dejar de trabajar o de manejar su carro. Tanto las condiciones biológicas como las condiciones psicológicas del sujeto afectarán en cierta medida al funcionamiento social de la persona, tanto en la posibilidad de tener actividades sociales como de desarrollarse a nivel personal dentro de la comunidad donde se vive o con los grupos de apoyo de los que forma parte. De igual manera, el funcionamiento social de la persona mayor se ve afectado por otros cambios más o menos normales que ocurren en esta etapa: por ejemplo la jubilación, el perder el contacto con los antiguos amigos, la muerte de amigos o parientes, de tal forma que la

actividad social se va centrando en actividades con el cónyuge o a vivir aislado y deprimirse en la casa. Todos estos cambios hacen que su vida social se centre en actividades de tipo familiar, restringiendo su área de desarrollo personal y social, lo cual puede convertirse en pérdidas que dan origen a estados de ánimos depresivos y un gran malestar psicológico. Todas estas modificaciones exigen que la persona adulta mayor esté en un continuo proceso de adaptación social, para afrontar y superar los problemas que van surgiendo durante esta etapa. Estas situaciones estresantes como la jubilación, la muerte de amigos y la independencia de los hijos se afrontan de diferente manera, aprendiendo cosas nuevas, socializando, según las características y las condiciones personales de cada individuo. Envejecer con éxito es un fenómeno deseable en todas las personas, tanto en términos individuales como sociales (Jopp y otros, 2014); la participación social de la persona adulta mayor es un recurso psicosocial que se asocia positivamente con el proceso del envejecimiento exitoso (Gallardo y otros, 2016). La relevancia de la participación social en el análisis del envejecimiento exitoso puede asociarse a dos cuestiones complementarias. Por una parte la participación social como un recurso protector en la vejez (Tomioka y otros (2015); Roh y otros (2015); Lewis y otros (2015); Adams y otros (2015). Por otro lado, la participación social como una herramienta de intervención terapéutica en gerontología. En resumen, constituye un ámbito que forma parte esencial de los estilos de vida de las personas mayores.

1.3. Desarrollo del envejecimiento cognitivo

Generalmente el término vejez se asocia con la pérdida de la mayoría de las capacidades del ser humano, tanto físicas como intelectuales, entre las que se encuentran la memoria. Sin embargo, hay que recordar que, en condiciones de ambiente adecuado y de vida saludable, muchas de esas capacidades se pueden mantener funcionales por mucho tiempo.

Para poder entender la pérdida de la memoria asociada con la edad, es necesario comprender primeramente los cambios cognoscitivos en esta etapa, es decir, el envejecimiento cognoscitivo y sus consecuencias. El deterioro cognitivo sin una enfermedad específica que lo produzca, puede consistir en la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria. En la medida en que nuestra sociedad envejece existen ciertos cambios en el desempeño cognitivo, de ahí que los adultos mayores sin enfermedad específica pueden presentar con frecuencia alteraciones neurológicas que se presentan mayormente en las áreas de atención, memoria, lenguaje, habilidad visuo-espacial y en la inteligencia (Robalino, 2012). En la etapa de la vejez relacionada con el desarrollo cognoscitivo, podemos encontrar tantas pérdidas como ganancias. El efecto de esos cambios cognoscitivos depende de muchos factores, como son la capacidad cognitiva, la posición social o económica y el nivel educativo del adulto mayor y la percepción existencial frente a la vida, entre otros.

Aunque en general los cambios en las capacidades mentales asociadas con la edad pueden reflejar algún deterioro neurológico, existen variaciones en cada individuo, es decir que dichos deterioros no son inevitables, pero quizá puedan disminuirse o corregirse, dependiendo de las condiciones de salud y la actitud de la persona. En relación con sus causas, estudios recientes realizados por medio de imágenes del cerebro humano (Robalino, 2012), revelan que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral, que produce alteraciones en las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, no obstante un porcentaje variable de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

En esta etapa podemos tomar en consideración cinco conceptos o factores que están en el engranaje de nuestra mente y que son de gran importancia en la vejez y en los cambios cognoscitivos: *atención, inteligencia, creatividad, capacidad para resolver problemas y memoria.* El pleno conocimiento de estos cambios nos induce a reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo (Sánchez y otros, 2008).

El envejecimiento cognitivo se puede observar con la aparición de los siguientes cambios intelectuales: Pérdida significativa de funciones intelectuales, muy importantes para la interacción social, que a veces no pueden ser revertidas, como por ejemplo, *la atención*. La atención es una función neuropsicológica que sirve como un mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos, como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Es el mecanismo que nos permite captar la información que nos llega a través de los sentidos y darle la prioridad necesaria para que sea interpretada en nuestro cerebro. La atención es un proceso selectivo, porque nos ayuda a dar importancia y centrarnos en aquella información que más nos interesa. Si el mecanismo de atención no se realiza o se deteriora por alguna situación, debido a un fallo en el mecanismo de control, se dice que ha habido falta de atención selectiva, es decir, no nos hemos interesado por interiorizar la información recibida. Algunos autores dicen que la disminución de la atención selectiva en la edad adulta mayor es debido al deterioro en la habilidad para localizar la información relevante en la vida propia y en la relación con los demás. Por lo general, los adultos mayores son más lentos al procesar la información relevante en algunas situaciones especiales. Pierden el interés por algo que puede ser importante, como la buena comunicación. Esto quiere decir que el envejecimiento altera de forma selectiva los procesos atencionales voluntarios y afectan en gran medida las relaciones sociales.

Por otro lado está la *inteligencia*, que es un conjunto de capacidades cognitivas relacionadas con el exitoso funcionamiento en un ambiente determinado (Figueroa, 2016). De acuerdo con Gardner (2005), la inteligencia tiene diferentes formas de manifestarse en el ser humano, de acuerdo con el concepto de inteligencias múltiples. Según este autor, la gente desarrolla diferentes capacidades intelectuales que luego resultan ser muy importantes para su modo de vida: por ejemplo, la inteligencia lingüística, la matemática, la musical, la interpersonal y la inteligencia emocional, entre otras. En las diferentes personas, algunos de estos tipos de inteligencia aumentan mientras que otros disminuyen con el paso de los años. La inteligencia es una combinación de elementos entre los que se encuentran la percepción, el aprendizaje, la memoria, o el razonamiento, elementos que al combinarse permiten la adaptación del ser humano a las situaciones de la vida.

Se considera que en la etapa de la vejez el hemisferio derecho sufre un deterioro más rápido que el hemisferio izquierdo, afectando así algunas actividades donde se requieren procesos mentales que involucran algo de los dos hemisferios (sobre todo el derecho). De acuerdo con Cornachione (2003) en el transcurso del proceso de envejecimiento, las funciones viso-espaciales, viso-perceptivas, y viso-constructivas, todas ellas localizadas en el hemisferio derecho, se encuentran más deterioradas que las habilidades lingüísticas, las que a su vez dependen del hemisferio izquierdo.

1.4. La vejez y la inteligencia

En la vejez la inteligencia no va totalmente en disminución, ya que depende más de las habilidades de cada persona, de los procesos mentales y el razonamiento que se han adquirido y puesto en práctica durante la vida, y por supuesto, de la manera en que estas capacidades se han ejercitado y utilizado. Aunque no es exactamente un requisito para evaluar la calidad de vida de las personas, la inteligencia en la vejez se puede medir usando en método WAIS: Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (Amador, 2010) que se transforma en un coeficiente intelectual verbal, de desempeño y total. Esta prueba tiene 5 escalas diferentes de desempeño. Los resultados en estas pruebas disminuyen conforme aumenta la edad; pero en general en las pruebas referentes a vocabulario, información y comprensión, el descenso de las calificaciones es gradual y ligero. Aunque en las pruebas de inteligencia se observa que las puntuaciones más bajas son las que dan los adultos mayores, sin embargo, se ha podido apreciar que estos resultados no ocurren en todos los casos, y están influidos principalmente por factores externos, como los diferentes niveles educativos, la rapidez de las respuestas en los cuestionarios cronometrados, algunas respuestas reservadas de las personas, la falta de experiencia para contestar las pruebas y algunos problemas sensoriales.

La inteligencia emocional, por su lado, puede ser un factor clave para el desarrollo de estrategias adaptativas en las personas adultas mayores (Meléndez y otros, 2019). La capacidad de dominio y regulación emocional

facilitan la adaptación en el envejecimiento, ya que ayudan a comprender las emociones que se están experimentando, sus causas y consecuencias, y reducen efectivamente la experiencia subjetiva de la emoción negativa.

También tenemos la *creatividad*, que es la capacidad humana para innovar y mejorar su bienestar y su calidad de vida o para modificar el ambiente. La creatividad en la etapa de la vejez se dice que previene el proceso de envejecimiento neuronal, ya que es la mejor manera de estimular el aumento en las ramificaciones del cerebro, así como también una mayor conectividad de los circuitos neuronales alternativos. Gracias a la habilidad de la creatividad, es posible resolver problemas, dar respuestas nuevas, innovar y dar un nuevo giro a la vida, es ahí donde se encuentra la importancia de que la creatividad sea estimulada y se mantenga en la etapa de la vejez. La creatividad le sirve a un adulto mayor para poderse adaptar de mejor forma a su entorno social y a los cambios producidos por la vejez. Se considera que la creatividad con el paso de los años se mejora, como ejemplo tenemos de referencia a algunos escritores, pintores, poetas, investigadores, etc., que han logrado sus máximas obras y creaciones intelectuales en una edad avanzada.

Otra cualidad de la edad adulta mayor es la *sabiduría.* Generalmente, a través de la historia y de las diferentes culturas, se ha asociado siempre con las personas de mayor edad. Ya que se considera que con la edad se adquiere experiencia y sabiduría, gracias a las situaciones vividas y a los conocimientos adquiridos. La sabiduría en la vejez, podría encontrarse al

reconocer y aceptar que se acerca el fin de la vida humana, reconocer la existencia de la muerte y darle entonces sentido a la vida, no dejar pasar la vida y considerarla como un suceso único e irrepetible, al tomar conciencia de lo esencial en la vida y diferenciar lo que es transitorio de lo transcendente.

En general podemos decir que en condiciones de una vida saludable y en ausencia de cambios patológicos debidos a alguna enfermedad, la inteligencia puede permanecer más o menos estable a lo largo de la vida y mantener la capacidad de la persona adulta mayor de seguir aprendiendo cosas nuevas.

Otra característica que se afecta con la edad es la *psicomotricidad*. De la misma manera que las dificultades sensoriales perceptivas aumentan con la edad, las dificultades con el empleo de la información de los sentidos para la realización de las tareas del movimiento y la coordinación se incrementan también. Por ejemplo, el tiempo de reacción de la persona aumenta cuando las respuestas son más complejas. Sin embargo, la disminución de esta capacidad tiene su base en la pérdida de neuronas y en los cambios en las propiedades fisiológicas de las células y fibras nerviosas. Este efecto se puede observar cuando un adulto mayor conduce un vehículo, o cuando se realizan tareas o ejercicios físicos tal como escribir, caminar, correr, nadar o hacer equilibrio. Esta disminución no solo está ligada a la vejez sino también a los problemas de salud. Hay que tener en cuenta que las personas

mayores son más cuidadosas con sus movimientos, y responden menos impulsivamente y con menor rapidez que las personas jóvenes.

La mayoría de los problemas en la actividad psicomotriz se deben a la pérdida de la velocidad de las reacciones, una disminución de la coordinación y el debilitamiento debido a la pérdida gradual en la masa muscular. Estas deficiencias en la motricidad tienen una incidencia en la vida cotidiana, puesto que afectan la realización de tareas ordinarias. A pesar de todos estos fenómenos, hay un lado positivo dentro de la actividad psicomotora en la vejez, que se observa con aquellas tareas que han aprendido correctamente, como por ejemplo, manejar carro, tocar guitarra, jugar tenis o usar una computadora; aquellos adultos mayores que aprendieron bien ciertas destrezas y están altamente motivados para realizar una tarea específica, parecen mantener sus capacidades por más tiempo. Por esta razón, el estímulo de la psicomotricidad como práctica diaria y como técnica de intervención corporal para el fomento del envejecimiento activo y saludable, puede influir de manera positiva sobre las competencias personales y la eficiencia motora, la cognición, la afectividad, el bienestar y la socialización de las personas mayores, reduciendo los riesgos de deterioro y marginación social (Menéndez y Brochier, 2011).

En relación con el lenguaje, cuando ha existido un correcto desarrollo del aprendizaje y la comunicación por medio del lenguaje, en general las capacidades de la persona mayor se mantienen con el paso del tiempo, sin embargo, cuando se realiza un análisis más detallado de sus componentes se

observan algunos cambios relacionados con la edad, por ejemplo, cambios fonológicos, es decir, cambios en el sonido o articulación de las palabras. También hay cambios en el léxico (Cambios en el vocabulario). Estas dificultades que aparecen durante le vejez se pueden notar en el llamado fenómeno de "la punta de la lengua", que es la incapacidad para recordar una palabra por un fallo en la activación fonológica, una vez activada la representación semántica. Los adultos mayores refieren más dificultades para mencionar la palabra justa en el momento preciso (Facal, 2008). A pesar de estos cambios, no se aprecia gran diferencia con el envejecimiento, salvo en algunas pruebas de evaluación para determinar la rapidez con que la persona da sus respuestas. También ocurren cambios semánticos, relacionados con los significados de los símbolos lingüísticos. Como resultado de los cambios semánticos, con la edad se aprecia una dificultad mayor para elaborar palabras de distintos campos semánticos, pero no parece ser tan significativa hasta los 70 años. Aunque el procesamiento del lenguaje parece resistir el avance de la edad, los cambios lingüísticos en el envejecimiento son el reflejo de un declive sistemático de recursos cognitivos (Rojas y Riffo, 2018). Sin embargo, el envejecimiento no afecta al lenguaje de un modo global, lo que predomina es un marcado deterioro de la producción y comprensión de las palabras complejas.
Hay, además, algunos cambios sintácticos, es decir, en la forma de combinar las palabras para formar freses, es decir, en el orden y la relación de las palabras o modo de combinar y ordenar las palabras y expresarlas a la

hora de conversar, aunque por lo general no se aprecia ningún cambio significativo respecto a edades más jóvenes.

Definitivamente, se puede decir que los cambios relativos al lenguaje con la edad tienen que ver más con dificultades en el recuerdo de hechos o de palabras, y por supuesto, hay una merma en la fluidez verbal, a pesar de que con la experiencia acumulada, el vocabulario puede ser más rico, al igual que la expresión verbal.

Los estudios relacionados con el deterioro de los aspectos lingüísticos señalan que, por lo general, el lenguaje y la comunicación se ven afectados por la interacción con otras funciones intelectuales que se deterioran con el paso de los años, como la *atención y la memoria*. De esta manera puede entenderse la reducción de la fluidez verbal como un problema asociado con la capacidad de recordar.

En relación con la *memoria*, que es la capacidad mental de las personas para adquirir, retener, recordar y utilizar los conocimientos y las experiencias. Dicho de otra manera, es la facultad mental que permite recordar y retener, sensaciones experimentadas previamente, así como ideas, conceptos y cualquier información aprendida de forma consciente (Palacios y Morales, 2011). El proceso de memoria está relacionado con el resto de procesos psicológicos: percepción, atención, lenguaje y aprendizaje. Durante el proceso de envejecimiento se puede afectar la memoria porque poco a poco va cambiando la forma como el cerebro almacena la información, haciendo más difícil recordarla. Aunque la memoria a corto plazo y la memoria

remota usualmente no son afectadas, la memoria reciente puede verse afectada, por ejemplo olvidando nombres de las personas que conoció recientemente; estos son cambios normales (Ballesteros, 2002).

Como se sabe, la memoria, una de las funciones más importantes del cerebro, es un pilar fundamental para la supervivencia de los seres humanos, no es posible concebir el mundo de los humanos sin la existencia de esta función cognitiva (Palacios y Morales, 2011). Sin embargo, la disminución o el deterioro de memoria es una de las quejas más frecuentes de los adultos mayores con el paso de los años. Los cambios en la memoria con el paso de los años no son iguales en todas las personas, en algunos son más y en otros son menos. El reconocimiento temprano de la gravedad o no de ciertas fallas en la memoria es de gran importancia para la detección de determinadas patologías asociadas con la edad, tal es caso del Alzhéimer y otras demencias.

Existen diferentes clasificaciones de la memoria, pero la más sencilla es la siguiente:

Memoria Sensorial: Representa el primer paso en el procesamiento de información. Consiste en el registro inmediato e inicial de la información que se percibe a través de los sentidos. Depende de la capacidad del oído, la vista, olfato gusto y tacto. Con esta capacidad el cerebro logra mantener la información durante un breve periodo de tiempo (milisegundos). Tiene la función de ligar las percepciones somáticas o internas con las del ambiente

externo, lo permite interpretar preliminarmente las sensaciones del mundo exterior.

*Memoria a corto plazo***:** La memoria a corto plazo se puede definir como el mecanismo mental que nos permite retener una cantidad limitada de información durante un periodo corto de tiempo. El cerebro almacena y mantiene la información percibida durante un determinado tiempo (30 segundos), la desplaza o por el contrario pasa a formar parte de la memoria de corto plazo (memoria de conocimientos nuevos o de hechos actuales). En otros términos, una fracción de la información pasa del almacén sensorial a una nueva estructura donde se almacena la información de corto plazo y se evalúa si la información es pertinente y si vale la pena enviarla al almacén más permanente o largo plazo (Fernández y Flores, 2021). Por tanto, tiene como funciones la retención, el procesamiento y la consolidación de la información. Este tipo de memoria, según el modelo modal, tiene una capacidad limitada ya que sólo puede guardar hasta 7 unidades de información (letras, palabras, números, etc.) y su duración es limitada.

En los estudios relativos a la memoria de corto plazo en la tercera edad, no se han hallado diferencias importantes entre la capacidad para retener listas de números, ni de palabras entre jóvenes y mayores. Si hay algunas diferencias ante la verbalización de serie de números en orden inverso, e incluso se afirma que este déficit aparece ya tempranamente durante el envejecimiento. Los adultos mayores pueden ser más lentos en la respuesta que los jóvenes. También la velocidad con la que presentan las palabras o

números de una serie influye también en la retención posterior. Todo esto demuestra que durante el envejecimiento se produce una lentitud cognitiva en el procesamiento de información.

*Memoria a Largo Plazo***:** No tiene límites en su capacidad (podemos acordarnos de miles de situaciones, experiencias, acontecimientos, nombres...). La información acumulada en la estructura de largo plazo puede ser que no la perdamos nunca. Esta información es procesada y fijada en el cerebro de acuerdo con la importancia y el significado que le ha dado cada persona a sus experiencias pasadas. Esta información se almacena durante períodos considerables de tiempo, gracias a una codificación, seguida de un almacén organizado de carácter multimodal (semántica, espacial, temporal, afectiva). Este tipo de memoria facilita el aprendizaje y guarda la información en función de su importancia emocional que tiene para la persona. La memoria a largo plazo, tiene una capacidad casi ilimitada y la información se guarda indefinidamente. Su función es básicamente retentiva y práctica, puesto que guarda información que es útil siempre (Fernández y Flores, 2021).

Finalmente, nos encontramos con una de las más complejas cualidades del ser humano, el *aprendizaje*, que consiste en la adquisición de información en forma de nuevos conocimientos y habilidades. Por lo general, la gente considera que las personas mayores tienen mucha dificultad a la hora de aprender nuevas ideas y nuevas técnicas. Este estereotipo ha sido totalmente desacreditado por la investigación y observación directa de las capacidades

de estas personas. Lógicamente, aun cuando es innegable que las personas mayores conservan su capacidad cognitiva, la investigación realizada en condiciones normales señala la evidencia de que en la vejez no se aprende como en la juventud. Sin embargo, la experiencia recopilada en los programas de educación para personas adultas mayores se demuestra que son altamente capaces de aprender, pudiendo ser también receptivas a nuevas ideas, aprender técnicas y emprender nuevos proyectos productivos. Los problemas que presenta el adulto mayor en relación con el aprendizaje se presentan cuando el aprendizaje es muy breve y requiere una respuesta rápida, lo cual está relacionado con tiempos de reacción que son más largos. También ocurre cuando tienen que utilizar técnicas como la visualización o la asociación de la información que tiene que aprenderse. Sin embargo, si recibe un tratamiento pedagógico adecuado con su edad, que le posibilite utilizar estas técnicas, su capacidad de aprendizaje aumenta.

Por último, los adultos mayores tienden a ser más precavidos al aprender, menos impulsivos para aceptar riesgo, lo cual sugiere que su miedo a fallar pudiera ser mayor que su necesidad de correr riegos. Esto puede ocurrir cuando las tareas de aprendizaje son complejas o cuando las los temas o las tareas son poco atractivos para ellos. Las investigaciones de los últimos años y las experiencias en educación con adultos mayores sugieren que con un especial entrenamiento para el desarrollo de las estrategias en el proceso de enseñanza y aprendizaje, las personas adultas mayores mejoran sustancialmente su capacidad de aprender. Los programas de estimulación

cognitiva y educación para adultos mayores han demostrado que estas personas están en capacidad de aprender, independiente de la edad; pueden desarrollar sus conocimientos en diversos campos del saber, que van desde la computación, el uso de dispositivos móviles, inglés así como actividad física, baile y talleres de canto, entre otros aprendizajes (Mora, 2018).

1.5. Aspectos positivos de la vejez y las nuevas perspectivas del envejecimiento

Como se observa con frecuencia en la literatura, los aspectos negativos como el deterioro cognitivo, las enfermedades mentales, la depresión y la infelicidad son los temas que más se analizan en la psicología del envejecimiento, mucho más que la comprensión y la valoración de los fenómenos de la vejez como procesos naturales, así como el reconocimiento de las capacidades potenciales o la estimulación de los aspectos positivos del ser humano en esta importante etapa de la vida, de la misma manera que se han abordado los aspectos biológicos de la vejez, centrados en los estereotipos relacionados con las pérdidas y en las deficiencias que aparecen con la edad. A pesar de esta realidad, en las últimas décadas, los estudios que se han orientado al estudio de aspectos positivos han aportado nuevos hallazgos de gran importancia acerca de esta etapa vital. Cada vez más se está destacando la relevancia de incluir el estudio de los aspectos positivos y la necesidad de avanzar en el conocimiento y profundización de los que más influye en el bienestar (Arias, 2009). Por ejemplo, existen estudios que han profundizado sobre la influencia positiva de la

participación en las actividades de la vida diaria y el bienestar de las personas mayores, en donde se han identificado dos elementos principales: el mantenimiento de las relaciones interpersonales y las actividades productivas (Petretto y otros, 2015).

En opinión de Fernández (2007) los estudios relacionados con el bienestar en la vejez han proliferado en las últimas décadas, convirtiéndose en el aspecto positivo del envejecimiento que ha sido más extensamente explorado. Por ejemplo, Vivaldi e Ibarra (2012) realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. En este estudio participaron 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Según los autores de esta investigación, los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud. Encontraron, además, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres, y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Los resultados obtenidos permitieron confirmar la importancia que tienen las variables percepción de salud, apoyo social percibido, estado civil y género para el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Por otro lado, una revisión de bibliográfica realizada por Cárdenas y Díaz (2011) sobre el tema de la resiliencia en la edad adulta mayor, encontraron que la capacidad de superación de los adultos mayores ante situaciones adversas es un tópico de creciente interés investigativo al que asociado con diferentes factores individuales, sociales y culturales, sin embargo se trata de un área en pleno desarrollo que requiere del establecimiento de un modelo teórico y de intervención. Con todas estas investigaciones se ha logrado obtener una mejor comprensión de la interacción entre los factores asociados con el bienestar subjetivo y variables importantísimas como la autoestima y otros aspectos psicológicos y sociales.

Como se ha indicado anteriormente, en un principio se consideraba al proceso envejecimiento en términos de deterioro y degradación de las personas mayores con aspectos claramente negativos, hoy día, de acuerdo con Franco y Sánchez (2002) esos planteamientos son inapropiados y han quedado obsoletos, debido a que han aparecido nuevos conceptos sobre el envejecimiento, basados principalmente en la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores y nuevos enfoques sustentados en el concepto del envejecimiento activo. En el momento actual, no se considera, el envejecimiento como un proceso involutivo sino, por el contrario, de oportunidad de evolución, crecimiento y desarrollo personal, basado, principalmente en la experiencia y la motivación de las personas mayores.

1.6. Aspectos socioculturales del envejecimiento

El envejecimiento también se caracteriza por una serie de cambios en la conducta que casi siempre se relacionan con las experiencias de la vida en sociedad, las cuales influyen y se reflejan positiva o negativamente en calidad de vida de los adultos mayores. La percepción del envejecimiento y la actitud de la sociedad ante los adultos mayores, de los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se ve la vejez y con qué calidad una persona vive sus últimos años de vida. Porque la vejez, más que un problema de deterioro físico, familiar, económico o de salud pública, como algunos la quieren ver, es un fenómeno natural de carácter psicológico, social y espiritual, y como tal, debe ser atendido. Sin embargo, no importa lo que la "conciencia lúcida" de nuestra sociedad piense de las personas adultas mayores, después de los 65 años, las personas pueden y deben vivir la vejez como una etapa que es normal en el desarrollo de cualquier ser humano, con capacidades propias para aprender, ser productivos y cultivar su felicidad. Aunque en nuestro entorno social la persona adulta mayor es percibida como un elemento importante en la sociedad, se considera que su función debe ser revalorada como una estrategia útil si se busca el crecimiento y el fortalecimiento de la sociedad (Rodríguez, 2008). Sin embargo, la sociedad requiere aprender a envejecer, pero esto significa que las personas deben cambiar la percepción cultural que tienen, y fortalecer sus capacidades y aceptar sus limitaciones. Se debe ser consciente de que los principales problemas que enfrentan los adultos mayores no los generan

ellos mismos, por el hecho de haber envejecido; son creados por la propia sociedad, producto muchas veces de valoraciones culturales inapropiadas, indiferencia y abandono de la sociedad. Muchas veces los adultos mayores son severamente castigados o marginados por las políticas públicas, la inequidad en la atención de sus necesidades y medidas económicas que afectan su dignidad como seres humanos y su calidad de vida. A todo esto hay que agregar el hecho de que actualmente vivimos en una sociedad acelerada, en donde los acontecimientos mundiales de cambio y las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas y culturales han dado paso a la familia pequeña, donde ya casi no hay espacio para atender las necesidades de los abuelos y, más bien, el aumento en la esperanza de vida y la longevidad de las personas mayores, se ha convertido en un problema social (Rodríguez, 2008). Tanto es así, que la soledad y la inactividad se transforman en enemigos acérrimos de la vejez. Cuando la persona mayor se queda sola, sobre todo sin sus seres queridos, la tristeza la embarga y las ganas de vivir de las personas mayores disminuyen.

Dentro de esta percepción social también tiene mucho que ver la forma en que las nuevas generaciones consideran a la persona mayor, pues son quienes determinan, con sus actitudes adversas a la vejez, el valor y la posición de los adultos mayores en la sociedad. ¿Pero, por qué la vejez tiene que ser el punto más bajo del ciclo de vida de las personas? …cuando el envejecimiento puede ser una etapa activa y feliz, claro, por supuesto, si la "*conciencia social*" sintiera respeto por la vejez, y si los valores humanos y

los pensamientos propios fueran más positivos. Por ejemplo, si la sociedad quisiera, no tiene por qué haber tanto desempleo entre los adultos mayores, porque si sólo se contrata a las personas jóvenes, se desaprovecha la experiencia, la sabiduría y la capacidad resolutiva de los mayores. A veces no se entiende por qué la sociedad limita ese espacio vital a la persona mayor, ese estatus de personas dignas y útiles, si también tienen el derecho a ser felices y productivos. Por eso, la principal tarea de las personas mayores es superar el reto de convivir armoniosamente en sociedad, así como comprender y aceptar sus propios cambios en la vida; usar la inteligencia emocional y la experiencia acumulada con los años para hacerle frente y poder superar esos cambios personales y las pérdidas sociales. Con el apoyo comprensivo y solidario de la sociedad, las personas mayores son capaces de adaptarse a esa disminución de la fuerza y la salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y hasta aceptar su propio proceso de muerte. Todo eso se puede hacer con empeño y esfuerzo propio, sin embargo, a lo que casi nunca se pueden adaptar los adultos mayores, es a la apatía, la intolerancia y la indiferencia de la gente frente al fenómeno del envejecimiento. Para Rodríguez (2008), hay que dejar claro que gracias a la experiencia, conocimientos y capacidad de la persona adulta mayor, es importante facilitar su participación activa en la comunidad en que convive, que se relacione con todas las generaciones a su alrededor. Esto ayudaría a mejorar su autoestima y elevaría su grado de productividad.

El principal cambio en la *conciencia lúcida* de la sociedad, implica la aceptación y el reconocimiento de los adultos mayores como progenitores; que los traten con dignidad y respeto, como personas merecedoras de amor, cariño y comprensión, aun cuando no sean perfectos. Cuando en nuestra sociedad la vejez sea vista como una cualidad, en vez de una calamidad, con ello se estarían eliminando algunos términos e interpretaciones que la deshumanizan, por ejemplo: frecuentemente se usan los términos *senectud*, referido fundamentalmente a los procesos biológicos del envejecimiento; *senescente*, para referirse a persona con edad avanzada, *senilidad*, relacionado con procesos cognitivos y psicológicos; y vulgarmente, "*viejo o vieja*", como ocurre en nuestra sociedad, para referirse despectivamente a una persona adulta mayor. Además de estas referencias peyorativas, a pesar de las leyes de protección a las personas adultas mayores, ha habido negligencia y falta de voluntad política a la hora de organizar las instituciones para proveer servicios y dar soporte a las necesidades especiales de los adultos mayores.

Por otro lado, estamos viviendo en una sociedad compleja y en condiciones de crisis sanitarias, económicas, políticas y sociales, donde predomina la cultura del cuerpo joven y esbelto, con modas exóticas; donde es cada vez más difícil la vida familiar y una convivencia satisfactoria entre jóvenes, adultos y personas mayores. Sumado a esta situación, los medios de comunicación masiva alaban a la juventud, promueven la belleza y olvidan poner en la estructura familiar a los abuelos y abuelas; darles el lugar que

se merecen, porque en el fondo de nuestra cultura se piensa que las personas mayores no sirven para nada, no aprenden, no tienen aspiraciones y casi nada les gusta. Y es todo lo contrario, cuanto más activa y productiva permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá y menos separación sentirá de la familia y de la sociedad. Dichosamente, existen algunos esfuerzos valiosos en los diferentes países en donde se realizan programas para abrirle las puertas a muchos proyectos que incentiven la participación de este grupo social. Sin embargo, falta mucho por recorrer, ya que, aún hay numerosos aspectos como la educación, la estimulación cognitiva y la promoción de la salud mental en personas mayores, que no han sido tratados y que perjudican la participación armoniosa de este grupo. Si se profundiza en el estudio de las representaciones sociales referidas al proceso de envejecimiento y su relación con las formas de atención gerontológica integral, ofrecida por los profesionales de la Gerontología, se puede comprobar que en este caso particular la dimensión social del envejecimiento influye de forma marcada en la calidad de vida de las personas y la auto-percepción que tiene la persona mayor de sí misma (Bravo y Lamus, 2020). Si en la sociedad se tiene un significado negativo del envejecimiento y de la etapa de la vejez, si este significado se comparte entre los grupos cercanos y éste se expande hacia otros grupos como amigos, familiares, vecinos; se va instaurando una imagen social que se convierte en representación y en función de ella todos, incluyendo las personas de ofrecer atención integral destinada a este grupo poblacional.

Estas observaciones sugieren la existencia convergente de una cultura gerontológica en la que los profesionales de la gerontología comparten ciertos significados referentes a la atención que debe ser ofrecida y esta cultura es asimilada y reproducida por éstos en sus prácticas personales de atención.

Independientemente de las percepciones y las representaciones sociales de la vejez y el envejecimiento, hoy día es frecuente encontrarnos en las comunidades con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas, planes de trabajo y nuevos proyectos de vida. A pesar de que ellos se ven bien y realizan su trabajo con eficiencia, las organizaciones los presionan por medio de la jubilación y otras señales de exclusión, para que dejen el puesto a gente más joven, porque deben retirarse. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que dentro de las principales necesidades de todo ser humano, está la de sentirse aceptado, querido, capaz y útil para la familia y la sociedad. Todas estas actitudes negativas de la *conciencia lúcida* de nuestra sociedad traen como consecuencia la pérdida de la autoestima en las personas mayores, con lo cual se deteriora la imagen de sí mismo y se pierde el significado de la vida. Por el contrario, los reconocimientos, las emociones y estímulos positivos hacia los adultos mayores, influyen en su salud, su autoestima y su calidad de vida, más de lo que se suponía hace muchos años. Se dice que el ser humano actúa y toma decisiones no sólo por su capacidad intelectual, sino

por la calidad e intensidad de los sentimientos que le afectan en un momento dado de su vida.

También se reconoce la importancia e influencia de los medios de comunicación en el modo en que las personas perciben la vejez. Los medios de comunicación suelen referirse al *problema de envejecer*, como algo ajeno a las realidades individuales de todos los involucrados en la comunicación, a la vez que los programas no siempre ilustran positivamente el envejecimiento (Morales, 2000) mencionada por Torrejón (2006). En muchas oportunidades exhiben a los adultos mayores como personas frágiles, enfermas o con discapacidades.

En la actualidad, las investigaciones relacionadas con la percepción del envejecimiento ocupan un lugar importante dentro de la literatura en geriatría y gerontología. Por ejemplo, Alonso Palacio (2010) estudió la percepción que tenían del envejecimiento 40 adultos mayores y encontró que no se consideraban viejos (as) y que se sentían bien porque todo el tiempo fueron activos. El autor de esta investigación asegura que en las mujeres el envejecimiento está asociado con la menopausia, y concluye que el envejecimiento se percibe como un proceso que tiene muchas dimensiones.

A pesar de todas las apreciaciones convencionales de la vejez, durante los últimos años han aparecido algunas investigaciones que rescatan nuevas perspectivas para mirar la vejez y el envejecimiento en sus dimensiones

positivas, entre ellas el estudio realizado por Miralles (2011) en donde hace constar que muchas veces las trayectorias laborales, los saberes y experiencias ocupacionales adquiridas a lo largo de la vida, la centralidad que ocupa el trabajo en la historia de las personas entrevistadas así como, las redes de reciprocidad y ayuda que se establecen con las familias y la comunidad, resultan fundamentales para que las personas mayores se mantengan funcionales y activos, e incursionen en nuevas áreas ocupacionales participando en tareas productivas, aunque también se acepta que a veces las condiciones personales de los adultos mayores no son suficientes para lograr este desenvolvimiento en la vejez, debido a que las circunstancias del entorno social de las personas mayores pueden favorecer o inhibir las oportunidades de desarrollo productivo. De este modo, es trascendental continuar indagando en profundidad sobre las políticas y programas gubernamentales, comunitarios o privados dirigidos a este grupo de edad a fin de conocer los espacios y las oportunidades ocupacionales que brindan a la población envejecida.

1.7. Necesidad de construir una nueva percepción social de la vejez basada en el envejecimiento positivo y activo

Como se mencionó en apartados anteriores, respecto de la vejez reconocemos visiones positivas y negativas. La visión positiva es que las personas mayores saben mucho, están cargadas de experiencia y de emociones, son merecedoras de respeto y tienen gran influencia sobre los más jóvenes. Sin embargo, debido a que en la sociedad actual se valora

tanto la juventud y se fomenta una cultura contra el envejecimiento, considerando que la población nacional envejece en forma acelerada, es necesario promover un cambio cultural que se haga cargo de modificar este fenómeno y le dé un valor agregado social positivo a los conceptos de vejez y envejecimiento. Por otro lado, debido al desconocimiento de una buena parte de nuestra sociedad, a la vejez se le reconocen más las características de decadencia, inactividad y enfermedades, por eso el gran desafío es dejar en la sociedad una visión positiva de la vejez y así, poder ofrecer a los adultos mayores el espacio para su felicidad, atención y calidad de vida que necesitan y se merecen. No importa que se piense que la persona mayor no tiene compromiso, que es inflexible y deficiente a la hora de producir, lo cierto es que con buena salud un adulto mayor puede vivir con ilusión y mostrar su capacidad de innovación y de responsabilidad frente a nuevas tareas. De igual forma, si la persona adulta mayor se mantiene con un espíritu joven y alegre, no importa los años que tenga, es capaz de tener motivación para aceptarse como es y adaptarse a las exigencias de la vida moderna, por ejemplo, al uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación. Además, dichosamente existe una mayor toma de conciencia de los individuos en la necesidad de hacerse cargo de su propia vejez, asumiéndola con tiempo desde su propia expectativa de tener un envejecimiento activo y satisfactorio.

La humanidad se encuentra en un momento histórico singular en relación con el envejecimiento; las personas no sólo desean y logran vivir más años,

sino que aspiran a llenarlos de vida bajo el amparo de nuevas políticas sociales que además de darle más años a la vida, también promuevan una mejor calidad de vida a los años, independientemente del nivel de dependencia o vulnerabilidad de la persona, su género o edad (Limón, 2018). Se ha comenzado a resaltar la pertinencia de estudiar la interacción de la desigualdad de las personas mayores con otras formas de desigualdad, como puede ser la discapacidad. También, se ha destacado la influencia de la dimensión de género como variable diferenciadora y asociada a una desventaja para las mujeres en la manera de envejecer (Ramos, 2017; Vidriales et al., 2016).

Aunque todos envejecemos desde el momento de nacer, el cómo hacemos para envejecer con calidad de vida debe ser una preocupación de cada persona. El individuo debe decidir con responsabilidad qué cosas quiere hacer, qué tipo de vejez desea y buscar una mejor calidad de vida, partiendo desde el aquí y el ahora. Los mitos que se asocian con la vejez fueron descritos por algunos autores hace mucho tiempo, cuando todavía no había acceso a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, los avances de la medicina, el aumento en la expectativa de vida y el fomento de un envejecimiento saludable y participativo han contribuido a vencer el miedo a envejecer. Hoy día los adultos mayores deben constituir una prioridad en la gestión de los gobiernos y la sociedad, por lo que se necesita desarrollar políticas públicas y programas que apunten a beneficiar a este grupo de edad.

Independientemente de la percepción social de la vejez y el envejecimiento, los seres humanos pueden ser más felices en la vejez que en la juventud. Un estudio realizado en la Universidad de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos, citado por Morales (2006) revela que la vejez no solo trae consigo los achaques, sino que también conlleva cierta felicidad que los jóvenes, y algunos mayores, no esperaban. Con la edad, aprendemos a manejarnos mejor con las ideas complejas y los problemas de la vida, por lo que, en la vejez, somos capaces de sentirnos más felices, disfrutar de las cosas nuevas de la vida, a pesar de que estemos entrado en la decadencia física. Sin embargo, el lado oscuro de la vejez hace que las creencias aún vigentes en la sociedad actual hacen que no veamos las verdaderas ventajas de la vejez. El estudio en mención demuestra que se puede aprender mucho de los mayores, simplemente porque saben más sobre la vida (Morales, 2006).

En las últimas décadas, los expertos han hecho especial hincapié en la importancia que tiene el pensamiento positivo sobre el bienestar emocional del ser humano. Aprender a pensar en positivo significa descubrir el lado bonito de la vida, y evitar la atención especial a aquellos aspectos de la realidad que se oponen a nuestra felicidad y nos causan frustración. En este sentido, las personas mayores deben aprender a pensar en positivo. *¿Cómo pueden hacerlo?* Tomando conciencia de la importancia de tener hábitos de vida saludables. Por ejemplo, es bueno dar un paseo diario, hacer ejercicio y tomar el aire puro. Del mismo modo, es esencial cuidar la alimentación siguiendo el consejo médico, no fumar ni tomar alcohol en exceso. De igual

manera, cualquier persona mayor también debe tener un espacio para cultivar sus relaciones sociales. Puede acudir cada día o cada semana a reunión con los grupos de apoyo cercanos de su barrio, para estar con otras personas que comparten intereses e inquietudes comunes. Disfrutar de la vida garantiza una mayor independencia en las actividades diarias de la vejez, así como un deterioro mucho más lento del estado físico. Las personas que carecen de la dicha del bienestar emocional son más propensas a desarrollar problemas de salud conforme avance la edad. Todo esto y muchas otras cosas más que pueden hacer las personas mayores, forman parte del pensamiento positivo. Porque, de acuerdo con Muñóz (2007) el pensamiento positivo es una conquista de la inteligencia emocional, y trae como resultado que el encuentro con la felicidad es posible en cada etapa y momento de la vida. La promoción del envejecimiento activo requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro social, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones a favor de la salud, la calidad de vida y la felicidad de las personas adultas mayores. Por estas razones, las sociedades que envejecen y sus respectivos Estados deberían priorizar su preocupación por la dinámica demográfica actual en función de la percepción de la satisfacción personal, bienestar, calidad y dignidad de vida de sus mayores (Herrera y Guzmán, 2012).De acuerdo con Arias y Gutiérrez (2020), los programas de educación y promoción de la salud para personas adultas mayores deben

diseñar y desarrollar estrategias y técnicas en el proceso de aprendizaje que permitan la apropiación de los temas relacionados con el envejecimiento activo, reforzando capacidades cognitivas y adoptando prácticas saludables y capacidades cognitivas y el desarrollo de habilidades y actitudes personales.

CAPITULO II

El cerebro como sistema activo en la edad adulta mayor

Durante siglos, el sistema nervioso central humano fue considerado como una estructura fija, inmutable e irreparable, desde el punto de vista estructural y funcional, así como un sistema predeterminado y definitivo que se consolida posterior al desarrollo embrionario. Durante muchos años se creyó que a partir de cierta edad, el número de neuronas que morían ya no se renovaba más. Todavía hasta hace poco se creía que el desarrollo y la recuperación del cerebro se detenían en la edad adulta, pero en la actualidad, modernas técnicas de la imagen neuronal del cerebro han permitido conocer más sobre la verdadera dinámica del sistema nervioso central y su funcionamiento (Danzl, M. M. y otros, 2012). Los hallazgos de las neurociencias han influido en el mejoramiento del proceso de enseñanza aprendizaje, permitiendo aplicar metodologías que puedan suplir las necesidades educativas delas personas, por lo que se requiere comprender cómo funciona el cerebro, los procesos cognitivos de cada persona, conjuntamente con sus tiempos y capacidades de aprendizaje (Basurto y Sambrano, 2020). Las últimas investigaciones de la neurociencia demuestran que el cerebro se puede regenerar por medio de su ejercicio y su potenciación. Con el desarrollo creciente de las neurociencias hoy en día

estas concepciones han cambiado, y las nuevas ideas sobre el tema solo pueden ser entendidas a través de una adecuada comprensión del concepto de *neuroplasticidad.* La plasticidad neuronal y la estimulación cognitiva representan dos áreas esenciales y prioritarias para la promoción de la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano en la persona adulta mayor.

2.1. ¿Qué es la plasticidad cerebral?

La neuroplasticidad es la potencialidad del sistema nervioso central de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a la incorporación de información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño. Su principal mecanismo neurobiológico de acción es la formación de nuevos contactos sinápticos entre neuronas. La neuroplasticidad es la flexibilidad que tiene el cerebro para adaptarse a los cambios a través de las redes neuronales a lo largo de su vida. Este potencial adaptativo del sistema nervioso permite al cerebro reponerse de trastornos o lesiones, así como reducir los efectos de ciertas alteraciones estructurales producidas por patologías como la esclerosis múltiple, Parkinson, deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer y dislexia, entre otros trastornos neurológicos.

Estudios experimentales realizados en animal como investigaciones realizadas en humanos con el empleo de modernas técnicas no invasivas, respaldan las ideas y teorías de plasticidad neuronal (Marcos y Quiniella, 2019). Las investigaciones científicas en este campo han podido demostrar

también que el ambiente es capaz de modular los procesos del desarrollo y las distintas capacidades del cerebro, así como los mecanismos plásticos que intervienen en dicha modulación (Sibaja y otros, 2016). También se ha encontrado que el ejercicio físico ha demostrado efectividad para promover la plasticidad cerebral en los procesos de envejecimiento neural (Pinzón y Moreno, 2020), por su incidencia positiva en funciones y estructuras cerebrales, mediante un mecanismo que protege las neuronas.

En general, la neuroplasticidad suele asociarse con el aprendizaje que tiene lugar en la infancia, pero sus definiciones científicas van más allá y tienen un gran recorrido histórico. En el proceso de neuroplasticidad hay diversos componentes bioquímicos y fisiológicos que lleven a diferentes reacciones biomoleculares químicas del ADN y las proteínas que requieren de acciones dentro y fuera de las neuronas para generar sus respuestas (Garcés -Vieira y Suárez- Escudero, 2014). Estos autores mencionan que hasta hace muy poco tiempo se creía que el desarrollo y la recuperación neuronal del cerebro se detenían en la edad adulta, sin embargo, hoy día existen modernas técnicas para realizar imágenes detalladas del cerebro que han permitido replantear el concepto de la dinámica del sistema nervioso central y su funcionamiento, como la radiología, la resonancia magnética, la angiografía y la ecografía, que se constituyen en herramientas esenciales para el diagnóstico de cambios y patologías cerebrales. Por ejemplo, hay evidencia de que el encéfalo puede cambiar para adaptarse a diversas circunstancias, no solo durante la infancia y la adolescencia, sino también

durante la edad adulta e incluso en situaciones de lesión cerebral, lo que significa que el cerebro es flexible y modificable. De acuerdo con estos criterios, la neuroplasticidad o plasticidad cerebral es algo así como moldear la mente, por medio del estímulo de la actividad cognitiva y el ejercicio activo y sistemático de las capacidades humanas. La *plasticidad neuronal*, también denominada *neuroplasticidad, plasticidad neural* o *plasticidad sináptica,* es la propiedad que se origina de la naturaleza y funcionamiento de las neuronas, cuando éstas establecen o restablecen la comunicación, modulando la percepción de los estímulos que entran y salen del cerebro. El mensaje que se transmite de una neurona a otra es enviado a través de diferentes sustancias llamadas transmisores químicos. La entrega de los mensajes se realiza en puntos de contacto especiales que existen entre las neuronas, llamados *sinapsis.*

En condiciones normales, toda la información que procesa el cerebro de los seres humanos: recuerdos, deseos, valores, conocimientos y emociones, está finamente entretejida en una telaraña de 100 mil millones de neuronas e innumerables sinapsis o conexiones entre las neuronas. Estas conexiones están agrupadas en serie y en paralelo, en ellas se establecen las bases físicas de la velocidad y la sensibilidad de operación del cerebro, y hacen posible las diferentes funciones del sistema nervioso (Canchola-Martínez, 2010). Por medio de este complejo sistema cada neurona ellas puede conectarse con hasta otras 10 mil neuronas más.

Como se ha observado, el cerebro es un órgano sumamente dinámico, en permanente relación con el medio ambiente y con los procesos psíquicos o la conducta de las personas. Esto demuestra que la red neuronal es extremadamente sensible a los cambios que se originan como producto los estímulos externos y las nuevas experiencias de aprendizaje, con capacidad para modular los acontecimientos y aplicar las potencialidades de la experiencia en cada individuo.

Los diversos grupos de neuronas que existen en las diferentes zonas del cerebro tienen trabajos especiales y complejos. Por ejemplo, algunos grupos de neuronas se relacionan con el pensamiento racional, el aprendizaje, las emociones y la memoria. Otros grupos se encargan de la recepción de la información sensorial, mientras que otros se comunican con los músculos, estimulándolos a la acción.

Cada neurona tiene un *cuerpo, axón* o extensión larga, y muchas *dendritas* o extensiones finales más finas que sirven para interconectar todo el sistema. El cuerpo de las células contiene un *núcleo,* que controla las actividades de toda la célula y de varias otras estructuras que cumplen funciones específicas. El axón es como un tallo, mucho más delgado que un cabello humano; se expande hacia el exterior del cuerpo de la célula y transmite mensajes a otras neuronas por medio de las dendritas. A veces, los mensajes tienen que desplazarse grandes distancias. Las dendritas también se ramifican o se extienden desde el cuerpo de las células. Envían y reciben mensajes de los axones de otras células nerviosas. Cada célula nerviosa está

conectada a miles de otras células nerviosas a través de sus axones y dendritas.

Son tres los procesos fundamentales que tienen que funcionar en conjunto y sin tropiezos para que las neuronas sobrevivan y permanezcan saludables. Estos procesos son la *comunicación*, el *metabolismo* y la *reparación*. Cada vez que una neurona recibe mensajes de las células que la rodean, una carga eléctrica o impulso nervioso se acumula. Esta descarga se desplaza hacia la parte baja del axón hasta que llega al final. Aquí, se desencadena la liberación de mensajeros químicos llamados *neurotransmisores* como la *dopamina* y la *serotonina*, que se mueven desde el axón hacia las dendritas o los cuerpos de otras neuronas a través espacios diminutos o puntos de contacto denominados *sinapsis,* donde se comunican las neuronas. Por ejemplo, la serotonina es comúnmente conocida como la hormona de la felicidad y tiene relación con el estado de ánimo, porque se ha descubierto que los niveles bajos de esta sustancia se asocian con la depresión y la obsesión (García, 2021), También desempeña distintas funciones dentro del organismo, entre los que se menciona el papel fundamental en la digestión, el control de la temperatura corporal, su influencia en el deseo sexual o su papel en la regulación del ciclo sueño-vigilia. La dopamina, es otro de los neurotransmisores más conocidos, porque está con las conductas adictivas y es la causante de las sensaciones placenteras. Sin embargo, entre sus funciones también se describen la coordinación de ciertos movimientos musculares, la regulación de la memoria, los procesos cognitivos asociados

al aprendizaje y la toma de decisiones. Están las endorfinas, que producen la sensación de placer y euforia; entre otras funciones promueven la calma, mejoran el humor y potencian el sistema inmunológico. Entre otros neurotransmisores también se debe mencionar a la adrenalina, que se asocia con funciones relacionadas con el estímulo del estado de alerta ante situaciones de estrés, regulación de la presión y el ritmo respiratorio (García, 2021).

Algunos neurotransmisores inhiben la función de otras células nerviosas, es decir, evitan que la célula receptora envíe una señal eléctrica hacia el axón. Otros neurotransmisores estimulan las células nerviosas; preparan la célula receptora para hacerse más activa o enviar una señal eléctrica a través del axón a otra red de neuronas que se encuentran en el mismo camino. Por medio de este mecanismo es que en fracciones de segundos millones de estas señales pasan rápidamente por las vías en el cerebro, permitiéndole recibir y procesar la información, hacer ajustes y dar instrucciones a diversas partes del cuerpo.

El metabolismo es otra función celular del sistema nervioso central que consiste en convertir productos químicos y nutrientes en energía para mantener las neuronas en funcionamiento, debido a que el tejido cerebral es muy dinámico en actividad eléctrica y demanda mucha energía metabólica para realizar todas sus funciones, cuyos procesos están basados únicamente en el metabolismo de la glucosa y el oxígeno (Jaramillo, 2013). El mantenimiento de la activad metabólica del cerebro es altamente complejo

y se necesitan suficientes reservas de energía para mantener esta alta actividad metabólica. De esta manera se procesan productos químicos y nutrientes para generar energía y formar elementos fundamentales que fabrican moléculas celulares nuevas, como las proteínas. Para que haya un metabolismo eficaz se necesita suficiente sangre circulando en el cerebro, y así proveer a las células con oxígeno y glucosa, un tipo de azúcar clave para el funcionamiento de las neuronas. La glucosa es la única fuente de energía generalmente disponible para el cerebro. Sin oxígeno o glucosa, las neuronas no pueden sobrevivir; el promedio de utilización de la glucosa en la materia gris humana es diez veces más que el promedio corporal total.

Por otra parte, la función de reparación del cerebro consiste en mantener las neuronas de larga vida en buenas condiciones de funcionamiento. A diferencia de la mayoría de las células que tienen una vida bastante corta, las células nerviosas que se generan en el feto o poco tiempo después del nacimiento viven mucho tiempo.

Hasta hace algunas décadas atrás, se pensaba con mucha determinación que la neurogénesis (crecimiento y maduración de nuevas neuronas) finalizaba después del desarrollo del embrión. A partir de la segunda mitad del siglo pasado, se descubrió que las células siguen naciendo en el cerebro durante toda la vida. Hoy en día, este conocimiento ayuda a entender el proceso de aprendizaje y la memoria y además cómo el cerebro es capaz de repararse a sí mismo. Se afirma que la neurogénesis se produce aún en la vida adulta, especialmente en ciertas áreas “privilegiadas” del cerebro (Castillo y otros,

2007). Hay evidencia en donde se demuestra que el encéfalo puede cambiar para adaptarse a diversas circunstancias, no solo durante la infancia y la adolescencia, sino también durante la edad adulta e incluso en situaciones de lesión cerebral, lo que significa que el cerebro es flexible y modificable (Garcés y Suárez, 2014). Se sabe, además, que el sistema nervioso posee más de un mecanismo de neuroplasticidad, entre los que se encuentran la *plasticidad sináptica y la plasticidad de la excitabilidad neuronal*. La plasticidad del sistema nervioso central incluye también tanto la muerte como el nacimiento de nuevas neuronas, así como la creación de nuevos brotes de dendritas y axones, la potenciación o la depresión a largo plazo de la transmisión sináptica. Las investigaciones recientes indican que en algunas regiones cerebrales pueden nacer neuronas nuevas, aun en un cerebro viejo. Para evitar su propia muerte, las neuronas vivientes deben mantenerse y renovarse constantemente. Si las funciones de comunicación, metabolismo y reparación de las células se vuelven más lentas o se detienen, por alguna razón, la célula nerviosa no funciona bien y con el tiempo muere. En la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, se interrumpe cada uno de los tres procesos que mantienen las neuronas saludables: la comunicación, el metabolismo y la reparación. Esta interrupción causa que ciertas células nerviosas del cerebro interrumpan su función, pierdan las conexiones con otras células nerviosas, y por último, mueran. La destrucción y muerte de las células nerviosas provocan una falla en la memoria, cambios de personalidad, problemas para llevar a cabo las

actividades diarias y otras características de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, el sistema nervioso es muy flexible y dinámico, está genéticamente programado para hacer ajustes y modificaciones, con enormes potencialidades para el cambio estructural y funcional. Esta plasticidad cerebral se observa de manera especial en las posibilidades de recuperación que expresa un organismo en casos de deterioro accidental o daños significativos, por medio de la rehabilitación neuromuscular. Por eso la neuroplasticidad es definida como el potencial para el cambio, la capacidad de modificar nuestra conducta y adaptarse a las demandas de un contexto particular; es una también una habilidad para modificar sistemas orgánicos y los patrones conductuales. Esta potencialidad para el cambio que posee el sistema nervioso central a lo largo de todo el desarrollo del ser humano, se observa principalmente durante la infancia. En esta etapa es que tiene lugar la maduración intensiva del organismo, y en particular del cerebro, ya que durante los seis primeros años la masa encefálica aumenta 3,5 veces lo cual quiere decir que se transforma, multiplica y perfecciona en sus funciones.

Como conclusiones de este apartado, (Garcés yEscudero, 2014) reafirman que el tejido nervioso es un sistema dinámico, adaptable y plástico, y que la neuroplasticidad es un proceso fisiológico múltiple y característico de la biología cerebral, pero a su vez es un proceso particular de cada red neuronal del cerebro; por lo tanto, representa una transformación compleja que requiere involucrar procesos, productos y componentes de la

bioquímica básica y clínica, puesto que tal proceso no obedece únicamente a modificaciones estructurales de un conjunto de dendritas, sino a adaptaciones que ocurren dentro y fuera de las neuronas.

2.2. ¿Cómo se desarrolla la plasticidad cerebral?

Una vez comprendida la neuroplasticidad como una propiedad de adaptación del sistema nervioso central que se observa a lo largo de toda la vida, pasaremos a explicar sus diferentes tipos de cambios, que pueden abarcar desde modificaciones morfológicas extensas, como la regeneración de axones y formación de nuevas sinapsis, hasta sutiles cambios moleculares que alteran la respuesta celular de los neurotransmisores (Puerta, 2017). En este sentido existen dos tipos de neuroplasticidad con sus correspondientes formas de expresión, la *plasticidad por crecimiento*, caracterizada por: la regeneración de axones, salida colateral de yemas, génesis de nuevas sinapsis o génesis de nuevas neuronas. En algunos estudios se ha encontrado que cerca de las neuronas dañadas se encuentran signos de regeneración abortiva llamada gemación regenerativa (Manzano y otros, 2018). La gemación se diferencia de la regeneración en que aquí el crecimiento ocurre a partir de axones sanos, que pueden provenir de neuronas no afectadas por la lesión o de ramas colaterales de los mismos axones dañados que la lesión no llegó a afectar. El proceso de gemación colateral normalmente concluye con la formación de nuevas sinapsis, lo cual puede desempeñar un papel importante en la recuperación de funciones

perdidas como consecuencia de lesión, o para retrasar la aparición de otros trastornos que hay en las enfermedades neurodegenerativas.

Ocurre también el fenómeno de la sinaptogénesis reactiva, que comienza con el brote y extensión de nuevas ramas axónicas y termina con la formación de nuevos contactos sinápticos ((Bergado y Melian, 2000), es decir, concluye con la formación de nuevos contactos funcionales entre las neuronas. Al parecer, la regeneración de axones colaterales en los axones intactos y la producción de nuevas sinapsis constituyen las bases de los mecanismos neurofisiológicos en la recuperación de las funciones, después de haber sufrido lesiones cerebrales.

De acuerdo con la edad y los fenómenos o circunstancias que experimenta el cuerpo humano, se admite la posibilidad de que existen varios tipos de plasticidad neuronal, en los que se consideran fundamentalmente factores tales como edad de los pacientes, naturaleza de la enfermedad y sistemas orgánicos afectados (Velis, 2016). Por ejemplo, por edad puede ocurrir la plasticidad durante las primeras etapas en el desarrollo del cerebro, durante el periodo de aprendizaje o durante la edad adulta. Por patologías o enfermedades, debido a cerebros con malformaciones, enfermedades adquiridas o de tipo metabólico, y por sistemas afectados, la plasticidad neuronal se puede producir para restaurar lesiones motrices o alteraciones que afectan los sentidos, el lenguaje o las capacidades intelectuales.

La generación de nuevas neuronas se ha demostrado en el hipocampo y en el bulbo olfatorio de mamíferos adultos, lo cual sugiere la persistencia de las llamadas *células troncales neuronales* a lo largo de toda la vida. Estas células del sistema nervioso pueden transformarse y dar lugar a células progenitoras diferenciadas para generar cierto tipo de neuronas. Los precursores primarios de estas células se han identificado en zonas especializadas denominadas nichos neurogénicos (Arias-Carrión y otros, 2007). De acuerdo con estas afirmaciones, el descubrimiento de que nuevas neuronas continúan generándose en el cerebro adulto ha modificado significativamente el concepto de plasticidad cerebral y ha revelado que existen nuevos mecanismos de interacción entre las neuronas que mantienen el funcionamiento del sistema nervioso. En condiciones fisiológicas normales, existe neurogénesis en dos zonas del cerebro adulto: el hipocampo y la zona subventricular, mientras que en el resto del cerebro adulto no existe neurogénesis o es escasa (Navarro, 2018). Sin embargo, cuando hay una lesión cerebral, estas células madre neurales son reclutadas y ubicadas en el perímetro de la lesión donde produce la proliferación de nuevas células con características de precursores neurales. Hasta hace algunas décadas atrás se creía que este proceso solamente se realizaba en las primeras etapas del desarrollo cognitivo. Sin embargo, en la última parte del siglo XX algunas investigaciones mostraron evidencia de que la neurogénesis también sucede en la etapa adulta, en algunas partes del cerebro. Por ejemplo, ya desde la década de los sesenta los trabajos de

Joseph Altman, mencionado por Arias y otros (2007), utilizando la técnica de autorradiografía para marcar y observar células en división, demostraron la existencia de neurogénesis en algunas áreas del cerebro adulto de la rata, específicamente en el bulbo olfatorio y el hipocampo. Estas observaciones recibieron poca atención durante los años siguientes, hasta que en la década de los noventa diversos grupos reforzaron las investigaciones con las cuales se demostró que la neurogénesis persiste en mamíferos superiores como primates y humanos (Altman J, Das GD. (196; Eriksson PS, Perfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn AM, Nordborg C, Peterson DA. y otros (1998).

También existían dudas en relación con la plasticidad sináptica, es decir, la flexibilidad de las neuronas para hacer nuevas conexiones, ya que éstas eran inicialmente consideradas inmutables en sus propiedades funcionales, algo así como los puntos de una soldadura entre los componentes de un circuito eléctrico. Pero estudios los realizados posteriormente han ido demostrando las propiedades plásticas de las sinapsis o los puntos de conexión entre neuronas.

Arias y otros (2007) también reafirman la existencia de investigaciones que han permitido determinar la presencia de ciertos tipos de células llamadas células troncales, las cuales se han identificado como células precursoras de nuevas neuronas. A partir de esos hallazgos, a la elasticidad sináptica se le vinculó originalmente con los procesos de memoria, sin embargo, en la actualidad se reconoce como un mecanismo importante en la maduración funcional de las sinapsis y en los procesos de remodelación neuronal que

conducen a la recuperación de funciones perdidas, como consecuencias de lesiones o trastornos degenerativos.

Como se ha demostrado, a través de los diferentes estudios realizados en animales y en humanos, los factores relacionados con el ambiente y la estimulación cognitiva pueden ayudar a modular los procesos de neuroplasticidad. Estos resultados han sido ampliamente utilizados en la práctica clínica para la recuperación de funciones cerebrales pérdidas a causa de lesiones cerebrales de diferentes naturalezas. Villalba y Spert (2014) afirman que a la luz de estos hallazgos de las neurociencias, las personas mayores con un envejecimiento fisiológico, con deterioro cognitivo leve o con demencia en fase leve hoy día pueden recibir una terapia específica temprana de estimulación cognitiva, para restaurar habilidades cognitivas, ralentizar la progresión del deterioro y estabilizar su estado funcional. Actualmente se sabe que dicha terapia, pautada de forma estandarizada y de forma científica, afecta al cerebro potenciando los mecanismos de plasticidad cerebral, la neurogénesis, la reserva cerebral y la angiogénesis, para restaurar habilidades cognitivas, ralentizar la progresión del deterioro y estabilizar su estado funcional. Uno de los efectos positivos que tiene la estimulación cognitiva sobre el cerebro es inducir la plasticidad cerebral. El cerebro, cuando se entrena mediante una estimulación apropiada y constante, a partir de la práctica y la repetición sistematizada, es susceptible de modificar su estructura y su funcionamiento bajo condiciones apropiadas. Si dichas condiciones se producen, aumenta el

número de conexiones entre las neuronas, y eso se manifiesta en una mayor y mejor adaptación del individuo al medio (Villalba y Spert, 2014).

Es a partir de la década de los setenta que comienzan a aparecer los programas de rehabilitación cognitiva en la práctica clínica, dirigidos a pacientes con daño cerebral, que parten de la neuroplasticidad como base biológica de la rehabilitación o intervención cognitiva (Villalba y Spert 2014). Sin embargo, hasta ahora son muy pocos los estudios que han logrado demostrar totalmente la existencia de cambios neuroplásticos a partir de la intervención cognitiva por sí misma, razón por la cual se deben realizar nuevas investigaciones, aunque muchos estudios sí han demostrado la efectividad de estos programas en el plano cognitivo y funcional. Lo que también se ha demostrado es que la plasticidad cerebral permite la adaptación a circunstancias cambiantes, incluyendo accidentes y daños producidos por agresiones al tejido cerebral. Algunos estudios han concluido que la utilización de estimulación cognitiva ayuda a reducir o detener el deterioro cognitivo (Mimura y Komatsu, 2007).

Tomando en cuenta los anteriores conceptos, la neuroplasticidad no puede ser comprendida solamente como la capacidad del organismo para adaptarse a una lesión y poder compensar de alguna forma sus efectos, sino que también debe ser reconocida su importancia en la estimulación de las funciones del cerebro, ofreciendo la posibilidad de optimizar el rendimiento de sus funciones y recuperar las capacidades humanas. En la actualidad la neuroplasticidad es considerada el fundamento biológico en el que se

sustenta la rehabilitación de funciones cognitivas pérdidas causadas por daños cerebrales. Toda esta nueva concepción neuroplástica del sistema nervioso central, nos conduce hacia la búsqueda constante de formas de estimular cambios en el funcionamiento del cerebro que permitan la restauración de funciones alteradas.

En los últimos años hemos aprendido que las alteraciones cerebrales en los niveles genéticos o sinápticos son provocados tanto por la acción restauradora del propio cerebro como por una gran variedad de factores ambientales. Los nuevos conocimientos que adquiere la persona producto de la experiencia, como el aprender un nuevo idioma, aprender computación o recibir cursos de musicoterapia, son el principal motor de la plasticidad, siendo la rehabilitación de las alteraciones cerebrales probablemente la manifestación más tangible de que se han producido mejoras con el aprendizaje, producto de los estímulos del entorno. Los nuevos aprendizajes se producen de muchas formas, por muchas razones y en cualquier momento, a lo largo de nuestra vida.

Cuando la persona está concentrada en la incorporación de un nuevo aprendizaje o viviendo una nueva experiencia, por ejemplo, aprendiendo un nuevo idioma o recibiendo capacitación para hacer actividad física, el cerebro establece una serie de conexiones neuronales que son específicas de esas vivencias. Estas vías o circuitos neuronales son construidos como rutas para la inter-comunicación de las neuronas. Estas rutas se crean en el cerebro a través del aprendizaje y la práctica de un trabajo, un oficio, una

profesión o una actividad, de forma muy parecida a como se forma un sendero en la montaña, con el paso repetido de animales o de personas. Las neuronas se comunican entre sí mediante las conexiones llamadas sinapsis y estas vías de comunicación se pueden regenerar durante toda la vida. Cada vez que se adquieren nuevos conocimientos (a través de la práctica repetida), la comunicación o la transmisión sináptica entre las neuronas implicadas se ve reforzada, de tal manera que una mejor comunicación entre las neuronas significa que las señales eléctricas viajan de manera más eficiente a lo largo del nuevo camino formado en el cerebro.

Definitivamente las personas adultas mayores activas adquieren nuevos conocimientos que indudablemente se transforman en cambios cerebrales, nuevos caminos de intercomunicación que ocurren entre las neuronas. Un nuevo aprendizaje también puede surgir por la presencia de un daño neurológico, como por ejemplo cuando se produce un derrame o accidente cerebrovascular, en estos casos se pueden afectar funciones por el área cerebral dañada, las cuales se deben aprender otra vez, por medio de rehabilitación neuromuscular (Kolb y Gibb, 2010)

En resumen, la necesidad de adquirir conocimientos nuevos continuamente está guiada por el interés del conocimiento. Sin embargo, la vida del adulto mayor está llena de oportunidades para que se produzcan nuevos aprendizajes que actualizarán el potencial del cerebro para la plasticidad. En un futuro no muy lejano creemos que será posible una combinación de la neuroplasticidad con los neurofármacos y la neurorehabilitación, que pueda

ser eficaz para la recuperación de las funciones diarias y promover el desarrollo humano más allá de nuestras propias fronteras.

2.3. Plasticidad neuronal y estimulación cognitiva en la persona adulta mayor

La plasticidad cerebral se puede revelar en forma significativa, durante el transcurso de la vida de un adulto mayor, inclusive a muy avanzada edad, (más de 80 años) (Pellicciari y otros, 2009). Recordemos que la plasticidad cerebral o plasticidad sináptica es la capacidad de adaptación que tienen las neuronas ante cambios en su medio externo e interno, lo cual se refleja en la adaptación funcional que tiene el cerebro para minimizar los efectos de las lesiones estructurales y funcionales. Esta capacidad cerebral puede también ayudar a aumentar las competencias para una gran cantidad de actividades intelectuales. El ejercicio cognitivo y la estimulación ambiental pretende el aumento de la vascularización, aumentar la resistencia al daño cerebral y el aumento de la serotonina, la dopamina y la neurogénesis (Formación Alzheimer, 2015). Aún más, se sabe que la neuroplasticidad favorece el desarrollo de una *reserva cognitiva*, que se traduce en una mejoría para mantener las funciones ejecutivas superiores activas, sobre todo en el nivel del lóbulo frontal, lo cual se incrementa con el aprendizaje y la educación, como lo señalan en sus estudios Anstey y Christensen (2000). Los autores de este trabajo consideraron pertinente formular la hipótesis de la reserva cognitiva, apoyado en el hecho de dos evidencias clínicas que soportan tal hipótesis. Quiere decir que la reserva cognitiva (RC) es la capacidad del

cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia (Díaz y otros, 2010). y representa una forma eficiente y flexible en que un sujeto es capaz de optimizar su rendimiento cognitivo y responder a las demandas del entorno. La primera evidencia de estas afirmaciones es un estudio de Garibotto y otros (2008), donde evaluaron la repercusión del aspecto laboral y educativo, en relación con el consumo del cerebro de cierto tipo de glucosa (azúcar) llamada rCMRglc. Esta evaluación se realizó utilizando exámenes de tomografía de emisión de positrones (TEP) aplicados a 242 pacientes con diagnóstico clínico de Alzheimer, 72 pacientes con deterioro leve (tipo amnésico) y 144 sujetos saludables. Los resultados de ese estudio arrojaron una correlación importante entre altos niveles de educación y ocupación, contra un bajo metabolismo de la glucosa en el cerebro en pacientes con Alzheimer; incluidos, además, los que tenían deterioro cognitivo leve.

En una investigación más reciente, Soto y otros (2013), se demostraron que el nivel de lectura mejora el rendimiento en las funciones ejecutivas en los adultos mayores; se considera esta actividad como un predictor confiable del desempeño de las funciones cognitivas superiores en el envejecimiento.

Un trabajo similar que aporta como evidencia la existencia de la reserva cognitiva, es el realizado por Roe y otros (2007) a una muestra de 37 pacientes con demencia tipo Alzheimer y 161 sin demencia. A las personas de la muestra se le inyectó un agente radiactivo (lo novedoso del estudio), denominado compuesto Pittsburgh B, marcado con carbono 11. Este

compuesto tiene la característica de adherirse a las *placas amiloides*, una especie de proteína o desecho metabólico que se forma y se acumula entre las neuronas que están relacionadas con la enfermedad de Alzheimer. Se utilizó la tomografía por emisión de positrones (PET), la cual detecta la proteína b-amiloide en el cerebro de individuos vivos. Los resultados demostraron una correlación positiva fuerte en adultos mayores con niveles altos en educación y un mayor rendimiento cognitivo. Es decir, que a mayores niveles de educación, menor presencia de placas amiloides vinculadas con Alzheimer. Lo interesante y pertinente de este resultado es que los sujetos involucrados con menos rendimiento cognitivo evidenciaron la presencia de dichas placas cerebrales.

Resultados similares fueron reportados por Meléndez y otros (2012) quienes realizaron un estudio en donde se evaluaron 200 personas con edad superior a 65 años, no institucionalizados. Estos investigadores llegaron a la conclusión de que la variable educación era uno de los principales predictores de la reserva cognitiva en los adultos mayores participantes en el estudio, habiéndose observado que aquellos sujetos con altos niveles educativos mantiene una mejor función cognitiva y un menor riesgo de pérdidas y de síntomas de demencia con la edad (Vance & Crowe, 2006). Además, la educación parece estimular la formación de conexiones neuronales, pudiendo a su vez representar una mayor propensión a participar en actividades mentalmente estimulantes.

Como se puede observar, y según lo aseguran varios autores (Petrosini y otros, 2009, p. 223) el potencial de la reserva cognitiva del cerebro se basa en la eficiencia de los circuitos neuronales. Cuando estos circuitos o conexiones neuronales se potencian por medio de la estimulación cognitiva, permiten un procesamiento de la información más efectivo.

Por todo lo anterior, puede inferirse que un adulto mayor, para lograr una adecuada reserva cognitiva y estimular la plasticidad neuronal, debe mantener una actividad intelectual permanente, por medio del estudio, la lectura, la meditación, la terapia musical y otras actividades que ayudan a la estimulación cognitiva. Todas estas evidencias dan sustentación empírica a la hipótesis planteada de que la reserva cognitiva influye en la asociación entre la carga patológica de la enfermedad de Alzheimer y la cognición, riesgo que se puede prevenir estimulando cognitivamente al adulto mayor a través de los diferentes escenarios educativos, recreativos o de interacción social.

En atención a lo expuesto, queda demostrado que la educación, aunada a un estilo de vida de alimentación saludable y actividad constante (laboral y física) del adulto mayor, puede ser un potenciador cognitivo y estimulador de la reserva cognitiva, disminuyendo o aminorando, inclusive, el nivel clínico de patología neuronal de la enfermedad de Alzheimer.

2.4. Educación, entrenamiento físico y socialización como procesos de estimulación cognitiva

Como una de las estrategias de intervención, la estimulación cognitiva es una metodología de intervención educativa que tiene como objetivo estimular las diferentes funciones cognitivas del cerebro, con el propósito de activar y ejercitar la memoria, el razonamiento, el lenguaje, la planificación y la atención. Las diferentes técnicas permiten a los especialistas trabajar de manera individual o grupal, de acuerdo con las necesidades de cada adulto mayor.

Debido a lo especializado de este tema, buena parte del contenido de este apartado del libro, ha sido recopilado y adaptado con fines educativos de Mogollón (2014). Como se mencionó anteriormente, el deterioro cognitivo tiene que ver con la alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, la concentración y la atención. Este deterioro afecta la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores afectados. Se estima que para el año 2050, más de 35 millones de personas en el mundo padecerán algún tipo de demencia específica. Un 60% de estos casos de demencia se evidencia en países emergentes, principalmente la India, China y países del Pacífico Sur (Ferri y otros, 2005).

Dentro todas las demencias, el Alzheimer sobresale como la enfermedad mental más frecuente, entre un 50% y 70% de ocurrencia; llegando hasta el punto de ser denominada la epidemia del siglo XXI. Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2020), el Alzheimer está considerado entre las seis afecciones con carácter prioritario en referencia a la salud mental.

De acuerdo con el Informe Mundial de Alzheimer (2015) existen en el mundo cerca de 900 millones de personas de 60 años y más, Se proyecta que entre el 2015 y el 2050 el número de adultos mayores aumentará a un ritmo diferente según el país de procedencia; el incremento para los países de altos recursos será menor (56%) en comparación con el gran aumento que tendrán los países de medianos recursos (185%) y al de los países de bajos recursos (239%). El aumento de la esperanza de vida está contribuyendo a que este incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, lo que conlleva al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia.

Debido a estas tendencias, ha surgido el interés por el entrenamiento cognitivo y otras intervenciones que puedan disminuir estos cambios degenerativos en la capacidad cognitiva de los adultos mayores. Hay suficientes investigaciones sobre intervenciones cognitivas que muestran sus beneficios en los adultos mayores. Sin embargo, a pesar de esas evidencias, aunque parezca extraño, también hay autores (Conway y Getz, 2010; Morrison y Chein, 2011; Shipstead, Redick y Engle, 2012) mencionados por Mogollón (2014) que piensan lo contrario, y dicen que muchos de estos programas de entrenamiento cognitivo tienen limitada eficacia en el mejoramiento de habilidades cognitivas; citan, por ejemplo, la inteligencia y habilidades de razonamiento.

Todavía no se ha logrado un verdadero consenso entre los investigadores, sobre la eficacia o los beneficios de la estimulación cognitiva aplicada en

personas adultas mayores; por ejemplo, Papp, y otros (2009) abarcó un estudio documental desde 1992, sobre los efectos potenciales de la intervención cognitiva en adultos mayores saludables. Esta investigación destacó la falta de evidencia para afirmar la relación entre el uso de paquetes informáticos utilizados para entrenamiento cerebral y el retraso o disminución del deterioro cognitivo en adultos mayores. Por otro lado, Owen y otros, (2010) destacan que la creencia de que los juegos comerciales actualmente disponibles para aplicar un entrenamiento cerebral especifico mejoran las funciones cognitivas carece de evidencia científica. También concluyen en esta investigación que los ejercicios de entrenamiento cerebral no aportan mejoras cognitivas a los individuos participantes en estas prácticas. Por otro lado, se puede mencionar el trabajo presentado por Ball y otros, (2002), donde se demostró que tres estrategias de entrenamiento cerebral, tales como memoria episódica, razonamiento inductivo y resolución de problemas, aplicadas a 2832 adultos mayores de 65 a 94 años, divididos en 4 grupos, fueron efectivas y mejoraron sus habilidades o funciones cognitivas. Existen muchos estudios de prestigiosos investigadores en neurociencias, que recomiendan continuar investigando y realizando esfuerzos en la aplicación de terapias de estimulación cognitiva para mejorar las condiciones del deterioro mental. Los investigadores también destacan la urgente necesidad de realizar estudios paralelos, donde la estimulación cerebral proviene de otros mecanismos y actividades, que

aplicados en adultos mayores pueden ser más efectivos, económicos y de mayor alcance para la salud integral de estas personas.

2.5. Plasticidad neuronal y estimulación cognitiva

A continuación, se presentarán evidencias científicas que demuestran cómo algunas actividades, aplicadas sistemáticamente y por equipos de salud capacitados, desarrollan y brindan estimulación cognitiva, logrando un mayor alcance en la salud integral de los adultos mayores.

Mogollón (2014) propone que en la estimulación cognitiva deben considerarse, en forma simultánea, tres procedimientos complementarios que pueden aplicarse a la persona adulta mayor, ya que están apoyados en evidencias y pruebas empíricas irrefutables, producto de la interacción entre los componentes de la *educación*, la *actividad física* y la *socialización*. Estos tres componentes indican que para potenciar el mejoramiento cognitivo, todos sus elementos deben interrelacionarse entre sí, y deben formar parte de las estrategias para desarrollar una salud mental con resultados sostenidos a mediano y largo plazo. Como ejemplo de esta relación se puede mencionar la evidencia científica del estudio desarrollado por Erickson y otros. (2010), el cual consistió en correlacionar el volumen de masa cerebral (materia gris), la actividad física y el deterioro cognitivo. En este estudio participaron 426 adultos mayores. De estos, 299 sujetos fueron adultos sanos (con un promedio de 78 años) y 127 sujetos con deterioro cognitivo (promedio 81 años). Los que evidenciaban deterioro cognitivo se distribuyeron de la siguiente manera: 44 con Alzheimer y 83

con deterioro cognitivo leve (DCL). La actividad física que recibieron consistió en realizar caminatas de 10 Kms. (promedio) semanales. Adicionalmente, se aplicó una mini prueba del estado mental (Mini-Mental State Examination, MMSE), para medir y supervisar la declinación cognitiva de algunos adultos mayores en un lapso de 5 años. Luego de transcurridos 10 años de estudios con imágenes tridimensionales de resonancia magnética de alta resolución, con lo cual se da una validez indiscutible a la investigación, se observó una relación de aumento en el volumen de las estructuras cerebrales, específicamente, la materia gris. Se concluyó, en este estudio, que *a mayor actividad física, mayor crecimiento del volumen del cerebro*. Desde el punto de vista neurobiológico, una disminución en el volumen del cerebro indica que las células tienden a la muerte. Al contrario, cuando hay un incremento o se mantiene su volumen, las células se manifiestan sanas y se puede lograr un óptimo rendimiento cerebral. Como resultado de este estudio, Erickson y otros (2010) mencionan que *caminar 10 kilómetros por semana protege las estructuras cerebrales en personas con Alzheimer y con desorden cognitivo leve*; especialmente en áreas claves como los centros de memoria y aprendizaje.

En dicho estudio también encontró que los individuos estudiados tuvieron menos pérdida de la memoria por más de 5 años. Los autores agregan que aunque este tipo de intervenciones no son la cura para el Alzheimer, pero que con estas actividades sí se puede ayudar a mejorar la condición mental.

En relación con la socialización y capacidad funcional en el adulto mayor diferentes estudios muestran que la red de apoyo familiar y social disminuye durante el periodo de la vejez, reconociendo igualmente que las personas mayores buscan desesperadamente rehacer su red de apoyo social y encontrar la ayuda no solo de su familia como principal sostén afectivo y social, sino también explorando la comunicación e integración con otras personas de su misma edad. Por ejemplo, en su estudio sobre integración social y habilidades funcionales en adultos mayores Durán y otros (2007) que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y retarda la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa. De igual manera, se afirma que la disminución en la capacidad funcional se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud (Pérez y García, 2003). De acuerdo con estas afirmaciones, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otras personas y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida

Por otra parte, de acuerdo con las características de la cultura de la sociedad actual, el cambio en los valores de la sociedad, la deficiente gestión de las instituciones sociales en los servicios de atención integral de la población adulta mayor y el impacto de las nuevas tecnologías de la información sobre la vida cotidiana, constituyen procesos que tienden a potenciar la marginación y aislamiento de muchos adultos mayores.

Recordemos también, que en nuestra sociedad, la persona adulta mayor es asociada con la continua pérdida de capacidades, especialmente en el aspecto físico. Por eso las personas sienten temor de llegar a esa etapa de la vida, lo que conduce a veces a un estado de aislamiento social. En este momento es donde surge la importancia del apoyo social, familiar y del sistema de salud que necesitan estas personas. En concordancia con esta necesidad fundamental humana, algunos estudios sostienen la hipótesis de que generalmente el adulto mayor que lleva una vida satisfactoria es la persona con una actividad permanente, capaz de proponer ideas y ejecutar actividades voluntarias y útiles para otros individuos. Esto quiere decir que no se interrumpe la actividad con el paso de la edad madura a la tercera edad, si existen algunos cambios, pero estos son mínimos y aparecen debido al importante paso hacia la adaptación al proceso del envejecimiento normal. También se considera que en condiciones normales los adultos mayores están aún en plenitud de ejercer sus facultades, con circunstancias llenas de posibilidades para sí mismos y para el trabajo voluntario en su comunidad. Por el contrario, cuando se origina una pérdida de sus

habilidades funcionales normales, las tareas sociales previamente definidas se ven afectadas, y su nivel de socialización como adulto mayor tiende a descender drásticamente. Esto quiere decir que el grado de satisfacción en la integración social está estrechamente relacionado con el deterioro de la salud, la actitud hacia la vejez, la funcionalidad física y el no poder realizar las mismas actividades de antes. Por esta razón se afirma que el aislamiento social en el adulto mayor va a incidir directamente en su calidad de vida, causando daños patológicos en el sistema nervioso central y en consecuencia, repercutiendo en el deterioro físico y cognitivo.

En cuanto a la educación como estrategia de estimulación cognitiva en las personas adultas mayores, esta metodología de intervención se ha convertido en la rama de más rápido crecimiento de la educación en general en países de la época post-industrial, y uno de los más importantes retos actuales de la educación para adultos. El tema ha generado un número importante de proyectos de investigación y publicaciones que buscan analizar el carácter formador del aprendizaje durante la tercera edad (Formosa, 2000). Este autor en sus conclusiones reafirma el hecho de que las personas adultas mayores requieren tipos o modelos de enseñanza teórico y práctica diferentes a los sistemas educativos clásicos, los cuales deben estar más vinculados con sus experiencias, necesidades, condiciones de vida y su forma de pensar, sentir y actuar. Finalmente, propone generar oportunidades y mejores condiciones para que los adultos mayores refuercen sus procesos de aprendizaje en un adecuado entorno educativo,

que puede constituir fuente de satisfacción y la posibilidad de una vida productiva con mayor sentido para su propia percepción existencial; aquí de nuevo se aplica la opinión calificada sobre la responsabilidad social de ofrecer a nuestros adultos mayores nuevas opciones educativas para su formación personal e intercultural.

La educación en las personas adultas mayores debe ayudar conservar su autosuficiencia, su adaptación social y la forma de mantener el vínculo con el desarrollo de la sociedad actual. Mediante la educación se puede lograr que el adulto mayor se encuentre interesado en el futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y actividades sociales que le permitan aprender cada día de nuevas experiencias y tener mayor interés y satisfacción por la vida.

Dadas las características del aprendizaje en estas personas, se debe tener en cuenta la búsqueda de estrategias de enseñanza y aprendizaje idóneos, para trasmitir los nuevos conocimientos, ajustados a sus condiciones particulares. Los centros de salud, los centros educativos, las familias y las comunidades son agentes de cambio importantes que en su interacción con las personas adultas mayores pueden trabajar en programas de educación, estimulación y preparación de los adultos para esta etapa de la vida. Los programas universitarios para adultos mayores tienen un papel fundamental en el proceso de educación y en la promoción de una actitud positiva hacia la vejez bajo la cultura del envejecimiento saludable, a partir de oportunidades educativas y de autodesarrollo, mediante un proceso de

educación y concientización en el ámbito social sobre el valor humano de esta importante etapa de la vida.

La educación en el adulto mayor debe ser una educación para aprender a vivir, este es el tema más importante, el desarrollo de sus potencialidades humanas es la tarea principal. Analizar preguntas como quién soy y cómo me siento siendo como soy, explorando el auto-concepto; en fin, cómo enfrentar los problemas es una tarea que no se debe olvidar en la educación del adulto mayor. Las personas adultas mayores necesitan tener acceso a programas sociales y educativos que les permita hacer ejercicio físico sistemático, oportunidades de recreación y orientación psicológica, por medio de la enseñanza de rutinas que fomenten el bienestar integral y la práctica de estilos de vida saludables. Todas estas oportunidades ayudan a que el adulto mayor pueda: a) hacer frente con más éxito a las limitaciones físicas y funcionales, b) incorporar experiencias de aprendizaje; c) fortalecer su conciencia de utilidad y su autoestima; d) mantener el equilibrio, la flexibilidad y la expresividad corporal; e) manejar mejor el estrés las tensiones y el cansancio de la vida moderna; y prevenir problemas físicos y funcionales o neutralizar las consecuencias del envejecimiento.

Actualmente, para hacer más atractiva la educación del adulto mayor se requiere la estimulación de ciertas habilidades como: el aprender a aprender, el trabajo colaborativo, el desarrollo de proyectos productivos, el estudio de casos y la solución de problemas de la vida real.

Finalmente, todo programa educativo debe tener como propósito fundamental dar una respuesta a las necesidades socioeducativas de las personas adultas mayores, como medio para promover el mejoramiento de su desarrollo personal y mejorar su calidad de vida.

En el camino de la búsqueda de investigaciones sobre terapias alternativas de estimulación cognitiva de la persona adulta mayor y sus evidencias, se ha encontrado una asociación entre el tratamiento con musicoterapia y el retardo en el desarrollo de la enfermedad de Alzhéimer y Parkinson. De acuerdo con las publicaciones de Diez (2016) los estudios avalan el uso de música en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas; pareciera que los afectados por estas enfermedades muestran una mejora en las áreas cognitivas, socioemocionales y físicas. En el caso de pacientes psicogeriátricos aumenta la motricidad de la persona, la música incita a las personas a moverse más. Según esta autora la música tiene la capacidad de que con esta herramienta se puede llegar a muchas áreas de la persona.

La musicoterapia tiene como principal objetivo atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas; apunta a desarrollar potenciales y restablecer funciones del individuo para que pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal y, en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida (Federación Mundial de Musicoterapia, 1996) La música confiere a los miembros de la tercera edad una parte estética preciosa que dota a la propia disciplina de algo que para las personas es muy espiritual. La aplicación de la musicoterapia en personas

con enfermedades neurodegenerativas tiene una explicación, porque el cerebro es un ente musical por naturaleza, precisamente los músico-terapeutas centran su trabajo en la estimulación de las partes del cerebro no dañadas para intentar restablecer lo que se pueda de esa parte y lograr reconexiones neuronales inactivas. Gutiérrez y otros (2017) afirman que en el campo de la geriatría la musicoterapia es capaz de modular factores de la cognición implicando diversas funciones cognitivas. Como resultado de sus investigaciones encontraron que la musicoterapia ha sido ampliamente utilizada en varias ocasiones como terapéutica complementaria en adultos mayores, sobre todo en aquellos que presentan algún tipo de alteración cognitiva relevante, los efectos reportados sugieren mejoría en la función cognitiva de la memoria. Sin embargo, hace falta evidencia de esta intervención en adultos mayores sanos cognitivamente.

Se afirma también que no existe un tipo de música específica para la terapia, cada persona tiene sus propios gustos, lo que le agrada a alguien puede disgustar a otro individuo y viceversa. La música en la terapia es casi siempre más efectiva en vivo, pues la música ya hecha está enlatada y no permite al terapeuta adaptarse a la persona, la misión del especialista es observar a las personas, su cuerpo, mirada, atención, escuchar su tono de voz.

Es necesario ampliar y profundizar las investigaciones sobre los posibles efectos de la música en personas adultas mayores y su influencia en el retardo de ciertas enfermedades neurodegenerativas. Por el momento, hay

indicios de que esta puede ser una alternativa terapéutica importante de estimulación cognitiva en las personas adultas mayores.

CAPITULO III

Alimentación saludable y nutrición en la persona adulta mayor

La alimentación y buena nutrición consiste en consumir una dieta saludable y balanceada para que el cuerpo obtenga los nutrientes o sustancias presentes en los alimentos que el cuerpo necesita para poder funcionar y crecer. Estos nutriente incluyen diferentes grupos de alimentos como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el agua.

Como ya sabemos, en esta etapa de la vida el organismo presenta una serie de modificaciones como la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea, y la reducción de la movilidad de las articulaciones, que originan movimientos más lentos y pérdida de equilibrio. De igual manera, el proceso de envejecimiento también tiene consecuencias sobre la capacidad para alimentarse y obtener los nutrientes necesarios, porque se afecta el funcionamiento del aparato digestivo, la masticación y la producción de saliva. Por ejemplo, las secreciones del estómago disminuyen, lo que retrasa la digestión y reduce la absorción de las vitaminas y otros nutrientes. Las dificultades para masticar y tragar los alimentos, relacionadas con el deterioro de la dentadura y una menor producción de saliva pueden provocar gases y estreñimiento.

Los cambios que el adulto mayor experimenta como producto del envejecimiento pueden ser modificados mediante la realización de cambios en los patrones de alimentación y el estado nutricional. Es reconocido que los hábitos alimentarios inadecuados y la mala nutrición se convierten en un factor de riesgo importante de enfermedad y mortalidad, porque contribuyen con una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de esta población. Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor según Zayas (2004) son:

• Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, dependencia, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.

• Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones de algunos medicamentos con los nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.

• Factores psicosociales: abandono, pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos factores de riesgo vuelven más frágiles a las personas adultas mayores y los hacen susceptibles a sufrir enfermedades y discapacidades. Por estas

razones la alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo, influyen en la evolución de la fragilidad y la calidad de vida de estas personas.

3.1. Importancia de la alimentación saludable en la persona adulta mayor

La buena alimentación y nutrición es muy importante en esta etapa de la vida, debido a que permitirá preservar la salud y mantener una mejor calidad de vida, así como disminuir las complicaciones propias del proceso de envejecimiento que son frecuentes en esta etapa de la vida.

Naturalmente el adulto mayor experimenta cambios biológicos en los procesos metabólicos y esto hace que sea un grupo con cierto riesgo de desnutrición, por lo cual es necesaria una alimentación adecuada a sus necesidades y actividad física, para que pueda tener una mejor calidad de vida. Todo esto hace que las personas adultas mayores tengan que adaptar su dieta a las nuevas condiciones de su aparato digestivo, modificando el tipo de alimentos que comen, para que resulten fáciles de tragar y digerir y les aporten los nutrientes necesarios, de acuerdo con sus características fisiológicas, el nivel de actividad y las enfermedades que padezcan. El principal objetivo de una adecuada alimentación en la persona adulta mayor, es mantener un óptimo estado de salud, que permita cubrir las necesidades nutricionales diarias para evitar deficiencias, mantener el adecuado peso corporal, retardar la ocurrencia o progresión de

enfermedades relacionadas con nutrición y evitar la ingesta de alimentos que puedan perjudicar su salud.

La persona adulta mayor, por sus condiciones y características especiales propias de la edad, debe mantener una dieta adecuada para su edad y equilibrada en su contenido nutricional, que le permita desarrollar sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio. Recordemos que en la edad adulta mayor, el metabolismo se vuelve más lento, la actividad física y el tejido muscular disminuyen y hay acumulación de grasa; por lo que es conveniente consumir alimentos bajos en calorías, que sean apropiados para prevenir o retrasar algunas enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras. Hay estudios que demuestran que una buena dieta en la edad avanzada reduce el riesgo de osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer.

Un adulto mayor que no mantiene de manera constante una buena nutrición hace que su calidad de vida en cualquier momento se pueda deteriorar, por lo tanto, el cuidado nutricional es un factor que participa en la calidad y la prolongación de la vida. Otra situación a tomar en cuenta es el hecho de que generalmente, en esta etapa de la vida, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a disminuir, razón por la cual se debe tener especial cuidado de tener una dieta balanceada y atractiva que aporte una nutrición equilibrada y saludable. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los problemas

asociados con el proceso de envejecimiento, entre ellos, continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad.

Existen muchas personas mayores que tienen un consumo bajo de alimentos con valor nutritivo adecuado, en ocasiones debido a causas relacionadas con la carencia de recursos, en otras, por los malos hábitos alimentarios que se transforma en una baja ingesta de frutas, verduras y otros alimentos nutritivos por debajo de los requerimientos recomendados para la edad, o por el consumo de alimentos muy grasosos y perjudiciales para la salud, con lo cual se incrementa el riesgo cardiovascular, algunas veces por el sobrepeso, la desnutrición o el desarrollo de diferentes enfermedades crónicas.

Recordemos que con la edad, el organismo sufre cambios fisiológicos a los que el cuerpo debe adaptarse y adquiere distintos tipos de alteraciones, como por ejemplo, cambios en el funcionamiento de los sentidos, en la masticación y deglución de los alimentos y la hidratación del cuerpo, entre otros cambios.

Además de la pérdida de la masa muscular, la desnutrición se puede presentar con más frecuencia en personas muy mayores que residen en sus propios domicilios. Entre las principales causas de la desnutrición en estas personas está la ingesta inadecuada de alimentos, la anorexia o pérdida del apetito, la pobreza, el nivel cultural, el abandono, un entorno social adverso,

la dependencia o la discapacidad, las enfermedades, la depresión y el alcohol, entre otras causas. Casi simultáneamente con la pérdida de peso y la mala nutrición, se pueden presentar otros síntomas importantes como anemia, deshidratación, cansancio, disminución del ritmo respiratorio y cardiovascular, alteraciones del metabolismo en general y efectos secundarios de algunos fármacos, caídas frecuentes, fracturas y deterioro del estado funcional. En general se puede afirmar que la mala nutrición del adulto mayor incrementa el riesgo de sufrir enfermedades, las cuales vuelven a los individuos más vulnerables a infecciones, se deteriora la capacidad funcional y se disminuye la calidad de vida. Se puede asegurar que en el adulto mayor se da una doble carga de mala nutrición: La doble carga de definida como la manifestación simultánea de desnutrición y sobrepeso y obesidad (Popkin y otros, 2018). En el caso de incremento del sobrepeso se debe, principalmente, a cambios rápidos en el sistema alimentario, particularmente en la disponibilidad de comidas y bebidas ultra procesadas de bajo costo y a la reducción importante de la actividad física en el trabajo, transporte, hogar, e incluso durante el ocio, debido a la introducción de tecnologías que ahorran actividad.

Algunos problemas gastrointestinales que afectan a las personas mayores se relacionan con las náuseas y la anorexia. Por otro lado, la diarrea y el estreñimiento también guardan relación con una ingesta insuficiente de alimentos en individuos con enfermedades crónicas. La diabetes mellitus, la enfermedad de las arterias coronarias, la insuficiencia cardiaca congestiva y

la alta presión arterial, son enfermedades que por lo general se tratan con restricciones dietéticas de azúcares, grasas o sal, aunque estos tres componentes de la dieta son en buena parte responsables del sabor de la comida. Algunos medicamentos también pueden influir en la absorción o eliminación de los nutrientes y alterar el metabolismo vitamínico, por ejemplo, la pérdida de sodio, potasio y calcio causado por los diuréticos; una menor absorción de vitamina B12, hierro y calcio provocadas por los antiácidos, la reducción de la vitamina D con algunos tratamientos y la inhibición de la absorción de zinc y calcio debido a los suplementos de hierro que a veces se necesitan (Inestrosa, 2011). Todos estos trastornos de la alimentación se enmarcan dentro de una nueva realidad nutricional impulsada por cambios importantes y rápidos que han tenido lugar en el sistema alimentario, como los nuevos hábitos de consumo y la transformación de los sectores minoristas de alimentos locales en servicios agroalimentarios de la economía mundial y nacional, que ofrecen una mayor e importante disponibilidad de alimentos ultra procesados en los grandes supermercados (Reardon y Timmer, 2012); Popkin y Reardon, 2018).

3.2. ¿Qué debe incluir en su dieta el adulto mayor?

Recordemos que esta etapa, tanto el apetito como la cantidad de alimentos ingeridos tienden a disminuir, por lo que la persona adulta mayor debe tener especial cuidado de llevar una dieta balanceada y atractiva, que aporte una nutrición equilibrada y saludable. Por medio de las dietas saludables pueden

revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados con el proceso de envejecimiento, asegurando de este modo, que muchas personas mayores puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad.

Hay muchas personas mayores que deciden no comer en la noche o comer muy poco, sin embargo, es importante mantener siempre una comida adicional liviana por la tarde, que evite al cuerpo a estar con un largo período de ayuno y se mantengan activas ciertas funciones metabólicas esenciales en el organismo. En lo posible se debe comer entre cuatro o cinco veces al día: desayuno, almuerzo, una merienda por la tarde y cena, de acuerdo con las indicaciones específicas que recomiende el médico o el profesional en nutrición.

Durante la edad adulta mayor, la dieta debe ser muy bien equilibrada y debe estar acorde con las condiciones propias de cada individuo, la actividad física y gasto energético de cada persona. La dieta debe incluir alimentos que le aporten las cantidades de grasa, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales que el cuerpo necesita para prevenir el deterioro de la salud y funcionar con normalidad.

Grasas o lípidos

Si bien es cierto que las necesidades energéticas descienden a medida que aumenta la edad de las personas, las grasas siguen siendo muy importantes en la alimentación diaria de la persona adulta mayor (Calvo, 2017). La importancia del consumo moderado de grasas, se debe a que son fuente de energía; aportan más calorías que otros nutrientes como las proteínas y los carbohidratos; ayudan a la absorción y transporte de vitaminas como A, D, E y K y mantienen la piel saludable. El cerebro, después del tejido adiposo, es el órgano más rico en lípidos y ácidos grasos poliinsaturados. Los lípidos o grasas como los ácidos grasos omega-3, son constituyentes de las células del cerebro, lo cual influye en sus propiedades fisicoquímicas y por ende en su funcionamiento normal.

Las grasas cumplen una función muy importante en la alimentación, debido a que son esenciales para un buen crecimiento y desarrollo de nuestro organismo. Las grasas forman parte de la estructura celular, especialmente de la membrana celular. Igualmente constituyen una de las principales fuentes de energía para las células. Tienen además una función reguladora, porque algunos lípidos forman hormonas como las sexuales o las suprarrenales. La adrenalina, noradrenalina, estrógenos, progesterona y testosterona, entre otras, son ejemplos de hormonas dependientes de las grasas. Las grasas aíslan el cuerpo de la temperatura ambiente, protegiéndolo de cambios repentinos de temperatura y de los daños producidos por golpes. Las grasas livianas o insaturadas han demostrado ser de gran utilidad para el cuerpo pueda reducir el colesterol malo o LDL y en

la disminución del riesgo de enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares (Ortega, 2006).

Las grasas que el cuerpo obtiene de los alimentos aportan los ácidos grasos esenciales, como el ácido linoleico. Se denominan "esenciales" debido a que el cuerpo no los puede producir por sí solo o no trabaja sin ellos. El cuerpo los necesita para el desarrollo del cerebro, el control de la inflamación y la coagulación de la sangre. No obstante, conocer el origen y la composición de las grasas que ingerimos es importante para lograr un aporte equilibrado de los diferentes ácidos grasos (saturados e insaturados) y lograr el mayor efecto beneficioso en nuestro organismo. Por ello, es esencial escoger bien qué tipo de grasas consumimos y dar prioridad a las grasas de buena calidad como las *mono-insaturadas y las poliinsaturadas*.

Naturaleza y calidad de las grasas para una buena nutrición

De acuerdo con la American Heart Association Nutrition Committee (2014) las grasas *saturadas* son aquellas grasas pesadas en las cuales predominan los ácidos grasos saturados. Estas grasas son generalmente sólidas a la temperatura ambiente. Este tipo de grasas generalmente se encuentran en los embutidos, carnes de res grasosas, cerdo y pollo con piel, entre otros alimentos. Hay que tener mucho cuidado con el consumo excesivo de este tipo de grasa, porque están relacionadas con la acumulación de grasas en las paredes internas de las venas y arteras, así como el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. La manteca que se usa para preparar

algunas comidas caseras tradicionales que se constituyen en un alimento con mucha cantidad de grasa de este tipo. La mayoría de las grasas saturadas aumentan el nivel de colesterol LDL ("malo"), lo cual se eleva el riesgo de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y otros problemas graves de salud. Las grasas saturadas o grasas trans se utilizan mucho para preparar alimentos fritos en algunos restaurantes y bares donde se sirven las llamadas “bocas” y comidas rápidas. El consumo excesivo de grasas saturadas o grasas trans aumenta el riesgo de infartos de miocardio y los derrames cerebrales. Estudio realizados por la Universidad de Yale, Estados Unidos, publicados en la Revista JAMA Cardiology Journal, han logrado demostrar que las restricciones en el consumo público de ácidos grasos trans, tiene un efecto importante con la disminución de un 6,2% en las atenciones ambulatorias y de un 8,4% en las muertes por infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares o derrames cerebrales (Brand y otros, 2017).

Por otro lado, las grasas *insaturadas o poliinsaturadas* son grasas líquidas a temperatura ambiente, formadas principalmente por ácidos grasos insaturados. Comúnmente se les conoce como aceites, como el aceite de oliva, de girasol, de maíz o de soya. Estos tipos de grasas son muy beneficiosas para el cuerpo humano, porque bajan los triglicéridos y reducen los niveles del colesterol malo LDL en la sangre, que es el causante del endurecimiento de las arterias y de los riesgos cardiovasculares.

Las grasas deben constituir aproximadamente un 25% del aporte nutricional total. Pero recuerde que no se debe abusar de los alimentos grasosos, debido a las consecuencias negativas que pueden tener sobre las arterias y el corazón, tampoco es conveniente eliminar totalmente la grasa de la dieta de los adultos mayores. Algunos frutos secos como las almendras, las avellanas y los pistachos contienen grandes cantidades de grasas insaturadas saludables (Norton, 2017). Ciertos pescados como el salmón y el atún también son fuentes ricas en grasas insaturadas. Complementario al consumo de las grasas buenas, es muy importante el consumo de leche descremada y sus derivados sin grasa, como quesos, yogures, etc., ya que representan una fuente muy buena de calcio, y ayudan a evitar la aparición de enfermedades como la osteoporosis.

Proteínas

La proteína es un nutriente esencial en la dieta diaria que provee energía a nuestro cuerpo y está involucrado en muchas funciones vitales como la reparación de los tejidos, mantenimiento y buen funcionamiento del sistema inmunológico (Ford y Dahl, 2018). Es uno de los componentes estructurales y funcionales en todas las células de nuestro cuerpo, incluyendo enzimas y muchas hormonas. Las proteínas son moléculas grandes que constituyen el principal nutriente que ayudan a la formación de los tejidos y músculos del cuerpo. También colaboran en el transporte de grasas y oxígeno, forman parte de determinadas hormonas, enzimas (sustancias que hacen posibles múltiples reacciones necesarias para nuestro cuerpo) y de las

inmunoglobulinas o anticuerpos, responsables de la defensa del organismo; intervienen también en la formación de tejidos corporales, son las encargadas de producir la regeneración del cabello y las uñas. La mayoría de estas funciones de las proteínas se ven afectadas por el envejecimiento, que se acompaña de una disminución en la masa del músculo esquelético y la fuerza. La pérdida de masa muscular con el envejecimiento se atribuye, al menos parcialmente, a la disminución de la respuesta de la síntesis de proteína muscular y al consumo de alimentos proteínicos (Luc, 2016). Un estilo de vida activo y un consumo amplio de proteína de la dieta, distribuido en varios alimentos durante el día, mejora notablemente la capacidad de mantener el tejido muscular esquelético en buen estado con el envejecimiento. La ingesta diaria de proteínas promueve una respuesta inmunitaria adecuada, regula las reacciones bioquímicas y mantiene fuertes los músculos, los tejidos y los órganos.

Las proteínas constituyen un 20% de la dieta. Para no pasarse de este límite es conveniente no abusar de las carnes grasosas corrientes. Hay que consumir más pescado, que se puede combinar con verduras y hortalizas. Los alimentos ricos en proteína son las carnes, pescado, pollo, huevo, soya y los lácteos, entre otros alimentos. Algunas personas adultas presentan problemas dentales que les impiden una adecuada masticación y deglución de las carnes y otros alimentos ricos en proteínas. Si este grupo de alimentos no se consume adecuadamente, la desnutrición proteico-calórico se puede constituir en un problema particular, porque la deficiencia de

proteínas contribuyen con la aparición del edema o hinchazón de piernas y pies, eczema, prurito, fatiga y debilidad muscular. Cuando hay falta de proteínas las heridas cicatrizan con lentitud, y es posible que la respuesta inmunológica corporal se altere. Por tanto se recomienda que del total de calorías suministradas se consuma entre un 15-20% en forma de proteínas. Los adultos mayores corren el riesgo de disminuir la masa muscular y la fuerza muscular, y es posible que no consuman a proteína adecuada. Los adultos mayores pueden beneficiarse de una mayor cantidad de proteínas para ayudar a mantener su peso, reducir la pérdida de masa muscular y mantener la salud en general (Ford y Dahl, 2018).

Carbohidratos

Los carbohidratos son moléculas de azúcar que junto con las proteínas y las grasas, los carbohidratos son uno de los tres nutrientes principales que se encuentran en alimentos y las bebidas. Los carbohidratos o hidratos de carbono son sustancias que dan energía al cuerpo. Los carbohidratos deben representar un 55% del aporte nutricional total. Se encuentran en alimentos como frutas y jugo de fruta, cereal, pan, pasta y arroz, leche y productos lácteos, frijoles, legumbres y lentejas, verduras con almidón como las patatas y el maíz. También están en alimentos dulces como galletas, caramelos, tortas, mermeladas, jaleas, miel y otros alimentos que contienen azúcar adicionada, bocadillos como patatas fritas y galletas saladas, tortillas, pastas (tallarines, macarrones, etcétera). Estos alimentos, además, contienen bastante cantidad de fibra. No existe una cantidad única de

carbohidratos que las personas deban consumir. Esta cantidad puede variar, dependiendo de factores como la edad, sexo, estado de salud y si está tratando de bajar o subir de peso. En promedio, las personas deben obtener del 45 al 65% de sus calorías de los carbohidratos todos los días.

La cantidad mínima requerida por el organismo para suplir las necesidades de las células nerviosas, los glóbulos rojos y la médula ósea, es de aproximadamente 180 gramos diarios, de los cuales el organismo puede sintetizar 130 gramos por día, por lo que los restantes 50 gramos deben ser suministrados en la dieta. Se recomienda que entre el 50 y el 60% de las calorías totales de la dieta provengan de la oxidación de los carbohidratos, sin embargo, este porcentaje varía ampliamente entre diferentes poblaciones e individuos, según sus necesidades y sus patrones de alimentación (Mahan y Stump, 2001). El consumo excesivo de azúcares puede llegar a ser un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes. En el caso de la diabetes, la meta no es limitar los carbohidratos en la dieta completamente, sino asegurarse de no comer demasiados. Comer una cantidad normal de carbohidratos a lo largo del día puede ayudarlo a mantener su nivel de azúcar en la sangre estable. Las personas con diabetes que toman insulina pueden usar el conteo de carbohidratos para ayudarse a determinar la dosis exacta de insulina que necesitan en las comidas. La mayoría de los adultos mayores con diabetes no deben comer más de 200 gramos de carbohidratos por día.

Vitaminas

Las vitaminas son substancias químicas que no las puede producir nuestro organismo, excepto la vitamina D, que se puede formar en la piel por medio de la radiación ultravioleta procedente del sol, por lo tanto las vitaminas se deben obtener de los alimentos. Las vitaminas están presentes en pequeñas cantidades en los alimentos y son indispensables para la vida, la salud, la actividad física y cotidiana, especialmente en las personas adultas mayores.

Las vitaminas no producen energía y por tanto no producen calorías, pero sí intervienen como catalizador en ciertas reacciones bioquímicas dentro de las células, provocando la liberación de energía. En otras palabras, la función de las vitaminas es la de facilitar la transformación que siguen ciertos nutrientes en nuestro cuerpo para ser asimilados. Las vitaminas son importantísimas para el correcto funcionamiento del cuerpo porque ayudan a producir las enzimas que el cuerpo necesita; su carencia puede producir ciertas enfermedades graves e incluso la muerte. Por ejemplo, la falta de ciertas vitaminas puede producir problemas en el crecimiento y desarrollo, varias enfermedades en la vista como las cataratas, problemas en los dientes, en la piel y trastornos digestivos, entre otras enfermedades.

Las vitaminas se dividen en dos grupos; liposolubles: como las vitaminas A, D, E y K; e hidrosolubles que son las vitaminas B y C. Son sustancias orgánicas de estructura muy variada que no se sintetizan en el organismo y en los casos en los que sí se sintetizan, lo hacen en cantidades insuficientes para permitir un desarrollo normal (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013). Intervienen modulando y catalizando diferentes

reacciones metabólicas y son imprescindibles, en pequeñas cantidades, para alcanzar un equilibrio nutricional adecuado.

La falta de vitamina A se manifiesta típicamente como xeroftalmia (por pérdida de diferenciación de las células mucosas de la córnea), manchas de queratina descamada en la córnea; en estados avanzados produce ceguera (Ballesteros y Ares, (2003).

En las personas mayores es frecuente observar la carencia de vitamina D, que puede deberse, en muchos casos, a la falta de exposición al sol. La carencia de vitamina D en adultos mayores puede conducir a una pérdida de densidad ósea, lo que puede llevar a sufrir osteoporosis y fracturas en los huesos. Si por falta de movilidad en la persona no se puede ir a tomar sol, hay que mejorar el aporte de esta vitamina por medio de la dieta. En un estudio realizado por expertos de la Universidad de Exeter, en el Reino Unido se ha encontrado un cierto vínculo entre la falta de vitamina D y el alzhéimer. Según ellos, la falta de vitamina D se asocia con un riesgo significativamente mayor de demencia y enfermedad de Alzheimer en las personas mayores (Howland, 2014). Zittermann (1992) afirma que la persona con deficiencia de vitamina D tiene un mayor riesgo de predisposición a la artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad inflamatoria intestinal, hipertensión y ciertos tipos de cáncer. *La* deficiencia de vitamina B1 puede causar diarrea, pérdida de peso y alteraciones de la conducta, como irritabilidad, depresión, falta de memoria y menor capacidad de concentración. También debilidad muscular, cansancio y

alteraciones cardiacas. La anemia por deficiencia de vitamina B12 implica un conteo bajo de glóbulos rojos debido a una falta de dicha vitamina.

La vitamina E es un nutriente importante para la visión, la reproducción y la salud de la sangre, el cerebro y la piel. También tiene propiedades antioxidantes. Los antioxidantes son sustancias que pueden proteger las células contra los efectos de los desechos celulares llamados radicales libres. La deficiencia grave de vitamina C en el organismo puede provocar una enfermedad llamada escorbuto, que causa anemia, sangrado de las encías, hematomas y mala cicatrización de heridas.

Se recomienda que los adultos mayores consuman alimentos ricos en vitamina A, B, C y D, porque es mejor obtenerlas de los alimentos que administrar suplementos en la dieta. La vitaminas A se encuentra en el brócoli, el ayote, las espinacas, ciruelas, zanahorias, acelgas, espinacas, en la y leche y sus derivados, como el queso y la mantequilla.

Los alimentos ricos en vitamina B, especialmente la B12 son las vísceras como los riñones, el hígado y carnes en general, además de huevos, pescados y productos lácteos.

Entre los alimentos ricos en vitamina C están los tomates, espinaca, y jugos de guayaba, toronja, naranja y limón. Otros alimentos con mucha vitamina C son: brócoli, fresas, pimientos verdes, coles y el melón.

Algunos pescados como el atún, la sardina y el salmón contienen importantes cantidades de vitamina D. En muchos países, los alimentos

tales como leche, yogurt, margarina, pastas, cereales y el pan están fortificados con vitamina D. Es decir, que se ha añadido vitamina D a estos alimentos de forma artificial, ya que normalmente no son alimentos que contengan este tipo de vitamina.

En resumen, una alimentación saludable incluye el consumo diario de abundantes verduras y frutas, tomar leche o yogurt con poca grasa, preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua. De manera práctica González y Olivares (2015) recomiendan el siguiente plan de alimentación diaria para estar sano y vivir mejor:

a. Lácteos descremados (2 a 3 porciones): Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B.

b. Pescado, carnes y huevos (1porción): Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre.

c. Verduras (3 porciones): Aportan vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética.

d. Frutas (2 porciones): Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas.

e. Pan, cereales y papas (2 0 3 porciones): Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas.

Es importante aclarar que, aunque las anteriores porciones de grupos alimenticios son generales, en todo caso, las recomendaciones dietéticas específicas para cada individuo en particular, deben ser establecidas por un

profesional en nutrición, de acuerdo con el estado de salud, la edad, las condiciones nutricionales de la persona y otros criterios propios de esta especialidad profesional.

Además, los autores formulan las siguientes recomendaciones complementarias a la dieta:

-Moderar el consumo de té y café porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir, contribuyen con la deshidratación, en especial cuando el adulto mayor toma poco líquido.

-Beber agua en los intervalos de las comidas. Con la edad, la las personas mayores pierden la sensación de sed. El agua es esencial para el buen funcionamiento de los riñones, evita la deshidratación, mantiene la temperatura corporal normal y ayuda a la digestión.

-Si toma bebidas alcohólicas, disminuya su consumo a no más de una copa de vino tinto al día. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos y aumenta el riesgo de accidentes.

- Mantener un control permanente del peso (evite el sobrepeso y la obesidad)

-Realizar actividad física, por ejemplo caminar 30 minutos todos los días, o seguir el régimen de actividad física que le recomiende su médico. En caso de duda o malestar por la intensidad o el tipo de ejercicio físico que usted realice, se debe consultar con el médico o el terapeuta en salud.

3.3. Recuerde tomar suficiente agua todos los días

El agua es un líquido de la naturaleza indispensable para el mantenimiento de la vida humana. En criterio del Internacional Life Sciences Institute (2010) debido a sus múltiples propiedades, el agua desempeña numerosas e importantísimas funciones corporales esenciales para la vida, entre las cuales están las siguientes propiedades:

-Transporta los nutrimentos y los desechos de las células y otras sustancias, como hormonas, enzimas, plaquetas y células sanguíneas. Gracias a ello, facilita tanto el metabolismo celular como el funcionamiento químico celular.

-Es un excelente solvente y medio de suspensión de sustancias. Muchos sustratos o sustancias se disuelven o llegan a estar suspendidos en agua, lo que les permite reaccionar para formar nuevos compuestos. Esta cualidad del agua también facilita la eliminación de productos de desecho y toxinas a través de la orina.

-Como solvente, se combina con moléculas viscosas para formar fluidos lubricantes para las articulaciones, las mucosas que lubrican los tractos digestivo y genitourinario, el líquido ceroso que lubrica las vísceras, así como la saliva y otras secreciones que lubrican los alimentos a su paso por el tracto digestivo.

-Absorbe el calor ante cualquier cambio en la temperatura, aun cuando éste sea relativamente pequeño. Dada su capacidad de almacenamiento térmico, el agua ayuda a regular la temperatura del cuerpo, absorbiendo el calor y

liberándolo a través de la producción y evaporación por medio de la transpiración.

-Es una unidad bioquímica estructural que forma parte importante del organismo. Mantiene la forma de las células, constituye una parte integral de las membranas celulares, amortigua los órganos de los golpes y ayuda a mantener las estructuras del cuerpo.

La masa muscular en los adultos está conformada por alrededor de 70 a 75% de agua, mientras que el tejido adiposo constituye entre 10 y 40% del peso corporal. A ello se debe que las mujeres suelen tener un porcentaje de agua corporal menor que los hombres, pues poseen una proporción de grasa relativamente más alta; a medida que aumenta el tejido adiposo, la porción de agua en el cuerpo disminuye (Laaksonen, 2003).

Con el envejecimiento la cantidad de agua en el cuerpo se reduce, debido sobre todo a la pérdida de masa muscular (Rose, 2001). Por ejemplo, el agua ocupa 74% del organismo en una niña recién nacida, pero esa proporción desciende hasta 47% en una mujer de 51 años; un varón de la misma edad tiene 56% de agua.

Independiente de todas estas importantes funciones que tiene el agua, el cuerpo humano pierde agua principalmente a través de los riñones en forma de orina y a través de la piel en forma de sudor. Estas pérdidas varían mucho según la ingesta de líquidos, la dieta, el nivel de actividad, la temperatura y la ropa. El balance de agua en el cuerpo se consigue cuando las pérdidas se compensan con la ingesta de alimentos y bebidas y con la

producción metabólica de agua. Este balance de agua varía a lo largo del día, pero normalmente se regula a un 0,1-0,2% del peso corporal a lo largo de las 24 horas, a pesar de los diferentes alimentos y líquidos consumidos y de la pérdida de agua (Grandjean y Campbell, 2006). El déficit y el exceso de agua provocan cambios compensatorios en el comportamiento de beber o en el volumen de orina expulsado, hasta que el balance de agua se haya restablecido. Las necesidades de agua varían entre personas y según su dieta, las condiciones ambientales, el nivel de actividad y otros factores. La cantidad de agua que se considera adecuada incluye el agua que proviene del agua de consumo, de las bebidas de todo tipo, y de la humedad de los alimentos, y sólo pueden ser aplicadas a condiciones de temperatura ambiental moderada y niveles moderados de actividad física.

En condiciones normales se calcula que un adulto que vive en un clima de temperaturas moderadas, pierde entre 2 y 2,5 litros de agua al día por medio de la respiración, el sudor, la orina y otras secreciones del cuerpo. La cantidad total de agua que se pierde dependerá del sexo, el tamaño corporal, el clima, la vestimenta que lleve, los niveles de actividad y muchos otros factores (Grandjean y Campbell, 2006). De acuerdo con esta misma fuente, es importante aprender bien las señales que nos envía el cuerpo en relación con la hidratación: el color de la orina es una de las mejores maneras de conocer nuestro estado de hidratación. Por tanto, es conveniente fijarse de vez en cuando en el color de la orina. Una orina del color de la paja o

amarillento claro indica una buena ingesta de líquidos; mientras que entre más oscura sea la orina, más líquido se debe ingerir.

Por otro lado, recordemos que el agua es muy importante para el funcionamiento general de nuestro organismo y el mantenimiento de la vida, porque podemos vivir varios días sin alimento, sin agua sólo sobreviviríamos unos cuantos días, incluso en un clima frío. Por esta razón, y algo que a lo mejor algunas personas no saben, es que con la edad, debido a que algunos de los mecanismos de equilibrio interno no funcionan muy bien, el adulto mayor pierde la sensación de sed, su cerebro a veces no le avisa que tiene que beber agua para mantener su buen funcionamiento, por eso la persona mayor no toma la cantidad de agua que el cuerpo necesita. Con frecuencia las personas mayores de 60 años dejan de sentir sed y dejan de tomar líquidos. Si estas personas viven solas o en la casa no hay nadie para recordarles tomar líquidos, se pueden deshidratar con rapidez. Cuando la deshidratación es grave, afecta a todo el organismo, porque puede producir confusión mental abrupta, baja en la presión arterial, aumento de las palpitaciones cardíacas, dolor en el pecho, coma y hasta la muerte (Lichtenstein, 2013).

Una forma de evaluar la rehidratación del cuerpo es observar la frecuencia y la cantidad de orina que se expulsa del cuerpo, ya que el volumen de orina varía con la hidratación, por lo que la cantidad de orina se usa con frecuencia como un indicador del estado de hidratación. La eliminación de orina de unos 100 mililitros/hora indica un estado hidratado. Es probable

que la excreción de un volumen mayor (300 a 600 ml/hr) indique una ingestión excesiva de líquidos. Se habla de deshidratación cuando hay eliminación de menos de 30 ml/hr. (Grandjean y Campbell, 2006). De acuerdo con estas autoras, es importante saber que las necesidades de agua están determinadas por el metabolismo de cada individuo, las condiciones ambientales y el tipo de actividad que desarrolle durante el día. Por lo tanto, son extremadamente variables. No solo los requerimientos cambian de un individuo a otro, sino que pueden variar para una misma persona día con día, sin embargo, en personas adultas y adultas mayores sanas se recomienda, en promedio una ingesta de al menos de 3 litros de agua al día (unos 13 vasos de bebidas totales, incluyendo agua pura). Algunos autores como González y Olivares (2015) recomiendan tomar de 6 a 8 vasos de agua al día, sin embargo, se deben consumir las cantidades de agua que establezcan los profesionales en salud para su caso particular, aunque no tenga sed. En fin, la estimación real de las necesidades de agua en las personas mayores es variable y compleja y es difícil establecer unos requerimientos generales, que serían la cantidad necesaria para equilibrar las pérdidas (muy variables) y mantener una carga tolerable de solutos por los riñones, que depende de los componentes de la dieta, entre otros factores (Carvajal, 2000). Una ingesta elevada de agua no presenta problemas fisiológicos en una persona sana, porque el exceso se elimina fácil y rápidamente por los riñones, cuando están sanos. Pero una ingesta baja puede tener efectos desastrosos.

3.4. Importancia de los antioxidantes en la dieta de las personas adultas mayores.

Los antioxidantes son compuestos químicos que el cuerpo humano utiliza para eliminar radicales libres, que son sustancias químicas muy reactivas que producen la oxidación de diferentes partes de la célula, alteraciones en el ADN y cambios diversos que aceleran el envejecimiento del cuerpo. Lo anterior se debe a que el oxígeno, aunque es imprescindible para la vida, es también un elemento químico muy reactivo (Ramírez y otros, 2012). Los antioxidantes ayudan a prevenir o retrasar el daño a las células causado por los radicales libres. El propio cuerpo genera radicales libres para su propio uso (control de musculatura, eliminación de bacterias, regulación de la actividad de los órganos, etc.), pero al mismo tiempo genera antioxidantes para eliminar los radicales libres sobrantes, ya que estas sustancias son muy agresivas. Un antioxidante es una molécula que tiene la capacidad de prevenir o retardar la oxidación de otras moléculas, por medio de una reacción química en donde se realiza la transferencia de un electrón a un agente oxidante (Piccinini, 2012). Los antioxidantes pueden ser producidos por el mismo organismo, como un mecanismo de defensa. Entre los antioxidantes endógenos o fabricados por el propio cuerpo se pueden mencionar las enzimas y coenzimas y el ácido úrico, entre otros. Por su parte, están los antioxidantes dietéticos que forman parte de los alimentos de consumo cotidiano y que pueden prevenir los efectos de reacciones químicas adversas sobre las funciones fisiológicas normales de los humanos

(Patthamakanokporn y otros, 2008). Por tanto, los antioxidantes tienen un papel muy relevante en la reducción de enfermedades cardiovasculares, de tumores y diferentes enfermedades neurodegenerativas. También actúan potenciando el sistema inmunológico (Vilaplana, 2007). En opinión de Núñez (2011) se han estudiado alrededor de 100 enfermedades y su relación con el desbalance del sistema oxidativo, entre otras: las cardiovasculares, cáncer, gástricas, respiratorias, neurológicas y del sistema endocrino. Los antioxidantes actúan protegiendo al organismo de estos desbalances, razón por la cual se recomienda su consumo en la dieta diaria. Hay algunos malos hábitos que propician la formación de radicales libres, entre ellos el tabaquismo, alcoholismo, ejercicio intenso, dormir poco, la contaminación ambiental, una dieta desequilibrada, el estrés y el exceso de sol.

Entre los principales antioxidantes la vitamina E es uno de los antioxidantes lipídicos más importantes gracias a su capacidad para captar el oxígeno. Su principal actividad antioxidante se centra concretamente en la inhibición de la oxidación de los lípidos causada por los radicales libres (Vilaplana, 2007). La vitamina E está presente en aceites vegetales, aceites de soya yde oliva, germen de trigo, maní, coco, carnes, pollo, pescado y algunas verduras y frutas. La vitamina C, se obtiene principalmente de las frutas cítricas y los vegetales; los carotenoides, entre los cuales se encuentran los beta carotenos (en verduras y frutas amarillas y anaranjadas y verduras verdes oscuras; alfa carotenos (en la zanahoria); licopenos (en el tomate); luteínas y xantinas (en las verduras de hojas verdes como el brócoli); y beta

criptoxantinas (en las frutas cítricas). También se encuentra en las espinacas, la coliflor y la guayaba. El cacao es un producto que contiene antioxidantes importantísimos para nuestra salud como los flavonoides y los polifenoles, ayudan a liberar el organismo de radicales libres y posee grasas saludables. La vitamina C actúa como antioxidante y agente reductor. Interviene proporcionando electrones a compuestos tanto en el interior de la célula como en el exterior.

Las investigaciones científicas aportan muchos datos sobre el beneficio del consumo cotidiano de alimentos con antioxidantes, sobre todo de frutas y verduras, y la protección que pueden proporcionar para prevenir los riesgos de padecimientos (Coronado y otros, 2011). De acuerdo con Piccinini (2012) existen diferentes estudios epidemiológicos que demuestran la correlación positiva entre el consumo frecuente de frutas y verduras y la disminución de los riesgos de enfermedades de las arterias coronarias, algunos tipos de cáncer y ciertas enfermedades degenerativas.

Minerales

Otros potentes antioxidantes son los minerales como el cobre, manganeso, selenio, cinc y hierro. Entre las funciones principales de los minerales están: Ayudar a regular procesos corporales: balance de fluidos, contracción muscular e impulsos nerviosos. Estos minerales ejercen su función antioxidante en diversos procesos y pasos metabólicos en el organismo. El cinc, por ejemplo, interviene en más de 200 reacciones enzimáticas y su

déficit aumenta la producción de especies oxidadas y del estrés oxidativo. Participa en funciones de carácter antioxidante, potencia el sistema inmunitario, participa en la formación de enzimas, proteínas y neurotransmisores cerebrales (renovación celular y estimulante del sistema nervioso) y es un agente antiinflamatorio y antiinfeccioso. Asimismo, facilita la síntesis de colágeno y de elastina (constituyentes necesarios para el buen estado de los vasos sanguíneos, del cartílago, de los pulmones y de la piel); actúa como antioxidante, protegiendo las células de los efectos tóxicos de los radicales libres, y facilita la fijación del calcio y el fósforo. Entre otros minerales está el *sodio,* necesario para mantener un equilibrio adecuado de líquidos, la transmisión nerviosa y la contracción muscular, se encuentra en la sal de mesa, salsa de soya; en grandes cantidades en alimentos procesados; en pequeñas cantidades en la leche, los panes, las verduras y las carnes sin procesar; el *cloruro*, necesario para un equilibrio adecuado de líquidos, ácido estomacal, se encuentra también en la sal de mesa, salsa de soya; en grandes cantidades en alimentos procesados; en pequeñas cantidades en la leche, las carnes, los panes y las verduras; *potasio*, necesario para un equilibrio adecuado de líquidos, la transmisión nerviosa y la contracción muscular, lo encontramos en las carnes, leche, frutas y verduras frescas, granos integrales, legumbres; *calcio*, presente en la leche y productos lácteos, pescado con huesos en lata (salmón, sardinas), y leche de soya fortificados, verduras (brócoli, brotes de mostaza), legumbres, importante para la salud de los dientes y los huesos; ayuda a

relajar y a contraer los músculos; importante en el funcionamiento nervioso, la coagulación de la sangre, la regulación de la presión arterial, la salud del sistema inmunitario; *fósforo*, importante para la salud de los dientes y los huesos; se encuentra en todas las células; parte del sistema que mantiene el equilibrio acidobásico, se encuentra en carne, pescado, aves, huevos, leche, alimentos procesados (incluyendo las bebidas gaseosas); *magnesio*, forma parte de los huesos; necesario para producir proteína, contracción muscular, transmisión nerviosa, salud del sistema inmunitario, lo encontramos en los frutos secos y semillas, legumbres, verduras de hoja verde, pescados y mariscos, chocolate, alcachofas y agua potable; *hierro*, forma parte de la molécula de hemoglobina, que se encuentra en los glóbulos rojos que transporta el oxígeno en el organismo; necesario para el metabolismo de la energía, se encuentra en las vísceras, carnes rojas, pescado, aves, mariscos (especialmente las almejas), yemas de huevo, legumbres, frutas desecadas, verduras de hoja verde oscuro, panes y cereales enriquecidos con hierro, y cereales fortificados; *zinc*, forma parte de parte de muchas enzimas; es necesario para producir proteína y material genético; tiene una función en la percepción del gusto; curación de heridas; desarrollo fetal normal; producción de semen; crecimiento y maduración sexual normales, salud del sistema inmunitario; se encuentra en carnes, pescado, aves, granos integrales con levadura, verduras; yodo, forma parte de la hormona tiroidea, la cual ayuda a regular el crecimiento, el desarrollo y el metabolismo, se

encuentra en pescados y mariscos, alimentos producidos en suelos ricos en yodo, sal enriquecida con yodo, pan y productos lácteos.

Existen otros oligoelementos que se sabe que son esenciales en cantidades pequeñas incluyen el selenio, cobre manganeso, fluoruro, cromo, níquel, el silicio, el vanadio y el cobalto.

Se requiere conocer mucho más acerca de las necesidades antioxidantes concretas del organismo, especialmente en poblaciones sensibles como los adultos mayores o ante la aparición de ciertas enfermedades, como pueden ser en el caso de las cardiovasculares o en algunos tipos de cáncer (Vilaplana, 2007). Por el momento no se pueden ofrecer recomendaciones dietéticas personales concretas para ciertos antioxidantes, así como tampoco hay criterios diagnósticos que permitan determinar cuál es el estado oxidativo real de un determinado organismo, pero sí es necesario ingerir la cantidad adecuada según cada situación, que está en la una dieta equilibrada y recomendada por el profesional en nutrición.z

3.5. ***Estilo de vida y alimentación en la persona adulta mayor***

Los estilos o formas de vida que llevan las personas son el conjunto de comportamientos, costumbres o pautas de conductas propias y adquiridas a través de la interacción social. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por los grupos sociales como mecanismos para afrontar los problemas de la vida. En resumen, el estilo de vida de una persona está compuesto por sus

reacciones habituales y por las pautas de conducta que haya desarrollado durante los procesos de socialización (Vargas, 2009).

En la edad adulta mayor las personas pueden adoptar diferentes estilos de vida que por supuesto influirán directamente en el desarrollo y bienestar del organismo, ya que mientras más saludable y mayores cuidados se tengan en la dieta, el ejercicio físico y la interacción con el entorno, mejor calidad de vida se obtendrá; así como también mejores condiciones para enfrentar el periodo de la vejez. Desde esta perspectiva integral del modo de vivir, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen, y deben ser congruentes con uno de los principales objetivos del proceso de desarrollo humano, que es dignificar a la persona humana en la sociedad, a través de mejores condiciones de vida y de bienestar. El estilo de vida activo y saludable es esencial en las personas de todas las edades, ya que es una condición de decisión personal por evitar diferentes riesgos de la salud o hábitos no saludables y modificables como el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios; en la vida moderna estos factores de riesgo se multiplican cada día más y están cada vez más presentes en los diversos grupos de edades en los que predominan los estilos de vida insanos (Más y otros, 2005). Para conseguir una longevidad satisfactoria con una buena calidad de vida es importante modificar los estilos de vida insanos por estilos saludables desde edades tempranas.

De acuerdo con las autoras Torrejón y Reyna (2012) existen varias dimensiones en el estilo de vida de las personas, los cuales determinan la calidad de vida y el estado de bienestar de las personas:

Dimensión de alimentación: es el mecanismo mediante el cual el organismo se alimenta de una dieta equilibrada compuesta de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, sales minerales y agua, en cantidades suficientes para conservar las funciones normales del adulto mayor.

Dimensión actividad y ejercicio: es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida, que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor.

Dimensión de *manejo del estrés*: el manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas, sencillas o complejas, para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés.

Dimensión *apoyo interpersonal*: es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, que le permita mantener una buena convivencia social junto a otros individuos de su entorno.

Dimensión *autorrealización*: se refiere a la actitud de adopción del adulto mayor al inicio de su nueva vida como persona en la tercera edad, teniendo

como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia la vida y hacia él mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y la autorrealización.

Dimensión responsabilidad en salud: en el adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud. Por ejemplo, el tabaquismo se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad, pues ocasiona más defunciones que el SIDA, el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito; el hábito de fumar tabaco se considera responsable de una proporción extremadamente alta de muertes y enfermedades crónicas en el mundo y de un aumento de enfermedades en los países en vías de desarrollo, que tiene consecuencias en la salud, la calidad de vida y de tipo económico; Además provoca lesiones orgánicas al fumador activo y pasivo que se asocia con algunas enfermedades comunes y muy frecuentes en la comunidad, como son, las enfermedades respiratorias crónicas: Enfisema pulmonar, la bronquitis crónica, los problemas circulatorios, cáncer y otros (Kremer y otros, 2000; Helmen y otros, 2000). Por su lado el estrés es un síndrome inespecífico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas excesivas que se le hacen. Es inevitable experimentar cierto grado de estrés en la vida y en las ocasiones apropiadas resulta benéfica, no obstante mantenerse sometido a demasiado estrés es peligroso para la salud en general, ya que se alteran en forma

prolongada y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo. (Mariggio, 2001). El Alcoholismo, por su lado, constituye otro factor de riesgo vinculado con el estilo de vida y a las condiciones de vida de las personas. Es un factor es muy agresivo porque no solo actúa directamente sobre las personas que lo padecen, sino que tiende a desestabilizar a las familias. El alcoholismo ha sido denominado por la OMS como Síndrome de dependencia del alcohol, definido como un estado de deterioro físico y psíquico a consecuencia de la ingestión de alcohol. Los malos hábitos alimentarios favorecen el desarrollo de trastornos endocrinos-metabólicos y el de algunas enfermedades; entre estos malos hábitos se citan la falta de horarios fijos para la alimentación, el exceso de sal, grasas saturadas, muchos azúcares en la dieta y el excesivo consumo de carbohidratos. Finalmente está el sedentarismo; el estilo de vida sedentario, que tantas complicaciones de salud causa durante toda la vida, comienza en edades tempranas, e incluso es evidente en niños. Se asocia con la ingestión de alimentos poco saludables y a la insuficiencia de ejercicios físicos que provocan alteraciones metabólicas de las grasas. El sedentarismo se relaciona con la reducción de la esperanza de vida, la pérdida de la capacidad locomotora y el desarrollo de diferentes enfermedades, como las cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis periférica, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, entre otros trastornos degenerativos.

Siga todos los consejos de su médico o su nutricionista para lograr una vigilancia permanente de la dieta, porque una alimentación saludable puede ayudarnos a prevenir enfermedades, tener más energía en nuestro cuerpo y garantizarnos una mejor calidad de vida. En la actualidad, las pruebas de que una buena nutrición combinada sistemáticamente con el ejercicio físico, la actividad mental y la participación social, juegan un importante papel en la prevención del deterioro cognitivo y de que reducen el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer son contundentes, por lo que se consideran como los cuatro puntos cardinales que guiarán el proceso del envejecimiento activo. Además, si estos puntos se controlan adecuadamente también se contribuirá a disminuir el estrés, que es otro de los grandes enemigos de la calidad de vida.

CAPITULO IV

Importancia del ejercicio físico en la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores

La actividad física incluye una serie de movimientos y actividades diarias o cotidianas que las personas adultas mayores pueden realizar para lograr una mejor salud y mantener su calidad de vida, como por ejemplo, caminar, cortar el jardín, bailar, hacer las labores del hogar, etc. Para la Organización Mundial de la Salud (2005) actividad física se refiere a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física que se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física. Consiste en realizar movimientos corporales planificados y repetitivos, con el propósito de cuidar y mantener bajo control uno o más aspectos de la salud. Toda persona debería mantener un régimen diario de actividad física, independientemente de la edad y la condición física, social o económica, porque el ejercicio físico ayuda a mejorar la salud, incluyendo a las personas que sufren enfermedades crónicas y discapacidades. El grado de

esfuerzo y el tiempo de actividad física deben adaptarse a las condiciones y capacidades propias de cada persona. En todos los casos, la actividad física debe ir acompañada de una buena nutrición e hidratación.

Los beneficios de la actividad física están muy bien documentados por la medicina y las ciencias de la salud. Existe suficiente evidencia científica de que una vida sedentaria es uno de los mayores riesgos para el desarrollo de muchas enfermedades crónicas que afectan a las personas adultas mayores. Entre esas enfermedades están la alta presión arterial, las enfermedades del corazón, los derrames cerebrales, la diabetes y la artritis, entre otras. Por eso se afirma que aumentar la actividad física después de los 60 años de edad tiene un impacto muy positivo en la prevención de esas enfermedades y en el bienestar general de las personas adultas mayores. Guillén y otros (1997) encontraron en sus estudios que el ejercicio físico es un elemento condicionante y esencial para mejorar la calidad de vida, ya que proporciona efectos muy beneficiosos sobre el estado físico y mental.

4.1. Beneficios de la actividad física en las personas adultas mayores

Son múltiples los beneficios que se han reconocido al ejercicio físico regular en las personas adultas mayores, por ejemplo Heredia L. (2006), mencionado por Jiménez y otros (2013), considera que el ejercicio físico practicado regularmente en la tercera edad contribuye con el bienestar de la salud con los siguientes beneficios:

-Mejora la capacidad para el auto cuidado

-Favorece la integración del esquema corporal

-Propicia el bienestar general

-Conserva más ágiles y atentos nuestros sentidos

-Facilita las relaciones inter-generacionales

-Aumenta los contactos sociales y la participación social.

-Induce cambios positivos en el estilo de vida de los adultos mayores

-Incrementa la calidad del sueño

-Disminuye la ansiedad, el insomnio y la depresión

-Refuerza la actividad intelectual, gracias a la buena oxigenación cerebral

-Contribuye en gran medida con el equilibrio psico-afectivo

- Previene las caídas e incrementa la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y la flexibilidad

- Disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y hace más efectiva la contracción cardiaca

- Disminuye el proceso de atrofia muscular, favorece la movilidad articular y evita la descalcificación ósea

- Aumenta la eliminación de colesterol, disminuyendo el riesgo de arteria-*esclerosis e hipertensión, además de reducir el riesgo de formación de coágulos en los vasos y por tanto de trombosis y embolias.*

- Aumenta la capacidad respiratoria y la oxigenación de la sangre, evita la obesidad e incrementa la longevidad.

Con tales beneficios, sin duda alguna la recomendación del ejercicio físico es muy útil para todas las personas y en todas las edades, especialmente para prevenir el deterioro de la salud y la mortalidad prematura por cualquier causa de las ya conocidas, entre ellas la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial, el cáncer de colon y mama, la diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, la obesidad, la osteoporosis, la sarcopenia, la dependencia funcional y las caídas en ancianos, el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión (Bayego, 2012). En relación con estas afirmaciones, también hay estudios que estiman muy alta la influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro de la memoria y la demencia en adultos mayores sanos y en la reversión o mantenimiento del deterioro cognitivo en adultos mayores con trastorno cognitivo leve (Franco-Martín, 2013).

En un estudio llevado a cabo por gerontólogos y médicos deportivos de la en la Universidad Goethe de Frankfurt, Alemania, los investigadores examinaron los efectos del ejercicio regular sobre el metabolismo cerebral y la memoria, realizando un estudio que incluyó a 60 participantes entre 65 y 85 años. Los resultados obtenidos indican que el ejercicio físico regular no sólo mejora la aptitud, sino que también tiene un impacto positivo en el metabolismo cerebral (Angulo, 2017). Con el fin de determinar el metabolismo y la estructura cerebral, utilizaron tomografías por resonancia

magnética y espectroscopía de resonancia magnética. Como resultado de sus estudios lograron comprobar que la actividad física impidió un aumento de la colina, un nutriente esencial que sirve de marcador para el metabolismo cerebral. La concentración de este metabolito a menudo aumenta como resultado del incremento de la pérdida de células nerviosas, lo que ocurre típicamente en el caso de la enfermedad de Alzheimer.

La actividad física regular puede disminuir e incluso prevenir muchas de las disminuciones funcionales que están directamente asociadas con el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, en cuanto a la salud cardiovascular; ayuda a mejorar el funcionamiento del corazón, porque aumenta la capacidad de contracción del músculo cardiaco, reduce la presión del corazón y mejora la resistencia de la persona, entre otros beneficios. En cuanto a la obesidad: disminuye el tejido adiposo (la gordura) en el abdomen; aumenta la masa muscular en general y reduce la cantidad de grasa en el cuerpo. En cuanto al colesterol y los triglicéridos: aumenta el colesterol bueno (HDL) y reduce el colesterol malo (LDL) en la sangre; también reduce la concentración de los triglicéridos en la sangre. En relación con el azúcar en la sangre: aumenta la tolerancia del cuerpo a la glucosa.

En relación con los huesos: se afirma que el ejercicio físico retarda la disminución de los minerales en los huesos; aumenta la densidad de los huesos y previene la osteoporosis. La actividad física provoca la contracción muscular que favorece el depósito de calcio en el hueso y mejora la circulación sanguínea, lo que aporta más nutrientes al hueso. En

cuanto al funcionamiento de los músculos: reduce el riesgo de discapacidad musculo esquelética y mejora la fuerza y la flexibilidad en el cuerpo. En cuanto a la capacidad funcional: reduce el riesgo de caídas y fracturas, debido al mejoramiento en el equilibrio, la fuerza y la flexibilidad; mantiene la irrigación cerebral y la actividad mental del cerebro. La actividad física moderada disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas a mayor eficacia de vacunas. Favorece el sistema respiratorio, debido a que el riesgo de infección disminuye significativamente como lo revelan diversas comunicaciones, tales como disminución de la neumonía las infecciones del tracto respiratorio superior (Jara, 2015).

Desde el punto de vista psicológico: aumenta los niveles de beta endorfinas, serotoninas y norepinefrinas, hormonas que nos ayudan a sentirnos bien y felices; mejora la sensación de bienestar y satisfacción en las personas.

En relación con el deterioro cognitivo, propio del envejecimiento, Franco-Martín y otros (2013) realizaron un estudio en el que afirman que la actividad física está siendo reconocida como un factor altamente protector de las funciones cognitivas en el envejecimiento. Los autores de este estudio revisaron sistemáticamente las investigaciones relacionadas con la influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores sanos y en el mantenimiento del declive cognitivo una que vez iniciado. Como resultado final encontraron que en general todos los estudios revisados indicaron que una mayor actividad física se relacionaría

con un menor deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores sanos y con algún deterioro cognitivo ya manifiesto. Llegaron a la conclusión de que el ejercicio físico constituye una estrategia psicosocial prometedora para la intervención de adultos mayores con y sin signos de deterioro cognitivo. Sin embargo admitieron la necesidad de realizar nuevas investigaciones en esta materia.

Finalmente, la actividad física nos brinda muchos beneficios psicológicos y sociales: mejora la salud mental; disminuye el riesgo de estrés, proporciona una vida más independiente y mejora la calidad de vida. Además de los beneficios para la salud, la actividad física regular también tiene grandes beneficios para la sociedad, porque se puede reducir la carga de enfermedades para los sistemas de salud, los costos en gastos médicos y los costos para los cuidadores de los adultos mayores. En un programa de ejercicios la progresión debe ser gradual y debe incluir actividad progresiva con metas alcanzables a corto plazo. El paciente debe ser educado en cuanto a su capacidad de realizar esfuerzos (Jara, 2015). A mayores expectativas y mayores logros percibidos, mayor será la adherencia. También ayudan la mejoría funcional, el aumento de la fuerza y capacidad aeróbica, el placer y la satisfacción.

4.2. La actividad física en la persona adulta mayor: Recomendaciones, beneficios y precauciones.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2002) existen al menos cuatro categorías básicas de actividad física:

a. ***De resistencia*** *(aeróbica),*

b. ***Para fortalecimiento*** *(fuerza),*

c. ***De equilibrio*** *(estabilidad corporal)*

d. ***De flexibilidad*** *(estiramiento).*

Cada tipo de actividad física se puede realizar con cierta frecuencia por medio de diversas actividades diarias, o con ejercicios específicos. Se debe comenzar con todos estos tipos de actividades a un ritmo apropiado, sin exagerar el esfuerzo, aumentando su intensidad poco a poco. Cada tipo de ejercicio proporciona distintos beneficios, y también exige tener ciertas precauciones de seguridad personal.

a. Ejercicios de resistencia (también llamados ejercicios cardiorespiratorios o aeróbico).

Las actividades de resistencia son aquellas que aumentan la frecuencia del latido del corazón y la frecuencia respiratoria por períodos prolongados.

Algunas actividades de resistencia moderadas pueden ser caminar rápidamente, nadar, bailar y andar en bicicleta. Entre las actividades de resistencia que son más fuertes o rigurosas se incluyen el subir escaleras, subir cerros, trotar, remar, nadar muchas vueltas continuas en la piscina y andar en bicicleta cuesta arriba.

¿Cuáles son los beneficios específicos de los ejercicios de resistencia?

-Mejoran la salud del corazón, de los pulmones y del sistema circulatorio.

-Aumentan la resistencia y mejoran el funcionamiento de todos los aparatos y sistemas del cuerpo, al aumentar el flujo sanguíneo.

-Ayudan a prevenir o retardar o reducir el efecto de algunas enfermedades crónicas y degenerativas, tales como la enfermedad del corazón, la hipertensión y la diabetes, entre otras.

¿Cuánto ejercicio de resistencia se recomienda para una persona mayor?

La meta para el ejercicio de resistencia cardiovascular es llegar al menos a unos 30 minutos de actividad, entre moderada y fuerte, todos los días de la semana o en la mayor parte de ellos. La actividad debe aumentarse gradualmente, comenzando con tan sólo 5 minutos por vez, si es necesario, especialmente si la persona ha estado inactiva por mucho tiempo.

El hacer menos de 10 minutos de ejercicio a la vez no brindará los beneficios cardiovasculares y respiratorios deseados.

¿Qué precauciones hay que tener?

La intensidad de la actividad no deberá ser tan fuerte como para impedir la respiración o como para que impida poder hablar mientras se hace el ejercicio, ni deberá causar mareo o dolor en el pecho.

Antes y después del ejercicio debe tomarse un período de actividad suave, a manera de calentamiento y de enfriamiento, respectivamente, de por lo menos 10 minutos. Se recomienda que se hagan ejercicios de estiramiento después de las actividades de resistencia cuando los músculos ya están calientes.

Es necesario beber mucha agua antes, durante y después de los ejercicios para evitar la deshidratación. Si la persona está haciendo un régimen de

restricción de líquidos (incluyendo personas con insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad del riñón) debe consultar con su médico.

Se debe elegir la hora más adecuada o más conveniente para hacer ejercicio, preferiblemente al aire libre, evitando las horas en las cuales hace demasiado calor o mucho frío, o cuando hay mucha humedad, lluvia o alguna contaminación ambiental.

Debe usarse ropa apropiada, para evitar un choque de calor o sufrir un bajonazo de temperatura.

Deben usarse algunos elementos de seguridad o equipo apropiado para prevenir lesiones, tales como cascos para andar en bicicleta y zapatos bien cómodos y estables para caminar.

b. Ejercicios para fortalecimiento (o de fuerza)

Los ejercicios de fortalecimiento son actividades que ayudan a desarrollar los músculos y fortalecen los huesos. Algunos ejemplos de ejercicios específicos de fortalecimiento incluyen flexionar y extender los brazos y las piernas en diferentes direcciones, así como sentarse y pararse de una silla en forma repetida.

Los ejercicios de fortalecimiento también pueden hacerse con una variedad de elementos, incluyendo bandas elásticas de resistencia y equipo de pesas, o sustitutos para las pesas, tales como botellas de plástico y medias llenas de frijoles o de arena.

¿Cuáles son los beneficios específicos de los ejercicios de fortalecimiento?

-Estos ejercicios pueden restaurar el músculo y la fuerza. Recordemos que las personas mayores pierden del 20 al 40% de su tejido muscular a medida que envejecen (esta pérdida de masa músculo-esquelética se denomina sarcopenia), y pequeños cambios en el tamaño de los músculos como producto del ejercicio físico pueden lograr grandes diferencias en el fortalecimiento o la fuerza, especialmente en quienes ya han sufrido una significativa pérdida muscular. Entre sus beneficios están:

-Ayudan a prevenir la pérdida masa ósea (osteoporosis), y aumentan el metabolismo para mantener bajo peso y un adecuado nivel de azúcar en la sangre.

-Sobre todo, contribuyen a que las personas sean lo suficientemente fuertes como para mantenerse activas y ser independientes.

¿Cuánto ejercicio de fortalecimiento se recomienda?

Se recomienda hacer ejercicios de fortalecimiento para todos los principales grupos musculares al menos dos veces a la semana, pero no para el mismo grupo muscular durante dos días consecutivos.

Dependiendo de la condición de la persona, se puede comenzar utilizando unas pequeñas pesas de una o dos libras (de medio a un kilogramo), y aumentar la cantidad de peso gradualmente. Cuando se usan pesas, deben tomarse 3 segundos para levantar y 3 segundos para bajar las pesas. Si no se puede levantar una pesa más de 8 veces, es demasiado pesada; si se puede levantar más de 15 veces, es demasiado liviana.

¿Qué precauciones deben tenerse en cuenta?

-Es muy importante respirar correctamente durante todos los ejercicios de fortalecimiento:

-Se debe recordar a las personas respirar normalmente mientras hacen los ejercicios de fortalecimiento, tomando aire cuando levantan o empujan, e botando el aire cuando se relajan los músculos.

-Ninguno de los ejercicios debe causar dolor, si hay dolor se puede producir una lesión.

-La molestia o la fatiga leves son normales por unos pocos días después de hacer ejercicio, pero el agotamiento y el dolor en las articulaciones y en los músculos no son normales. Los movimientos bruscos también pueden causar lesiones y por ello deben evitarse.

-Las personas con cirugías o reemplazo de caderas deben consultar con su médico antes de hacer ejercicios de fortalecimiento de la cintura para abajo y no deben doblar sus caderas en un ángulo mayor de noventa grados.

c. Ejercicios de equilibrio (estabilidad corporal)

Los ejercicios de equilibrio se pueden hacer en cualquier momento y en cualquier lugar. Incluyen actividades tales como caminar afianzando primero el talón y luego la punta de los dedos, caminar sin salirse por una línea del piso en la casa, pararse afianzándose en un pie, y luego en el otro (mientras se espera el autobús o se está en la casa, por ejemplo), ponerse de pie y sentarse en una silla sin utilizar las manos.

¿Cuáles son los beneficios específicos de los ejercicios de equilibrio?

-Al mejorar el equilibrio y la postura estos ejercicios pueden ayudar a prevenir caídas y fracturas de cadera, las cuales constituyen una de las principales causas de discapacidad en las personas adultas mayores.

¿Qué precauciones deben tenerse en cuenta?

-Si se carece de buena estabilidad, los ejercicios deben hacerse apoyándose en una mesa, en una silla, o en una pared, o con alguien que esté cerca, en caso de que se necesite ayuda. A medida que se progrese, se debe tratar de hacer los ejercicios sin apoyarse.

d. Ejercicios de flexibilidad (o estiramiento)

¿Qué son los ejercicios de estiramiento?

Los ejercicios de estiramiento son actividades que mejoran la flexibilidad, tales como flexiones o inclinaciones y extensiones, incluyendo doblar y estirar el cuerpo.

¿Cuáles son los beneficios específicos de los ejercicios de estiramiento (o flexibilidad)?

-Ayudan a mantener flexible el cuerpo y a mejorar el estado de movilidad de las articulaciones.

-Dan más libertad de movimiento para realizar las actividades diarias necesarias para llevar una vida independiente.

-Pueden ayudar a prevenir las lesiones, ya que al tener mejor elasticidad, existe un menor riesgo de ruptura muscular en caso de movimientos bruscos.

-Tienen un efecto relajante, la persona se siente bien después de este tipo de ejercicio.

¿Cuánto ejercicio de estiramiento se recomienda?

-Los ejercicios de estiramiento deben hacerse regularmente inmediatamente después de otras actividades físicas, cuando los músculos están calientes.

-Aunque la persona no esté realizando otra actividad física, el estiramiento debe hacerse al menos 3 veces a la semana durante por lo menos 15 minutos, después de calentar los músculos.

-El estiramiento debe mantenerse durante 10 a 30 segundos y repetirse de 3 a 5 veces.

¿Qué precauciones deben tenerse en cuenta?

-Los movimientos deben ser lentos y nunca bruscos o forzados.

-El estiramiento puede causar una leve molestia o tensión, pero nunca dolor.

Las personas mayores al intentar realizar actividad física se ven enfrentados a ciertas barreras de diversa naturaleza. Las barreras más frecuentes son el dolor y la preocupación por los problemas de salud. Estas preocupaciones se manifiestan como temor al riesgo y a los efectos adversos, por lo que se recomienda tener la orientación profesional suficiente y adecuada en torno a temas de ejercicio de parte del médico o de otros integrantes del equipo de salud, porque muchas veces los mitos de los mayores y otros problemas sociales y ambientales interfieren con la realización de una adecuada actividad física.

Veamos algunos mitos sobre la actividad física y el envejecimiento.

A pesar de los grandes y ya científicamente comprobados beneficios del ejercicio físico, la cantidad de personas adultas mayores que participan activamente en actividades físicas es muy baja. Se calcula que más de la mitad de las personas mayores de 60 años llevan una vida sedentaria, sin hacer ninguna actividad física, probablemente debido a la existencia de creencias, mitos o concepciones erróneas de los mismos adultos mayores y la sociedad en general sobre el ejercicio físico y el envejecimiento.

Creencia N° 1: Para hacer ejercicio físico hay que estar sano

Muchas personas adultas mayores no hacen ejercicio físico porque creen que deben estar en muy buenas condiciones de salud para poder realizar actividades físicas. Sin embargo hoy día sabemos que la actividad física regular puede ayudar a mejorar la calidad de vida de la gran mayoría de personas adultas mayores, aún con enfermedades crónicas, como la obesidad, la diabetes y la alta presión, entre otras.

Creencia N° 2: …Ya yo estoy demasiado viejo o vieja para hacer ejercicios

Muchas personas adultas mayores lamentablemente les da pena salir a caminar cerca de su casa o hacer ejercicio al aire libre, porque aún no saben que se ha demostrado científicamente el gran beneficio del ejercicio físico regular para las personas de todas las edades, hasta para personas de 90 y 100 años.

Creencia N° 3: …Pero se necesita ropa, equipo y lugares especiales para hacer ejercicio

De ninguna manera, no se necesita nada especial, se puede hacer ejercicio físico de forma segura y eficaz usando unos zapatos sencillos y cómodos, ropa ligera y corriente y sin necesidad de comprar equipos ni visitar lugares especiales. Se pueden usar bandas elásticas de bajo costo y hasta botellas plásticas llenas de agua como pesas.

Creencia N° 4: El ejercicio físico puede producir dolor

Muchas personas adultas mayores aprendieron desde niños que el ejercicio físico, para que fuera eficaz, tenía que doler para que fuera efectivo. Hoy día sabemos que eso no es cierto, ahora los médicos reconocen que la actividad física no necesita ser fuerte o agotadora para producir grandes beneficios a la salud.

Creencia N° 5: La persona mayor está casi siempre muy ocupada como para hacer ejercicio

A los adultos mayores si algo les sobra es el tiempo, como para decir que están muy ocupados. La actividad física se puede realizar en la vida diaria de la persona, como caminar cuando hace las compras, hacer caminatas con algún pariente o vecino, participar en grupos de baile, Tai Chi, yoga, o de actividades deportivas o recreativas organizadas en la comunidad.

4.3. Del ejercicio físico a la promoción del envejecimiento activo y saludable

De acuerdo con la OMS (2002) el envejecimiento activo es el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Significa participar en la sociedad de acuerdo con nuestras necesidades, deseos y capacidades, aprovechar al máximo las oportunidades de tener buena salud física, sentirnos bien emocionalmente y disponer de un entorno social favorable. Se trata de una definición formulada con el propósito de promover la toma de decisiones respecto a la necesidad de adaptar las sociedades actuales al reto del envejecimiento. Para la Organización Mundial de la Salud está claramente demostrado que la falta de actividad física es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres de todas las edades. La falta de ejercicio duplica el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. La inactividad física constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo. Se calcula que aproximadamente dos tercios de la población mundial no practica una actividad física suficiente.

El envejecimiento activo ayuda a las personas adultas mayores a conducir su vida diaria con un aprovechamiento máximo de todas las oportunidades que tienen al alcance para estar activo, de acuerdo con sus necesidades, capacidades y aspiraciones. Se trata de mantener las actividades personales de participación en el espacio familiar, comunal y social, así como de la

realización permanente de tareas físicas y mentales. Por otro lado se incluye la prevención, con el fin de retrasar la aparición y desarrollo de ciertas enfermedades y discapacidades que afectan la salud en esta etapa de la vida.

Existen suficientes pruebas que consideran a la nutrición, el ejercicio físico, la actividad mental y la participación social activa como actividades fundamentales que juegan un importante papel en la prevención del deterioro cognitivo y la reducción del riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Estas cuatro actividades son fundamentales en la aplicación del concepto de envejecimiento activo y saludable. Cuando estos cuatro puntos se logran controlar de manera eficaz, también existen más probabilidades de controlar y disminuir el estrés, que es otro de los grandes enemigos de la salud y la calidad de vida (Gramunt, 2010)

Desde el punto de vista de la nutrición, la mala nutrición está asociada con la aparición de una gran cantidad de enfermedades degenerativas, como arteriosclerosis, infarto de miocardio, cáncer, osteoporosis, demencias, enfermedad de Parkinson, cataratas, degeneración de la vista, trastornos gástricos, diabetes y sus complicaciones. Desde este punto de vista, el cuidado de la salud de las personas mayores no consiste solamente en mantener una buena vigilancia médica y un tratamiento eficaz de las enfermedades, sino que incluye también la prevención todos los trastornos que tienen que ver con la alimentación. Se sabe que una nutrición adecuada es esencial no solamente para prolongar la vida, sino también para mantener la calidad de la misma.

En relación con el ejercicio físico, existen múltiples estudios relacionados con los potenciales beneficios cognitivos y cerebrales de la actividad física y el ejercicio aeróbico. En la mayoría de ellos se reconoce que aún existen muchas preguntas por resolver, como cuántas y qué tipo de actividades producen los efectos más rápidos y robustos en la cognición y el cerebro, o cuánto duran los efectos de la actividad física tras su realización, o qué proporción de beneficio supone aisladamente el ejercicio respecto a otros factores como el entrenamiento cognitivo, los aspectos nutricionales o la actividad social. Sin embargo, los datos derivados de la investigación científica dan fuerza a dos teorías muy actuales: por un lado, que la actividad física contribuye a moderar los cambios indeseables en la cognición y en la función y estructura cerebral producidos por el envejecimiento, y por otro, que la plasticidad cerebral se mantiene, aunque sea en menor grado, hasta edades avanzadas (Gramunt, 2010).

Los hallazgos derivados de dos importantes estudios han revelado que la educación y la estimulación cognitiva en el adulto mayor ayudan también a protegerse de los efectos de la enfermedad de Alzheimer (y, probablemente, también de otras demencias). Cuantos más años de escolaridad, hay una mayor reserva cognitiva, lo que se puede traducir en una menor repercusión en el rendimiento cognitivo teniendo una misma cantidad de placas seniles que una persona con baja escolaridad (Snoudon, 2002).

Finalmente, y como se ha mencionado en otros apartados, la socialización, que puede entenderse como un proceso mediante el cual las personas

incorporan en su estructura mental las experiencias de su entorno social, de forma que influye en su conducta, sus creencias y sus emociones. En estudios relacionados con personas adultos mayores que viven solos, se identifican como consecuencias en la salud de las personas mayores la presencia de trastornos psicológicos (ansiedad y depresión); también se reconoce la soledad como un factor predictor de deterioro cognitivo que produce un mayor riesgo de mortalidad, entre otros efectos negativos (Palma y Escarabajal, 2021). La participación social de las personas mayores es una de las estrategias derivadas del concepto de un envejecimiento activo donde cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento de manera dinámica y sin desconectarse o aislarse de la sociedad. Caso contrario, el aislamiento y la soledad eventualmente se convierten en factores de riesgo para el deterioro cognitivo. Se ha demostrado que la socialización en las personas mayores tiene efectos favorables en patologías como dolores articulares, control de las enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes, y la prevención de patologías de la esfera psico-social como la depresión, ansiedad o empeoramientos en los mismos.

Hay que animar a las personas mayores a establecer interacciones sociales con amigos, amigas, familiares y grupos de apoyo, para lograr mantenerlos activos y a envejecer con éxito. En general, los niveles de conexión social pueden mantenerse en edades avanzadas.

CAPITULO V

La espiritualidad como componente de la salud y la calidad de vida en la persona adulta mayor

El hombre es un ser viviente de la naturaleza que, al mismo tiempo, trasciende su propia naturaleza en virtud de su capacidad de razonamiento lógico y de reflexión espiritual. Comparte con los demás seres vivos todo lo que se refiere a sus condiciones biológicas materiales, pero se distingue de ellos porque posee unas dimensiones mentales que le hacen ser una persona espiritual. El ser humano siempre ha buscado la espiritualidad como método para dar una explicación lógica a las cosas que ocurren en el mundo y su vida, también para dar respuestas a cosas que aún no la tienen.

La espiritualidad se puede definir como la concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al fenómeno de envejecimiento (San Martín, 2008). Uno de los campos en los que puede hallarse una intensificación del uso de la noción de

espiritualidad, es el de las ciencias médicas a propósito del alcance de los diagnósticos y la eficacia terapéutica. Es a partir de la década de 1970, que la temática ha movilizado tanto su integración en las políticas públicas como de la práctica clínica, sostenido en la afirmación que la espiritualidad es una dimensión del ser humano que favorece la salud (Toniol, 2015). El citado autor encuentra no sólo un aumento de las producciones médico-científicas en términos cuantitativos, sino de una diversificación temática y metodológica que se refleja en la producción bibliográfica, en la oferta de capacitación de nuevas prácticas, acompañadas de una progresiva legitimación del binomio espiritualidad y salud (Krmpotic, 2015).

El concepto de espiritualidad depende de la doctrina, la escuela filosófica o ideología que la sustenta y del contexto sociocultural en que se aplica. En un sentido amplio se refiere a una disposición personal principalmente de orden moral, psíquica o cultural, un conjunto de creencias, valores y actitudes que caracterizan la de la vida espiritual de una persona.

Espiritualidad es un concepto diferente de la religión; es algo que va más allá de la religión. Para Rivera y Montero (2005) a pesar de que ambas son convicciones espirituales y estilos de vida, la religión es de naturaleza esencialmente social, y se vive como un conjunto de conocimientos, ritos, normas de conducta y valores que rigen la vida de un individuo que se ha interesado en relacionarse con ciertas creencias divinas culturalmente establecidas, mientras que la espiritualidad es específicamente personal, y se caracteriza por un sentimiento de integración del individuo con su propia

vida y con el mundo que se vive como una experiencia existencial con lo divino. Es parte de una percepción existencial que se vive en cada momento de la vida, donde el individuo, independientemente de las religiones, se pregunta y se contesta a sí mismo "quién soy yo y cómo me siento siendo como soy en estos momentos" (Mejía, 2006). El tema de la espiritualidad nos lleva a elaborar una visión de trascendencia individual de integración de lo cósmico con lo terrenal, a la comprensión de sí mismo como totalidad del pensar, sentir, ser y actuar frente a la vida.

La espiritualidad también puede ser vivida por personas que no tienen ninguna creencia religiosa. En condiciones normales, la persona no solo se satisface con las cosas materiales; necesitamos un alimento más profundo, una sensación mental que va más allá de la simple satisfacción material. Es una especie de alimento muy eficaz que está relacionado con la mente, los sentimientos, la afectividad, la intimidad del corazón y todo lo que expresamos como humanos. La necesidad de cultivar y consumir este alimento espiritual es especialmente notoria en las personas de más edad, porque está directamente relacionada con el sentido de la vida, con el descubrimiento propio de la verdadera naturaleza del ser humano. La espiritualidad es la necesidad consciente de valorar nuestra propia existencia. Su manifestación se materializa, a veces en la soledad, con preguntas como: ¿Quién soy realmente? ¿Por qué estoy aquí en este mundo? ¿Tengo una misión o destino en mi vida? ¿Tenemos un alma inmortal? ¿Qué pasará después de mi muerte? Como se aprecia en estas

preguntas, la espiritualidad es la búsqueda de nuestro verdadero yo, la verdadera esencia de nuestra razón de ser como humanos, y su conexión con el mundo de lo desconocido, de lo que pueda estar más allá de nuestra existencia en la Tierra. Algunos autores clásicos como (Ellison, 1983) han considerado la espiritualidad humana como una necesidad innata de trascendencia, esencial para la salud mental y en momentos apremiantes de nuestra existencia, caracterizada por una sensación de bienestar espiritual ante un propósito de vida que le da sentido y orientación a la misma. Otros la describen como la capacidad de auto-trascendencia, que permite al individuo ampliar las fronteras personales y orientarse hacia actividades y objetivos más allá de sí mismo, sin negarse el valor del ser en el contexto presente y favoreciendo su propia maduración (Reed, 1991). También se ha definido como un conjunto de sentimientos que conectan al individuo consigo mismo, con la comunidad, la naturaleza o el propósito de vida en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía (Mytko y Knight, 1999). Todas estas afirmaciones nos llevan a pensar en que, verdaderamente, hay una etapa de reflexión superior en nuestras vidas, en la que se busca trascender el mundo material y rutinario de los humanos y alejarse de las preocupaciones cotidianas, para transformarlo en un estilo de vida de meditación sobre nuestra incertidumbre existencial en este mundo.

Con una posición más avanzada (Rubia, 2013) utiliza el término neuro-espiritualidad para reconocer o dar a entender que en nuestro cerebro se

generan ciertas experiencias que desde hace ya mucho tiempo se han denominado espirituales, religiosas, divinas o de trascendencia personal, que se producen cuando se activan las estructuras cerebrales pertenecientes a lo que hoy día se conoce como *sistema límbico* o cerebro emocional. Aunque este hecho ya era antes conocido por los efectos que tiene sobre la llamada epilepsia del lóbulo temporal. Según este autor se ha confirmado que cuando se activan las estructuras límbicas, sea por estimulación eléctrica o por estimulación magnética a través del cráneo, son capaces de producir estas experiencias espirituales.

5.1. Espiritualidad humana como componentes de la resiliencia en salud y la calidad de vida

La espiritualidad se puede entender como el conjunto de valores, sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino, que constituyen representaciones acerca de un poder final último y contribuyen a dar un sentido y propósito en la vida, orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos (San Martín, 2007). En la vida cotidiana se puede considerar que la espiritualidad es una variable de calidad de vida asociada con la *resiliencia.* La resiliencia es la capacidad de adaptación exitosa a la vida que tiene una persona ante eventos adversos o traumáticos, mientras que la espiritualidad es un impulso mental generado por nuestra propia percepción existencial que nos motiva y permite la búsqueda de trascendencia, para dar propósito y sentido

a nuestra vida, fuera del control de las amarras psicológicas, sociales y culturales que nos oprimen.

De acuerdo con Rodríguez y otros (2011) la espiritualidad y la resiliencia están asociados significativamente con la salud individual y colectiva. Esta autora afirma que desde finales del siglo pasado se ha empezado a estudiar muy seriamente la relación entre la espiritualidad y la resiliencia, tratando de evaluar y verificar su interrelación en diferentes tipos de poblaciones, particularmente en personas con deficiencias o vivencias traumáticas, enfermedades crónicas, o que están enfrentadas a la posibilidad real y próxima de la muerte. Sánchez (2004) informa de diversas investigaciones confirmando que, efectivamente, la espiritualidad es un factor protector importante ante el padecimiento de enfermedades o trastornos mentales.

En relación con el término resiliencia adaptado a las ciencias sociales, Machuca (2002) dice que es una capacidad de algunas personas que, a pesar de nacer, crecer y convivir en situaciones de alto riesgo, como la pobreza, se desarrollan psicológicamente sanas, exitosas y pueden sentir felicidad. Por ello se dice que hay diferentes tipos de resiliencia, por ejemplo, *resiliencia psicológica*, cuando el individuo tiene algunos rasgos personales positivos y de respuestas o conductas que le ayudan a enfrentar exitosamente situaciones de emergencia, o cambios inesperados o estresantes en la vida. También está la *resiliencia familiar,* cuando hay una gran solidaridad y apoyo entre los miembros, que se fortalecen con el transcurso del tiempo, permitiéndoles a cada uno y al grupo acomodarse a

sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y problemas internos y externos. De igual manera existe la *resiliencia comunitaria*, que es el conjunto de valores, disposiciones y movilizaciones colectivas que permiten a ciertas poblaciones enfrentar solidariamente los daños causados por desastres naturales a sus comunidades, saliendo finalmente exitosas de tales crisis.

Finalmente, tenemos la resiliencia espiritual, que es la capacidad para responder a los factores estresantes, a la adversidad y a los eventos traumáticos, sin evidenciar síntomas de problemas o sin que se vean disminuidas las capacidades vitales de la espiritualidad, como son el poder amar, comprender, perdonar o servir generosamente a los demás; de la mente, como el poder pensar de forma racional, objetiva y equilibrada; y del cuerpo, básicamente, funcionar de forma alegre, activa y saludable.

Según la American Psychological Association (APA, 2004) existen los siguientes factores como los más importantes en la afirmación de la resiliencia en las personas:

- Tener relaciones de amor, cariño, comprensión, apoyo y confianza dentro y fuera de la familia, que exhiban modelos a seguir y que ofrezcan estímulos y seguridad.
- Capacidad para hacer planes y proyectos de vida realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.

- Tener una visión positiva de sí mismo y confianza en capacidad de percepción de las propias fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.
- Tener destreza y empatía en la comunicación con las demás personas y en la solución de problemas.
- Tener capacidad para manejar los sentimientos e impulsos fuertes que pueden alterar nuestro estado emocional.

Hay algunos factores que favorecen la resiliencia en cada etapa del ciclo evolutivo de las personas, por ejemplo, en los niños y adolescentes ayuda mucho el temperamento alegre, el sentido del humor, la actitud reflexiva y receptividad a los demás, la creatividad y tolerancia a las frustraciones, las ganas de jugar y de vivir. En adultos mayores lo que más ayuda es la fe en la religión y el cultivo de la espiritualidad, la confianza en la familia y la ayuda de las redes sociales de apoyo; también influyen el estilo de vida saludable, la satisfacción con la vida, los valores y la educación que tenga la persona.

Durante las últimas décadas, además de la promoción de la resiliencia se ha evidenciado el *boom en la búsqueda de espiritualidad,* entendiéndose ésta como una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo popular, para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos. La espiritualidad asume en la sociedad actual diversas modalidades de pensamiento sobre la vida, y cada quien tiende a seguir o mezclar la visión

del mundo a su gusto: muchas personas en el mundo creen que Dios no es una persona, sino una energía espiritual que no interviene en el mundo ni en la vida de ellos, ni es comprensible por la razón humana. Otras, como reacción ante las tradicionales muestras de una religiosidad externa e impuesta por la familia, la sociedad o la cultura, buscan probar íntima, sincera y espontáneamente la experiencia de un Dios Universal o de un estado de plenitud dentro de ellas mismas, libres de prejuicios o tabúes religiosos o moralistas.

Entre las últimas tendencias espirituales está el paganismo mágico y la creencia en un cosmos habitado por entidades y fluidos espirituales con el que podemos estar siempre en contacto, para evitar el caos existencial. Entre estas tendencias se destacan por su popularidad y difusión ampliamente globalizada: la astrología, la santería, el espiritismo y la brujería o hechicería (Lenoir y otros 2005).

En términos generales la espiritualidad se ve hoy día como una necesidad innata de trascendencia, esencial para la salud mental, caracterizada por una sensación de bienestar espiritual ante un propósito existencial que le da sentido y orientación a la vida. También se ve la espiritualidad como un conjunto de creencias trascendentales sobre Dios, consigo mismo y con los demás, que proporcionan un propósito y satisfacción por la vida que lleva el individuo.

En su relación con la calidad de vida, parece que la espiritualidad en las personas adultas mayores se convierte en un aspecto que influye en la percepción de su salud y bienestar; hasta hay investigaciones que han demostrado que a mayor espiritualidad la persona tiene menor ansiedad y se siente mejor, independientemente de sus enfermedades. Por ejemplo, unas enfermeras en México (Zavala y otras, 2006) hicieron una investigación en 190 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con edades entre 35 y 85 años. Dicha investigación tuvo por objeto determinar cuáles serían las estrategias utilizadas por ellos para afrontar la ansiedad asociada con su estado de salud. A todos se les pasó un cuestionario para averiguar su espiritualidad. Encontraron que la mayoría de los pacientes tenía altos niveles de bienestar debido a una relación íntima con Dios, además de una fe que les motivaba a adaptarse a un estilo de vida saludable y a tener más aprecio por ellos mismos. De esta manera, se confirma que la espiritualidad ayuda a afrontar los momentos difíciles y estresantes, como los asociados con una enfermedad crónica, razón por la cual todas estas actitudes humanas positivas promueven la resiliencia.

Por otro lado, el médico oncólogo Harris (2010) aplicó una evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas y bienestar espiritual a 59 pacientes con enfermedad crónica. En sus estudios encontró que muchos pacientes tenían una alta fortaleza espiritual, mientras que había otros pacientes con menor apego espiritual, los cuales mostraron niveles inferiores de bienestar físico, emocional, social y funcional, así como una

reducción general de su calidad de vida. Como producto de esta investigación se observó que la fortaleza espiritual resultó ser una variable muy importante de estos pacientes para mantener bajo control el bienestar físico, emocional y social, así como un factor independiente significativo de satisfacción con su calidad de vida.

En resumen, los resultados de estas y otras investigaciones sobre el tema, sugieren que la fortaleza espiritual es un factor importante que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica, y; por lo tanto, a incrementar su resiliencia. En personas adultas mayores, la espiritualidad parece promover una actitud proactiva frente a la adversidad (enfermedades crónicas, situaciones de estrés laboral que demandan liderazgo o exposición continua a frustración, dolor o pérdidas humanas y otras situaciones de la vida). Además, parece también que la espiritualidad favorece el fortalecimiento de la autoestima y de la propia identidad, en el caso de quienes sufren discriminaciones o exclusión por razones culturales de la edad, étnicas o religiosas (Gómez y otros, 2016).

En fin, la espiritualidad se ha descrito últimamente en el contexto científico y terapéutico como la cualidad que impulsa al ser humano a trascender y a darle un propósito a su existencia, buscando los medios necesarios para lograr sus objetivos mediante una vinculación significativa con Dios (según la concepción que se tenga de Él) y/o con los demás, dentro o fuera de las instituciones religiosas. Como consecuencia, todas las personas tienen

necesidades espirituales, y esas necesidades deben ser satisfechas de alguna manera.

La persona adulta mayor se encuentra en un momento muy importante y delicado de la vida; poco a poco es consciente de que ya ha entrado en la última etapa de su carrera, y que la meta final de su existencia ya se acerca. Sabe que vive una etapa crucial de su vida en la que hay que arreglar muchas cosas, que a lo mejor han quedado pendientes resentimientos, frustraciones o perdones que hay que pedir y otorgar, expresiones de afecto omitidas y que ahora hay que compensar. Las personas que conviven o comparten con el adulto mayor, en cualquiera de las condiciones en que se encuentre, tienen que ofrecerle las oportunidades necesarias para que todas estas preocupaciones, en lo posible, se puedan resolver, y la persona pueda vivir sus propios procesos, se sienta acompañada en los momentos que lo requiera, para que cuando llegue el momento de la partida pueda hacerlo con la satisfacción de que ha quedado en paz.

Finalmente, la espiritualidad, dentro y fuera del campo clínico, se perfila como uno de los factores determinantes en la promoción de la resiliencia a todos los niveles de la población: niños, jóvenes, adultos, estudiantes, profesionales, trabajadores, familias, enfermos y sanos, ricos y pobres. Como elemento clave para la salud, el bienestar y la supervivencia de la especie humana, creemos que la comunidad científica apenas hoy está empezando a descubrir y reconocer en la espiritualidad una riqueza infinita, que puede ayudar mucho a mantener y mejorar la calidad de vida de todos

los ciudadanos, especialmente de las personas adultas mayores. Por lo tanto los programas de promoción de la salud, atención integral de la salud y educación para las personas adultas mayores, deben tomar en cuenta el valor de la espiritualidad demostrado hasta el momento, como variable que influye en el bienestar general y la satisfacción por la calidad de vida de estas personas.

5.2. ***Autotrascendencia y espiritualidad en personas adultas mayores.***

La selección del camino espiritual ayuda a la persona mayor a comprender mejor la vida. Esta práctica existencial hace posible establecer para la persona adulta mayor una relación entre la autotrascendencia, el cuidado y el bienestar en la vejez (Alcocer y otros, 2021). La teoría de la autotrascendencia fue creada bajo la perspectiva de procesos de salud y desarrollo. En esta, la persona adulta mayor valora su vida a pesar de las dificultades en las que se encuentre. De igual manera, los cambios atribuidos al proceso de envejecimiento en todas las áreas contribuyen a formar un cambio de pensamiento, en donde las personas mayores experimentaran un estado de bienestar, enfatizando la vejez como el final de la vida y favoreciendo el sentido de conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal (Zanardini, 2020). A diferencia de la autorrealización, donde esta última etapa es un fin en sí mismo, la autotrascendencia es un proceso de conciencia sobre el mundo y sobre el ser en el mundo, más allá del propio yo, lo que hace que la vida tenga un sentido y propósito (Rusu, 2019; Santos, 2020). Por ello, la autotrascendencia en la vejez se relaciona con un

sentido del todo unificado en el ser persona adulta mayor y la toma de consciencia de sus más profundos valores humanos. La espiritualidad también promueve la motivación para autocuidarse, establecer y cumplir objetivos y metas personales, tener expectativas y disfrutar del entorno familiar y social, lo que permite afrontar los desafíos que se le presenten hasta el final de la vida. El anciano hace uso de esta espiritualidad y religiosidad como un estar a la mano, no abandonándose a ello para que dirija su vida, pues entonces caería en lo impropio, sino comprendiendo que en verdad le es parte de sí y lo comprende como un recurso. La conciencia de Dios como espera lo hace también tener una concepción de lo finito de lo mundano para esperar un tipo de paz después de lo mundano y esto le ha sido transmitido por sus creencias que forman parte de su histórico social, aquí la enfermería puede hacer uso de intervenciones de cuidado de acuerdo al contexto y características de la espiritualidad y religiosidad, incorporando el cuidado espiritual a la asistencia del anciano.

En la religión cristiana, para el adulto mayor el meditar sobre los momentos finales de la vida tiende a vaporar la inmortalidad como felicidad, es decir, hacia la unión con Dios proviniendo de su histórico social fundado en la teología cristiana, de esa manera la totalidad de los entes, conforme a la conciencia cristiana del mundo y de la existencia, se subdivide en Dios, reflejando esta conciencia histórica donde la espiritualidad es un estar a la mano para él, que le provee de una parte de su comprensión como finito,

como ser para la muerte y como una posibilidad para su comprensión misma (Guerrero y otros, 2019).

Finalmente, la dimensión espiritual en el ser humano se manifiesta por la búsqueda de respuestas ante su experiencia de finitud, de frustración o de falta de sentido para comprender su propia existencia. De ahí se desprende que todos los pueblos de la tierra y en todos los tiempos hayan tenido un concepto de Dios (Bianchi, 2010). Una persona o un paciente comienza a darse cuenta de su vida espiritual porque se inquieta por preguntas existenciales: ¿Qué sentido tiene la vida? ¿Qué sentido tiene el sufrimiento y la enfermedad? ¿Qué pasa después de la muerte? ¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿A dónde vamos? ¿Quién soy verdaderamente yo? Todas estas preguntas evidencian una apertura exploratoria de su conciencia que ha trascendido los límites de su yo personal y contextual, ubicado en un tiempo y espacio determinado. Es habitual que en esta etapa se vivencie cierta angustia existencial. En edades avanzadas se vivencia esta angustia, aparentemente sin motivos, que a veces, no sabe explicar su origen y necesita ser escuchado con una profunda empatía, por medio de la terapia de intervención espiritual, que debe formar parte de los servicios de atención y orientación en salud integral para adultos mayores en riesgo.

Existen muchos motivos por los cuales la espiritualidad debe ser integrada en la consejería y la psicoterapia. A continuación, se aporta una lista de las principales seis razones por las cuales los profesionales de la conducta pueden utilizar la espiritualidad como una estrategia terapéutica: a) La

espiritualidad es una dimensión de calidad de vida muy importante para muchas personas (Sperry, 2012). b) Los asuntos espirituales podrían ser áreas de dificultad, estrés y preocupación para los adultos mayores (Exline, 2013; Exline & Rose, 2013; Pargament, 2007). c) La mayoría de los pacientes prefieren recibir servicios de profesionales que integran la espiritualidad en los procesos terapéuticos (Sperry, 2012). d) La espiritualidad es un importante recurso de afrontamiento y fortaleza interior (Paloutzian, 2017; Pargament, 2007; Roque-Falcón, 2016). e) La mayoría de los pacientes desean discutir asuntos religiosos en sus procesos terapéuticos (Post & Wade, 2009). f) Estudios investigativos apoyan la conexión entre la espiritualidad y el bienestar (González-Rivera, 2016; Koenig, 2012). g) Para comprender la visión global que los clientes tienen de sus vidas y fortalecer la relación integrando la espiritualidad en la consejería profesional y la psicoterapia, así como examinar y evaluar si los factores religiosos del cliente podrían ser utilizados como estrategias de afrontamiento en el proceso terapéutico.

CAPITULO VI

La sexualidad en las personas adultas mayores

La sexualidad es una expresión natural de todo ser humano, que está presente en las diferentes etapas del ciclo vital; no obstante, debido a mitos y estereotipos, erróneamente se piensa que su práctica cesa al llegar la etapa de la vejez (Herrera, 2003). Sin embargo, aunque las personas adultas mayores algunas veces pueden no sentirse sexualmente atractivos, el deseo sexual no se pierde con la edad. La sexualidad normal implica mucho más que la relación sexual directa; implica comunicación interpersonal, atracción, admiración, caricias, afecto y un amor que se puede mantener en el tiempo y brindar satisfacción a la pareja. Cedeño y otros (2006) se manifiestan de acuerdo en que el placer sexual es un derecho humano universal básico, y ven la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Por su parte (Herrera, 2003, p.151) está de acuerdo con Abraham Maslow, autor de la teoría de las necesidades fundamentales humanas, en el sentido de que la sexualidad es una "expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor,

compartir y placer, con o sin coito". Desde esta perspectiva, es necesario ver la sexualidad de forma integral, porque incluye pensamientos, sentimientos, emociones, caricias y cualquier otra forma de comunicación corporal y verbal entre las personas.

6.1. La sexualidad en el adulto mayor como necesidad y derecho humano fundamental

A pesar de que la atención a la persona mayor ha alcanzado logros notables desde el punto de vista biomédico, en el análisis de la discusión social sobre la sexualidad en la tercera edad aún persisten mitos, creencias y actitudes que tienden a criticar, rechazar, o ignorar la existencia de la actividad sexual en la edad adulta mayor. Pero, claro, la sexualidad es uno de los fenómenos más complejos de la vida humana, que a veces por cultura se evita hablar de ella, se opta por no analizarlo o resolverlo con razones y se deja que cada caso encuentre su solución espontánea. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en las personas mayores es sistemáticamente negada, objeto de especulación, rechazada o ridiculizada en una gran parte de la sociedad. Este hecho, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad de estudiarla por inhibiciones, creencias, actitudes y valores culturales, han hecho que se generalice y se hagan sinónimos envejecimiento y pérdida de la actividad sexual.

La sexualidad forma parte de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, independiente de que se encuentren institucionalizas o en la comunidad, e independiente de credo político, religioso, raza o condición económica o social. Todas las personas tienen derecho a relacionarse afectivamente con su pareja y sus familiares, tomar sus propias decisiones y hacer sus elecciones, contar con espacios de privacidad, educarse sobre el tema, entre otras dimensiones de la sexualidad; lo que implica poder desarrollar su sexualidad sin que otras personas violenten este derecho. Lamentablemente, existen algunos aspectos que contribuyen a explicar la exclusión a este derecho; por un lado, la sociedad se encuentra permeada por las creencias, mitos y estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento; en consecuencia, se considera la sexualidad como una manifestación exclusiva de la juventud, y por ende, se percibe a las personas adultas mayores como seres asexuados, carentes e incapaces de continuar desarrollando su sexualidad (Herrera, 2003)

Por otro lado, hay un desconocimiento social de la sexualidad en la vejez, como comportamiento humano normal que integra aspectos biológicos, psicológicos, espirituales y sociales, importantes de comprender, para que las personas adultas mayores puedan desarrollar una vida sexual de forma plena, saludable y sin miedo al repudio social. Reconociendo este derecho, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N°7935 establece: “Toda persona adulta mayor que resida permanentemente o transitoriamente en un hogar, centro diurno, albergue u otra modalidad de atención, tiene los

siguientes derechos (…) Gozar de privacidad durante las visitas de su conyugue o compañero. Cuando ambos conyugues o compañeros sean residentes, deberá suministrárseles un dormitorio común, siempre que las facilidades del establecimiento lo permitan". (CONAPAM, 1999, pp. 6-7).

Sobre las potencialidades de las personas adultas mayores, Zapetti (2013:1) al respecto añade: "Así como el cuerpo y sus funciones experimentan cambios con la edad, de la misma manera, la sexualidad comparte este proceso: el envejecimiento. Si bien somos sexuados desde que nacemos hasta que morimos, sabemos que las posibilidades se modifican con el paso de los años. Si la vida sexual en la juventud fue placentera y satisfactoria condicionará su sexualidad en la llamada tercera edad y tratará de mantenerla, no así los que tuvieron un pasado disfuncional".

Pero, ¿Qué es lo que ocurre con el sexo en esta época de la vida?

¿Por qué muchas personas mayores creen que la vida sexual, simplemente, ha llegado a su fin. Lo cual, de acuerdo con las investigaciones sexológicas actuales, constituye un prejuicio social sin fundamento?

Para la Asociación Gerontológica Costarricense, *AGECO (2011)* nuestra sociedad es discriminatoria y promueve algunos mitos sobre la sexualidad en las personas adultas mayores. En términos generales prohíbe a estas personas sentir y expresar el amor, sentir deseo sexual, entre otros aspectos, por medio de críticas o mofas. Agrega, además, que muchas personas en el proceso del envejecimiento y propiamente de la vejez, suspenden su

derecho a la sexualidad y a los comportamientos vinculados con esta función. Se indica que uno de los principales mitos construidos, es que la actividad sexual (componente de la sexualidad) en la vejez, es nociva para la salud. Sin embargo, reconoce que existen estudios médicos y psicológicos contemporáneos coincidentes en que la sexualidad juega un papel importante en la praxis del envejecimiento activo, saludable y pleno. De igual manera, muchas mujeres adultas mayores creen erróneamente que con la llegada de la menopausia y con el cese de la función reproductiva, se pierde la actividad sexual.

Por el contrario, y ciertamente, las investigaciones científicas demuestran que las personas adultas mayores hasta con relativa buena salud, disfrutan del sexo y son capaces de tener actividad sexual hasta una edad muy avanzada. De acuerdo con los investigadores, el mantenimiento de la actividad sexual dependerá de las experiencias pasadas de la persona y también de su actitud positiva con respecto al envejecimiento en su conjunto y, en particular, a sus valores, creencias y a su propia imagen. Si durante su vida de joven y adulto la persona le ha concedido un lugar importante a la sexualidad, si la ha gozado plenamente, seguirá deseando y se mantendrá interesada en mantenerla. Por el contrario, aquellos que llevaron una vida sexual con dificultades o veían el acto sexual como algo rutinario, intrascendente o conflictivo, se apresuran a invocar su vejez para excusarse y evitar el sexo" (Sapetti- Kaplan, 1986).

Por lo general la crítica excluyente y la presión de la sociedad tienden a borrar la sexualidad en las persona adultas mayores, de los que únicamente se espera que cumplan con la función de financiar y cuidar a los nietos o convertirse en personas pasivas, donde el sexo y las pasiones amorosas no tienen espacio. Además, si las pasiones amorosas aparecen, las personas mayores que las viven frecuentemente reciben el apodo de "viejos verdes", "viejos chivos" o "viejos sucios", igual con las mujeres mayores, con lo que queda claro que la sociedad reprime, niega o denigra, de cierta manera, las manifestaciones de la sexualidad en el adulto mayor. Por el contrario, en la otra cara de la moneda, las personas adultas mayores suelen hacer muchas preguntas y demostrar preocupaciones por su sexualidad, por ejemplo, alguna persona puede preguntar:

¿Hasta qué edad el hombre tiene erección normalmente? o ¿Hasta qué edad en la mujer se mantiene el interés por el sexo?

Con respecto a las preguntas anteriores, es necesario aclarar que la erección normal se realiza de acuerdo con las características de la respuesta sexual de cada persona. La capacidad normal de un hombre puede no serlo para otro, si una persona ha tenido a lo largo de su vida erecciones firmes y confiables, es probable que así continúen mientras lo desee, aun teniendo en cuenta sus modificaciones orgánicas. De todos modos, la erección dependerá de su estado general de salud física y psíquica. En los varones, aunque hablamos de andropausia, no existe el equivalente a la menopausia femenina, en el verdadero sentido, porque no hay un cese total de la

capacidad reproductiva, ni tampoco una disminución tan marcada de los andrógenos, DHEA, testosterona, como sucede en las mujeres con los estrógenos. De acuerdo con los médicos, la disminución de testosterona en el hombre es muy lenta y pausada, e inclusive puede no darse en absoluto, ya que se ha encontrado que algunos hombres de edad avanzada tienen el mismo nivel de esta hormona que otros más jóvenes. Por otro lado, la cantidad y movilidad de los espermatozoides es menor, sobre todo después de los 75 años, lo que no invalida totalmente la capacidad de fecundación masculina. (Sapetti y Rosenzvaig, 1997).

En el caso de las mujeres, definitivamente no existe ningún límite para conservar y expresar el interés por el sexo y el amor en la edad adulta mayor.

Otra preocupación puede ser: *¿Será cierto que el cuerpo sigue necesitando relaciones sexuales después de los 50 años?*

La necesidad sexual como algo insuperable no existe. Una persona puede pasar toda su vida sin tener relaciones sexuales, sin que sufra ningún daño en su salud ni en su calidad de vida. El sexo es una elección muy personal y no depende de una imposición biológica, religiosa o social, aun cuando es necesario para la preservación de la especie humana. Sin embargo, una persona que desea disfrutar plenamente de las relaciones sexuales, éstas son igualmente necesarias a los 20, los 30, lo 50 o los 70 años y más, con la ventaja de que aquellos que han mantenido regularmente su actividad

sexual tienen menos problemas en mantenerla. Tal es el caso de muchas mujeres que aun luego de la menopausia mantienen su capacidad de lubricación vaginal y el tono muscular de su vagina, lo que permite una relación sexual satisfactoria y un orgasmo adecuado.

En general, la elasticidad y forma de las paredes vaginales tienden a cambiar después de prolongados períodos de abstinencia, como los que suceden en muchos casos después de la muerte del cónyuge o de una separación particularmente traumática. En estos casos, es posible que la masturbación ayude tanto al varón como a la mujer a mantener su deseo, fantasías y capacidad de respuesta sexual intactas. Aunque esta idea pueda ser rechazada por mucha gente que considera a la masturbación como un acto impropio para esa edad, pero la realidad nos dice que ésta es una práctica frecuente y algunas veces la única posible.

Otro caso de preocupación: *Soy viuda desde hace 6 años, pero siempre siento deseos sexuales, ¿qué puedo hacer si mis hijos me critican?*

Con frecuencia los hijos adoptan una actitud de censura o de crítica negativa hacia la sexualidad de los padres. Es muy común escuchar: "*mis padres no creo que tengan relaciones sexuales".* Esta actitud se vuelve particularmente conflictiva cuando algunos de los progenitores viudos o separados, con hijos adolescentes o adultos, intentan rehacer su vida sexual. Es más, en los hogares de ancianos es común que se los condene casi a una abstinencia forzada, pero también es muy común observar que se

mantienen todas las actitudes de cortejo y seducción, tanto en los varones como en las mujeres, lo que muestra que permanecen intactos los deseos de compañía, afecto, amor y deseo sexual.

Otro caso: *¿Un hombre de 70 años, con diabetes, puede tener relaciones sexuales? Entre mi marido y yo se han espaciado cada quince o más días.... Puede ser por la edad o por la enfermedad?*

Aquí hay dos situaciones; uno es la diabetes, que produce alteraciones tanto neurológicas como vasculares, pudiendo así perturbar los mecanismos de erección. Sin embargo, la enfermedad no necesariamente acaba con el sexo. Hasta un 70% de los varones y un 62% de las mujeres de mediana edad o mayores diabéticos mantiene relaciones sexuales dos o tres veces al mes. Es la misma frecuencia que afirman tener las personas con los mismos años pero sin esta enfermedad (Matey, 2010). Otra situación, que es un hecho fisiológico normal, es que las erecciones no sean tan frecuentes como en la juventud. En todo caso tanto en los varones como en las mujeres se requiere dedicar mayor tiempo a las caricias y la estimulación erótica.

En la mayoría de los casos, el alcoholismo y tabaquismo crónico van afectando todas las diferentes áreas del organismo, y los genitales no se salvan del efecto de esos tóxicos: en los adictos al tabaco después de los 50 pueden aparecer todo tipo de problemas (broncopatías y cardiopatías, cáncer pulmonar, impotencia, arterosclerosis).

También habría que tener en cuenta los posibles efectos secundarios de algunos medicamentos que se usan en estas estas edades, y que muchas veces pueden alterar la respuesta sexual: como por ejemplo, los medicamentos llamados betabloqueadores y otros antihipertensivos; diuréticos, antidepresivos y antipsicóticos; benzodiazepinas, entre otros medicamentos (Infact, 2013).

Otra pregunta indiscreta: *¿Es normal que a un adulto mayor, mujer u hombre, les atraigan y gusten las personas jovencitas?*

Las pasiones que las jóvenes despiertan en varones o mujeres de edad pueden estar relacionadas con un deseo ilusorio de recapturar la juventud, como una manera de escapar de la vejez, pero que si esos deseos se pueden canalizar y disfrutar, también tiene sus cosas bellas y dignas de ser vividas. Todo esto no invalida ni descalifica el hecho de que algunos adultos mayores, sean mujeres u hombres, se apasionen con una persona joven.

6.2. Mitos y prejuicios sociales en la sexualidad del adulto mayor.

Como se mencionó en apartados anteriores, los prejuicios son un fenómeno sociocultural, con una orientación negativa hacia ciertas formas de pensar sobre las cosas o las situaciones humanas; en el caso de la sexualidad en la vejez, esos prejuicios se tornan injustos, pues se incurre en generalizaciones excesivas y constituyen actitudes de la gente relacionadas con los sentimientos negativos que genera un determinado grupo poblacional, y de

los estereotipos que se refieren a las creencias erróneas o exageradas que la sociedad construye sobre las personas mayores (CEPAL, 2008).

Algunos de los siguientes mitos sobre la sexualidad de las personas mayores recopilados por Llanes (2013) se relacionan hasta con prohibiciones radicales que la gente se inventa para valorar las condiciones y necesidades de esta población:

Los adultos mayores carecen de sexualidad

Se dice que la sexualidad infantil y la del adulto mayor están negadas por ciertas corrientes de pensamiento que ven la sexualidad humana solamente al servicio de la reproducción. El "anciano", presuntamente, no está en condiciones de reproducirse, por lo que el ejercicio de su sexualidad es imposible y por lo tanto, debe reprimirse.

Las personas mayores no se reproducen

De acuerdo con este pensamiento, la reproducción humana está disociada del placer erótico en todas las edades. Si los ancianos no se reproducen, como lo consideran algunos moralistas y biologistas, están liberados del temor del embarazo. Por eso pueden entregarse libremente a la actividad sexual placentera. Sin embargo, de acuerdo con el criterio de la American Society for Reproductive Medicine (2013) aunque en condiciones normales la fertilidad cambia con la edad, especialmente en la mujer, cuando se suspende la producción de óvulos, después de la menopausia, no hay una edad máxima a la que un hombre no pueda engendrar un hijo, tal como ha

quedado demostrado por los hombres de entre 60 y 70 años que conciben hijos con parejas más jóvenes.

La llamada pérdida erótica

La pérdida de atractivo sexual es otro de los mitos sobre la edad adulta mayor. Se afirma que las personas mayores son incapaces de experimentar placer (eroticidad subjetiva) y que también son incapaces de despertar deseo sexual en otros (eroticidad objetiva). Se cree que esta pérdida del atractivo sexual en la mujer está determinada por tener varios hijos, que rápidamente las envejece, por la caída de los senos, la salida de várices, prolapsos uterinos, cansancio crónico por el cuidado de muchos hijos y otras condiciones que afean su figura. En contra de esta creencia en la sociedad moderna han aparecido muchos recursos para mantener el atractivo sexual, independientemente de la edad, como el tener pocos hijos, cirugía plástica para los senos, las arrugas y la obesidad; las dietas especiales para mantener la línea armónica del cuerpo, gimnasia, baile y cosméticos de todo tipo.

Pérdida de la frecuencia en la actividad sexual

Aunque la actividad sexual disminuye con la edad, manteniéndose con una frecuencia variable, de acuerdo con las características de la población y las condiciones propias de cada persona, dependiendo principalmente del estado físico y mental de su salud, la existencia de un compañero/a sin limitaciones y su historia sexual previa. En relación con esta historia sexual previa, lo que se sabe es que aquellos sujetos con una actividad sexual

habitual y periódica durante otras etapas de la vida, tienen mayor probabilidad de mantener esta actividad cuando envejecen (Marín y Espínola, 2010).

Modificaciones en el patrón de la sexualidad en la persona mayor

Como se verá más adelante, el comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: la salud en general, disponibilidad de un compañero o compañera sana, la personalidad, actitudes hacia los demás, el trato de las personas, nivel de educación, interacción social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, entre otros factores (Marín y Espínola, 2010). Por lo general se acepta como normal en la persona mayor ciertas modificaciones en el patrón sexual en comparación con el adulto joven; por ejemplo, disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, las caricias, ratos de intimidad emocional, relaciones de compañía o masturbaciones (Murillo y Rapso-Brenes, 2005).

Como conclusión final de este apartado diremos que, a pesar de los cambios normales que se producen en la sexualidad de las personas adultas mayores, la magnitud y la aparición de esos cambios varía de una persona a otra, dependiendo de factores y condiciones propias de la vida de cada individuo. Sin embargo, tanto en el hombre como en la mujer, e independiente esos factores, lo importante es que la sexualidad no se termina con los años,

siempre habrá momentos en la vida de las personas para expresar sus deseos, sus emociones o sus pensamientos en relación con el sexo.

6.3. Factores que influyen en la conducta sexual de la persona mayor

Falta de una pareja

Esta es la causa que más provoca la abstinencia sexual en la persona adulta mayor, sobre todo en la mujer, téngase en cuenta que los hombres mueren algunos años antes que la mujer, razón por la cual son más frecuentes las viudas que los viudos.

Deterioro de la relación matrimonial

Este aspecto es uno de los que más se observa como causa de trastornos sexuales en la tercera edad. Existen ciertos comportamientos y rutinas que afectan la interacción en la pareja y que deben reorientarse y combatirse, como por ejemplo, la monotonía en las relaciones sexuales; hacer siempre lo mismo de la misma forma, además de los problemas de comunicación. A veces solo se haba de los problemas de los hijos y los nietros o del trabajo, pero no de otros temas íntimos que son de interés de ambos miembros y que contribuyen a rescatar la intimidad de la pareja (Pérez y otros, 2001). Otra situación que influye es la falta de privacidad y las condiciones inadecuadas de la vivienda.

Condiciones domésticas

El síndrome de la abuela esclava, como lo describe (Guijarro, 2001) es otra forma de maltrato frecuente en el siglo XXI, sobre todo en los países hispanoamericanos, que afecta a mujeres mayores con gran carga familiar, voluntariamente aceptada durante muchos años, pero que al avanzar la edad se torna excesiva. Si la mujer no expresa claramente su agotamiento (o lo oculta), y sus hijos y esposo no lo aprecian y le ponen remedio, la sobrecarga inadecuada provoca o agrava diversas enfermedades comunes: hipertensión arterial, diabetes, cefaleas, depresión, ansiedad y artritis y perdida del deseos sexual.

La incapacidad física secundaria a enfermedades es uno de los hechos que con mayor frecuencia lleva al cese de la actividad sexual. También pueden influir en la declinación de la actividad sexual en ancianos la falta de intimidad y las alteraciones anatómicas o fisiológicas propias del proceso de envejecimiento tanto en el hombre como en la mujer pueden limitar la actividad sexual lo cual no quiere decir que el anciano no pueda disfrutar de la actividad sexual plenamente.

6.4. Consejos para una sexualidad saludable en el adulto mayor

Las relaciones sexuales constituyen una parte importante de la salud emocional y la calidad de vida del adulto mayor. En una relación de pareja, la actividad sexual le permite crear intimidad y expresar sus sentimientos hacia la otra persona. También constituye un beneficio para su salud física y

mental de la pareja, al reducir el estrés y experimentar la sensación de sentirse bien.

A medida que el cuerpo y el desempeño sexual cambian, es posible que usted se preocupe sobre cómo reaccionará su pareja. Es posible que se sienta avergonzado, avergonzada, nerviosa o nervioso. Incluso podría evitar la actividad sexual. Pero no se desanime, porque existen muchas cosas que usted puede hacer para compensar los cambios que causa el envejecimiento en su vida sexual. Recuerde los consejos que se mencionan a continuación y trabaje con su pareja para mantener una vida sexual satisfactoria. No tenga pena si es soltero o soltera y siente que ya no es atractivo o atractiva para el otro sexo, no se quede con los brazos cruzados, busque siempre la oportunidad para relacionarse sexualmente con otra persona que sea de su completo agrado.

Hable con su médico de su sexualidad con toda confianza.

Aunque algunos adultos tienen problemas sexuales a medida que envejecen, muy pocos hablan con sus médicos sobre los síntomas que tienen y cómo mejorar la situación. Cualquiera que sea la situación, su médico puede ayudar a mejorar la salud sexual, tratando la disfunción eréctil o cualquier otro problema del hombre o de la mujer. Por medio de entrevistas y charlas educativas, los médicos y otros miembros del equipo de salud pueden contribuir a encontrar soluciones para mejorar o mantener su actividad

sexual. Puede sugerirle maneras para que usted y su pareja disfruten juntos de las relaciones sexuales.

Hable con su pareja.

Es posible que al principio sea incómodo hablar abiertamente con su pareja sobre las relaciones sexuales, pero es importante que se comuniquen el uno con el otro. En todo caso es muy conveniente contarle a su pareja sus sentimientos y sus inquietudes, así como de hablarle de lo que espera de sus experiencias sexuales compartidas, y cómo se pueden ayudar mutuamente para mejorar la situación.

Experimente cosas nuevas.

Si hay problemas sexuales, hay que inventar su propia rutina. Piense en cosas nuevas, dedíquenle más tiempo a las caricias y la excitación. Pruebe nuevas posiciones, invente cosas nuevas. Si con el tiempo se dan cuenta de que no tienen relaciones sexuales tan seguidas como acostumbraban, juntos pueden encontrar nuevas maneras de tener intimidad. Se puede pasar el tiempo que quieran acariciándose, besándose y disfrutando de la compañía de la otra persona. Con un poco de creatividad y buena comunicación, pueden fortalecer su vida sexual; mejorar la comunicación les ayudará a ambos a sentirte más unidos y podrá hacer el sexo más placentero.

Tenga relaciones sexuales seguras.

Los adultos mayores siguen estando en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Pregunte a su pareja sobre sus antecedentes sexuales y comparta los suyos, esto genera credibilidad y confianza.

Si usted es viudo, viuda o separado, considere la posibilidad de realizarse con su nueva pareja una prueba para detectar las infecciones de transmisión sexual antes de tener relaciones íntimas. En caso de relaciones sexuales con personas desconocidas, utilice siempre el condón para prevenir el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Manténgase saludable y en forma

Para mantenerse en forma y ayudar a prevenir enfermedades, asegúrese de hacer ejercicio físico de manera permanente, tenga siempre una dieta adecuada y consulte con su médico para recibir los cuidados preventivos que usted necesita en forma regular. En caso de que padezca de alguna enfermedad siga todas las recomendaciones de su médico para tener un mejor control de su salud.

Aproveche toda oportunidad para asistir a paseos, conciertos, actividades deportivas, recreativas y culturales de su comunidad, para socializar con su pareja, mejorar su estado emocional y mantener una buena salud mental.

El sexo se puede mejorar a cualquier edad

No hay que renunciar a la sexualidad en ningún momento, porque ésta es un derecho de toda persona, disfrute de su cuerpo y de sus capacidades, que

aunque este viejo o vieja, el cuerpo siempre sirve para hacer el amor. Pregúntele a su pareja qué es lo que más le gusta. Haga variaciones en las posiciones e invente cosas nuevas. Dispóngase a descubrir nuevas formas de placer cada vez que pueda, ahora hay todo el tiempo posible para disfrutad del sexo, no busque excusas por miedo a recorrer el camino del placer, hable de este asunto con gente de confianza de tu misma edad, se dará cuenta que a muchos les pasa lo mismo, la sexualidad es el mejor medicamento contra la edad que puedes usar, porque aparte de sentirte bien, te vas a sentir feliz y eso se nota en el rostro y las ganas de vivir.

CAPITULO VII

Salud mental en la persona adulta mayor

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad adulta mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Aunque la mayoría de las personas mayores pueden tener una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso

reconocer (Organización Mundial de la Salud, 2016). De acuerdo con los informes de este organismo internacional, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente (Organización Mundial de la Salud, 2016). El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más conservadoras a buscar ayuda.

En el caso de las demencias, la OMS (2017) las define como un síndrome que se caracteriza por el deterioro de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Afecta principalmente a las personas mayores, pero no es

una parte normal de la vejez. Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos. La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

Por su parte, la depresión, se afirma que puede causar grandes sufrimientos y trastornos de la vida cotidiana. Los informes de la OMS (2017) indican que la depresión unipolar 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.

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.

En la actualidad, la salud mental y el bienestar de la población están adquiriendo cada vez más importancia como fuente primordial de salud, de aprendizaje, de productividad y de integración social; además, hay cada vez más conciencia de los problemas principales, entre los cuales está la necesidad de afrontar las tasas crecientes de trastornos diagnosticados de salud mental, para que las personas que padecen este tipo de enfermedades puedan disfrutar de una vida mejor, venzan el estigma y tengan garantizados sus derechos fundamentales (Jané y Gabilondo, 2008).

Integralmente, la salud mental incluye el bienestar emocional, psíquico y social. Influye en la forma en como pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos las diferentes situaciones que nos presenta la vida. De igual manera, la salud mental ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, cómo nos relacionamos con las demás personas y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, para resolver los problemas de la vida cotidiana, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

En general, las enfermedades mentales son condiciones graves que pueden afectar la manera de pensar, el humor y el comportamiento humano. Existen muchas causas de enfermedades mentales, la mayoría de ellas relacionadas con la herencia, factores del crecimiento y el desarrollo, la historia familiar

de cada persona, así como también con sus experiencias de vida como el estrés y las vivencias emocionales traumáticas.

7.1. El concepto de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2013) define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir con el desarrollo de su comunidad. Esta misma fuente ha considerado que la salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y psicosociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social. Esta definición quiere decir que la salud mental es un estado de las personas que está sujeto a cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen dentro de ciertos límites.

De acuerdo con Pacheco (2005) mencionado por Mebarak y otros (2009) existen algunas características comunes entre las personas mentalmente sanas, entre las cuales se pueden resaltar:

a) Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o

preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.

b) Se sienten bien compartiendo con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos con sus experiencias de vida a que los otros confíen en ellos.
c) Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente y son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.
d) Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor o riesgo que puedan sentir.
e) Son capaces de reconocer y administrar sus propias emociones e interpretar e influir en las emociones de los demás.

Se trata de un estado que está estrechamente ligado con la relación entre los seres humanos y su entorno, su forma de reaccionar ante los cambios y la manera en que el individuo resuelve las dificultades que se le presentan y la realización de los ajustes correspondientes. La salud mental de cada persona tiene que ver mucho con la manera de celebrar la vida y la forma en que

haya vivido el envejecimiento, proceso natural, gradual e inevitable que forma parte del crecimiento y desarrollo de todos los seres humanos.

Debido a que en la actualidad el tiempo de vida de los seres humanos es cada vez más larga, las personas experimentan mayor cantidad de situaciones y cambios biológicos, psicológicos y sociales, que inciden directamente en su salud física y mental y en la propia personalidad, condicionando en muchas ocasiones el disfrute con éxito de la etapa de la vejez. La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y limitaciones, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a las demás personas de su comunidad.

Son muchas las enfermedades que atentan frecuentemente atentan contra la salud mental de las personas mayores: por ejemplo, la depresión, los estados de angustia y ansiedad, la baja autoestima, el mal manejo del estrés, las demencias, las enfermedades metabólicas, entre otras. Existen también las llamadas "enfermedades sociales", que con frecuencia afectan a este grupo de edad, entre las que destacan el abandono, el abuso y el maltrato al que son expuestas algunas personas mayores y que lamentablemente producen y aceleran el deterioro propio de la edad avanzada.

Sabemos que la familia es el núcleo de apoyo social más importante de la persona adulta mayor; junto con los amigos, vecinos y el personal de salud,

constituyen redes de apoyo determinantes en la salud física y mental y por lo tanto en la calidad de vida de esta población. La familia, quien además de proveer atención y cuidado en primera instancia, debe ser la principal promotora de la participación activa de las personas mayores en la dinámica de la sociedad actual, de manera que se estimulen sus habilidades físicas y mentales, como la motivación, la comunicación, el interés y la curiosidad presente en ellos, para que vivan felices como individuos productivos.

Definitivamente, se debe hacer prevención para mantener una buena salud mental, que permita a toda la población una vejez, digna y vivir plenamente con el mayor grado de autovaloración, de claridad de pensamiento, de autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible, para sobrellevar los cambios del proceso de envejecimiento de las personas adultas mayores de hoy y del mañana.

7.2. Trastornos mentales en las personas adultas mayores

Los trastornos mentales comprenden afecciones comunes como la depresión y la ansiedad, las causadas por el abuso del alcohol y otras sustancias, así como otros trastornos graves que producen discapacidad, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En criterio de la Organización Mundial de la Salud (2011) los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones

correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

Se calcula que aproximadamente el 15 % de las personas adultas mayores de 60 años o más sufre de algún trastorno mental. Los trastornos mentales, especialmente la depresión, son más comunes entre las personas que padecen enfermedades físicas crónicas, como las enfermedades del corazón, la diabetes, el asma y la artritis. Entre los principales trastornos mentales que se producen en las personas adultas mayores están la depresión, la demencia, los trastornos ocasionados por consumo excesivo de alcohol y las drogas y las conductas suicidas.

Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo leve es considerado como una fase intermedia entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento natural y los cambios conductuales más serios y graves causados por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Este tipo de trastorno puede afectar distintas áreas del pensamiento y ciertas capacidades cognitivas, como la memoria, el lenguaje, la atención, el razonamiento, el juicio, la lectura y la escritura. Sin embargo, la forma más frecuente de deterioro cognitivo leve es la que causa problemas de memoria, conocido como amnesia y se caracteriza por un tipo de pérdidas de memoria típicas de las fases iniciales de la enfermedad de

Alzheimer, pero no llegan a cumplirse todos los criterios diagnósticos propios de dicha enfermedad, la persona puede mantenerse independiente para llevar a cabo su vida diaria, aunque tal vez sea menos activa socialmente o pueda experimentar algunas dificultades para el desarrollo de algunas tareas más complejas (Gramunt, 2010).

Algunos de los signos que pueden hacer pensar en el deterioro cognitivo leve son los siguientes: Dificultad en seguir el hilo de las conversaciones; no recordar dónde ha dejado las cosas; olvidar citas o acontecimientos importantes (citas médicas, o fechas de cumpleaños, por ejemplo); tener problemas para encontrar la palabra adecuada en las conversaciones.

La depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés por la vida o el placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica, y dificultar el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si la depresión es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando es moderada o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de enfermedad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre, y puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración y de intensidad moderada o grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares. Estudios realizados en poblaciones de adultos mayores de la región Centroamericana han encontrado una prevalencia de 18.1% para la población en general con predominio del sexo femenino, un dato similar a los reportes de estudios internacionales (Bolaños y Guzmán, (2015). La depresión es muy común entre las personas que tienen enfermedad de Alzheimer. En muchos casos, estas personas pueden deprimirse cuando se dan cuenta de que su memoria y su capacidad de funcionar están empeorando. Desafortunadamente, la depresión puede hacer que sea aún más difícil para una persona que tiene enfermedad de Alzheimer funcionar, recordar cosas y disfrutar la vida.

Síntomas de la depresión

El sentirse desanimado o triste no es el único síntoma de la enfermedad depresiva. Para identificar adecuadamente una depresión es importante saber qué buscar. A continuación figuran los síntomas más frecuentes de la depresión:

- Primero, un sentimiento de tristeza o desánimo que es más intenso que la tristeza normal, dura más días y está presente la mayor parte del tiempo, aunque con cierta frecuencia mejora con el transcurso del día.
- Una pérdida de interés en la vida y una incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente dan placer o satisfacción.
- Hay una sensación de fatiga o cansancio que está presente a pesar de una escasa actividad y que es tan intensa que hace que la tarea más simple suponga un gran esfuerzo. La motivación y el impulso están bajos.
- Hay una pérdida de apetito se suele acompañar de pérdida de peso.
- Una sensación interna de inquietud que hace difícil el descansar o el relajarse.
- Un deseo de aislarse de la gente y si hay gente alrededor una sensación de irritabilidad y mal humor.
- Dificultad para dormir con frecuente despertar temprano, al menos una o dos horas antes de lo habitual, y con incapacidad para reconciliar el sueño.
- Ausencia de confianza en sí mismo, que con frecuencia se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás.

- Sentimientos de maldad o de culpa; quizás exagerando incidentes del pasado, reaccionando de forma desproporcionada, o preguntándose si ha sido un castigo de Dios.
- Pensamientos suicidas. Muchas de las personas con depresión grave se sienten en algún momento como si todo hubiese acabado. Estos sentimientos se deben en cuenta, ya que son indicativos de que la persona necesita ayuda urgente, porque la persona puede tomar decisiones fatales.
- En ocasiones estos intentos de suicidio se hacen tan intensos que la persona deprimida puede decidir querer morir y hacer los preparativos para llevar a cabo su suicidio. Este es un signo de que se precisa de ayuda urgentemente.

Aunque la depresión puede manifestarse con los síntomas comentados a cualquier edad, la forma de presentación en las personas mayores puede ser un poco diferente. En primer lugar, algunos síntomas de enfermedades físicas pueden ser similares a algunos de los de la depresión. Por ejemplo, la pérdida de apetito o el sueño alterado pueden ser consecuencia de la depresión o bien ser secundarios a diferentes condiciones físicas, tales como las cardiopatías o la artritis. Si la depresión está presente, sin embargo, deberían existir otros síntomas del tipo de los pensamientos y sentimientos depresivos antes mencionados.

En segundo lugar, las personas mayores acostumbran a quejarse menos de estar deprimidos y en su lugar expresan gran malestar por síntomas corporales con frecuencia asociados a una preocupación por tener una enfermedad.

Factores de riesgo de la depresión

Se ha encontrado que existen algunos factores de riesgo que predisponen a la depresión en la persona adulta mayor, entre ellos las pérdidas de la pareja, de propiedades, del trabajo, pérdida del rol en la familia o en la sociedad, entre otros. Estas experiencias desencadenan mecanismos de adaptación en las personas, que cuando no se saben superar, terminan generando una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad que terminan en depresión.

Existen algunas variables específicas que incrementan el riesgo de depresión se han identificado factores propios de la personalidad, aspectos cognitivos, sociales, familiares y genéticos (Kendler y otros, 2006). Entre los llamados factores personales o sociales se han involucrado algunas circunstancias como la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, así como la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco (Hamalainen y otros, 2001). También se han identificado otros factores de riesgo como los problemas laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia. Los estados de estrés crónico también

parece que están relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (NICE, 2004). Otro factor de riesgo importante bastante reconocido es el género. La enfermedad depresiva es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. La incidencia de trastornos depresivos en las mujeres es casi el doble que en los hombres. En nuestra sociedad las mujeres sufren con mayor impacto la pobreza, tanto por sus condiciones de género como por las oportunidades que le ofrece nuestra sociedad.

Por otro lado, las personas con antecedentes familiares de depresión constituyen un grupo de alto riesgo, tanto para enfermedades físicas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta (Weissman y otros, 2006). En algunos casos la jubilación, el aislamiento, la pérdida de las condiciones económicas y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente social productivo, generan frustración y síntomas depresivos, tanto en hombres como en mujeres.

Otro factor importante son los rasgos de la personalidad que tiene cada individuo. Personas con un carácter dominante narcisistas, creídas u obsesivas, que se creen ser lo que no son, son candidatos seguros a sufrir síntomas depresivos durante la vejez. De igual manera, la depresión se ha asociado con el deterioro de algunas facultades en el funcionamiento del cerebro (enfermedades neurodegenerativas)

Tratamiento de la depresión

Hay tratamientos eficaces para la depresión, trastorno que puede ser diagnosticado y tratado de forma segura por los profesionales capacitados que trabajan en la atención primaria. De forma amplia, el tratamiento puede ser dividido en tres clases: *tratamiento físico*, principalmente fármacos antidepresivos, *técnicas psicológicas y apoyo social*. Cuando la depresión es grave, que es cuando ya se encuentran afectados de forma intensa el apetito, el peso, el sueño, la capacidad de concentración y las ganas de vivir, se necesitará un tratamiento físico más fuerte, comenzando por los fármacos antidepresivos (Heerlein,2002).

En la actualidad se dispone de diferentes tipos de medicamentos antidepresivos, por lo que no será difícil el encontrar uno que sea adecuado para el paciente. Todas estas pastillas pueden dar lugar a efectos secundarios, el médico le advertirá de los más frecuentes y probables en cada caso. La mayoría de estos efectos secundarios son molestos pero no son graves, y suelen desaparecer o disminuir después de unos días de tratamiento, de forma que la persona debe perseverar y seguir adecuadamente las indicaciones del médico.

Las personas adultas con problemas de salud y los adultos mayores con frecuencia reciben diferentes tipos de medicinas. En la mayoría de los casos es bastante seguro el tomar fármacos antidepresivos también, pero el paciente debe hacer saber a su médico todos y cada uno de los medicamentos que toma. Si la persona maneja, es probable que sus reflejos se vean afectados, por lo que es mejor no conducir mientras dure el

tratamiento. Los antidepresivos generalmente necesitan un mínimo de 7 a 10 días para empezar a hacer su efecto, por lo tanto no se debe abandonar el tratamiento antes de que haya tenido oportunidad de experimentar sus efectos.

Las opciones terapéuticas recomendadas para la depresión moderada a grave consisten en un apoyo psicosocial básico combinado con fármacos antidepresivos o psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal o las técnicas para la resolución de problemas. Los tratamientos psicosociales son eficaces y deberían ser los de primera elección en la depresión leve. Los tratamientos farmacológicos y psicológicos son eficaces en los casos de depresión moderada y grave.

La ansiedad y las preocupaciones son frecuentes en la depresión, y el tratamiento psicológico puede ofrecerle técnicas para ayudarle a relajarse y preocuparse menos; que van desde las cintas de relajación a las técnicas de manejo de la ansiedad.

Finalmente, la depresión puede estar condicionada por factores sociales, por ejemplo, una vivienda en malas condiciones o un vecindario muy problemático. En estos casos, un trabajador social podrá dar consejos a la persona sobre la necesidad de producir cambios al respecto. Sin embargo, no se deben hacer cambios radicales mientras la persona se encuentre deprimida, porque los pacientes se pueden arrepentir de lo que hicieron cuando mejoran. Por último, se debe hablar con las demás personas. La

depresión frecuentemente conduce a aislamiento social y es necesario luchar contra el mismo, por medio del apoyo de grupos de terapia.

7.3. La pérdida de la memoria y la salud mental

La pérdida de la memoria puede ser una parte normal del envejecimiento. Conforme las personas van envejeciendo, ocurren cambios en todas las partes del cuerpo, incluyendo también el cerebro donde ocurren cambios que afectan las capacidades cognitivas de las personas. Como resultado de esos cambios, algunas personas pueden notar de un momento a otro que les tardan más tiempo en aprender algo, o que no recuerdan los nombres ni los teléfonos que le dan las personas tan rápido como lo hacían antes, o que pierden cosas como sus llaves y anteojos. Estas reiteradas experiencias son señales de problemas leves de mala memoria, no de problemas serios de la memoria (Instituto Nacional sobre Envejecimiento, 2016).

Algunos adultos mayores también encuentran que no hacen bien las cosas como las personas más jóvenes, por ejemplo, cuando se les solicita que se aprendan algo o se les realizan pruebas de memoria compleja o de aprendizaje. Pero los científicos han encontrado que a los adultos mayores si se les da suficiente tiempo, en condiciones normales ellos pueden desempeñarse casi igual que las personas jóvenes en estas pruebas. De hecho, a medida que van envejeciendo, los adultos que son saludables pueden mejorar en áreas de capacidad mental tales como el vocabulario y la comunicación.

Ante cualquier caso de señales de pérdida de la memoria, además de tener información sobre los cambios que se experimentan con la vejez, una buena forma de ayudar a la memoria es conocer algunas estrategias y pequeños trucos, como los que veremos a continuación, para estimular y facilitar el trabajo de nuestro cerebro (Gramunt, 2010):

- Hay que dar una mayor atención y significado a los sucesos y detalles de nuestras experiencias personales diarias, especialmente aquellas que pueden requerir de algún seguimiento, esto puede ayudar a convertirlos en memorias duraderas.
- Hay que estar controlando periódicamente el funcionamiento de los sentidos, realizarse revisiones, emplear, si es necesario, las ayudas correctoras necesarias, como audífonos, anteojos, etc.), porque cuando estos sentidos disminuyen, se pueden alterar los mecanismos del recuerdo y la memoria.

- Mantener el interés y la motivación por las cosas de la vida. La falta de interés o una baja atención a veces dificultan el registro o codificación de la información en nuestro cerebro. Igualmente, algunos estados emocionales afectan la capacidad de atención. Por ejemplo, si tratamos de hacer varias cosas a la vez o cuando estamos hablando con alguna persona estamos pensando en otras cosas. En estos casos es posible que no nos percataremos de dónde dejamos las

llaves de la casa, dónde pusimos los anteojos o no registramos bien el nombre de la persona que acabamos de conocer.

- Concéntrese en las cosas de una en una, tratando de dirigir la atención a aquellas cosas que desea recordar. Si hay muchas distracciones, trate de ir a otra habitación, a otro lugar más tranquilo, y deje de lado los pensamientos menos urgentes que le distraen para prestarles atención en otro momento.

- Cuando no recuerda rápido algo que sucedió hace mucho tiempo (memoria a largo plazo) una forma de recordar es emplear pistas que rodearon ese momento: por ejemplo, en qué lugar se encontraba, qué estaba haciendo, con quién o sobre qué hablaba, etc. Este ejercicio mental ayuda a reactivar la red de interconexiones neuronales y a recuperar la información almacenada en algún lugar del cerebro.

- Hay que reorganizar muy bien el estilo de vida que lleva la persona, realizando ejercicio físico de manera permanente, llevando una dieta saludable y asegurando un sueño suficiente y reparador, todo esto tendrá, indiscutiblemente, un efecto positivo sobre nuestra memoria y en general en nuestras capacidades mentales.

- Mantenga un orden estricto en la organización y el uso de los medicamentos, ponga sus medicinas preferentemente en un lugar visible, fresco y seguro. Existen unas cajas o “pastilleros” especiales

que permiten guardar las medicinas, organizadas por días y momentos del día en que se deben usar (mañana, mediodía, tarde y/o noche). Todas estas precauciones son necesarias para evitar el olvido o el consumo de doble dosis de medicinas.

- Desarrolle el hábito de escribir notas de recordatorio en una pequeña libreta de apuntes (tamaño bolsillo) o téngala a mano en el lugar donde usted pase más tiempo (al lado del sillón donde acostumbra a sentarse, o en la mesa de la cocina). Anote solamente las cosas que usted debe recordar o datos importantes de sus actividades personales o sociales.

- Ponga en práctica sus "funciones ejecutivas" mediante el proceso de razonar y aplicar su experiencia y sus habilidades cognitivas para resolver problemas de su vida diaria. El desarrollo estas *funciones ejecutivas* está relacionado con la puesta en práctica de una serie de conductas y capacidades cognitivas superiores, que permiten a una persona desenvolverse adecuadamente en actividades dirigidas a lograr un objetivo. Estas funciones se relacionan también con el trabajo de la zona frontal del cerebro y guían todas las actividades complejas destinadas a la planificación, la toma de decisiones y la autorregulación de juicios e impulsos ante situaciones de la vida diaria.

Para aquellas personas que se quejan de tener muy mala memoria el Instituto Nacional sobre Envejecimiento (2016) recomienda aplicar una variedad de técnicas que pueden ayudarles a permanecer saludables y a mantener sus capacidades mentales y de memoria:

- Planifique sus actividades, haga listas de lo que tiene que hacer y use ayudas para la memoria como notas y calendarios. Algunas personas encuentran que recuerdan las cosas mejor si mentalmente las conectan con otras cosas significativas, como un nombre familiar, una canción, libro o programa de televisión.
- Desarrolle las actividades que sea de su completo interés, realice sus pasatiempos preferidos y manténgase involucrado en actividades que puedan ayudar tanto a la mente como al cuerpo.
- Participe en actividades físicas y haga ejercicios. Varios estudios han asociado el ejercicio (por ejemplo, caminar) con un mejor funcionamiento del cerebro, a pesar de que se necesitan más investigaciones científicas para decir con seguridad si el ejercicio puede ayudar a mantener la función del cerebro o prevenir o retrasar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.
- Limite el uso de alcohol. A pesar de que algunos estudios sugieren que el uso moderado de alcohol tiene beneficios para la salud, tomar mucho alcohol o tomar cantidades excesivas de alcohol en periodos muy cortos de tiempo pueden causar pérdida de la memoria y daño permanente al cerebro con el paso del tiempo.

7.4. Meditación y relajación como fieles aliados de la salud mental

30 minutos de meditación diaria pueden ayudar a disminuir la ansiedad y la depresión:

Una media hora de meditación al día contribuiría a aliviar los síntomas de la ansiedad y de la depresión. Una media hora de meditación al día podría ayudarnos a aliviar los síntomas de la ansiedad y de la depresión, según un análisis de resultados de cerca de 50 ensayos clínicos con 3.515 participantes que practicaban diferentes técnicas de meditación y que sufrían diversos problemas mentales y físicos, entre ellos depresión, ansiedad, estrés, insomnio, o incluso diabetes o cáncer. Aunque la meditación no está considerada como parte de alguna terapia médica, Madhav Goyal (2014) profesor adjunto de medicina interna en la universidad Johns Hopkins y principal autor de un estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA) afirma que la meditación alivia los síntomas de ansiedad y de depresión tanto como los antidepresivos en otros estudios, indicó En este estudio, los investigadores evaluaron el nivel de cambio de los síntomas entre las personas que sufren una variedad de problemas de salud, como insomnio o fibromialgia, un trastorno que causa dolores musculares crónicos. En general, observaron señales de mejoramiento de los síntomas de ansiedad, depresión y de dolor después de que los participantes realizaron un programa de meditación de una media hora al día.

Otros estudios relacionados con las diferentes técnicas de relajación, como el Yoga y otras, han comprobado que estas actividades ayudan a la salud mental y al corazón. La práctica periódica de Yoga, por ejemplo, reduce significativamente el riesgo de enfermedades cardiacas, de la misma manera que lo hace el ejercicio aeróbico o una caminata o andando en bicicleta diariamente.

Cómo recuperarme de una depresión

Recuperarse de un episodio depresivo es generalmente fácil de conseguir, pero los médicos también están interesados en mantener a la gente bien y en prevenir la repetición de la enfermedad. Por esta razón, es importante no dar por finalizado el tratamiento que tome hasta que su médico se lo indique. La razón para esto es que existe el riesgo de que la depresión regrese si usted suspende demasiado pronto el tratamiento, incluso aunque usted ya se sienta bien. No se preocupe, a diferencia de algunos tranquilizantes, los fármacos antidepresivos no crean hábito ni son adictivos.

Si su salud general es buena y ha existido algún trastorno que le ha llevado a la depresión, usted probablemente necesitará mantener el tratamiento entre 6 y 12 meses. Si usted ha tenido episodios depresivos previos al actual, o su salud física no es buena, su médico le recomendará que mantenga el tratamiento indefinidamente y asista a las citas de control. El tratamiento preventivo se llevará a cabo con el mismo fármaco que le mejoró de la depresión o bien con un fármaco compuesto a base de sales de

litio. El litio es una sustancia natural que ha sido empleada para prevenir la repetición de los episodios depresivos durante décadas. Es muy eficaz pero requiere de análisis de sangre periódicos cada tres o seis meses.

En caso de sentir depresión

- Pida ayuda. No considere normal sentirse deprimido por el simple hecho de ser mayor.
- Intente salir. Acepte los ofrecimientos de sus vecinos, amigos o familiares. Estas medidas puede ayudarles a comprender que usted puede no sentir demasiadas ganas de charlar.
- Quedarse en casa pensando en la situación hará que esté continuamente dándole vuelta a las cosas en su cabeza, cosa que no sólo no le ayudará sino que le hará sentirse más indefenso. También, a causa de que la depresión produce lentitud, si no sale y no se mueve, podrán agravarse sus problemas de rigidez articular o de tobillos hinchados, haciendo más difícil el caminar.
- Intente alimentarse adecuadamente. Las personas con depresión con frecuencia se alimentan incorrectamente y pierden peso, lo cual puede hacer que estén bajos de minerales y de vitaminas. Los cuerpos de las personas mayores no se recuperan tan bien como los jóvenes. Evite el comer a base de chocolates y galletas.

- Recuérdese a sí mismo que usted está padeciendo temporalmente una enfermedad mental que tiene su tratamiento correctivo, y que la gran mayoría de las personas en su situación mejoran notablemente.
- Converse con otras personas, cuénteles cómo se siente, incluso si se siente tan hundido o hundida, como si todo acabara.
- Comparta sus sentimientos con los demás, de no hacerlo estará todo el día pensando en las mismas preocupaciones inútilmente. Hablar ayuda a superar el aislamiento.
- No intente comer exageradamente para bajar la ansiedad o beber alcohol para ahogar sus penas. El alcohol realmente empeorará su depresión, además de que puede interaccionar negativamente con el tratamiento que esté tomando.
- No se angustie por no dormir adecuadamente. Esto es un síntoma de la depresión y desaparecerá según esta vaya mejorando.
- No cambie el número de pastillas que toma, ni deje de tomarlas o intente otros remedios. Si cree que está experimentando efectos secundarios del tratamiento, hágaselo saber a su médico de cabecera.

7.5. La demencia

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) que va más allá de lo que podría considerarse

como una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva casi siempre va acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento antisocial o la falta de motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales)

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar muy desgastante no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. Tiene, además, un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen dificultades físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios de salud, ayuda social, apoyos financieros y jurídicos.

A menudo hay una falta de conciencia y de comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmas y ser un obstáculo para que las personas acudan oportunamente a los servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

Signos y síntomas de la demencia

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

Etapa temprana: Esta etapa a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- tendencia al olvido;
- pérdida de la noción del tiempo;
- desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitantes para la persona. En esta etapa las personas afectadas pueden experimentar las siguientes situaciones:

- Se les borran ciertos acontecimientos importantes de su memoria; empiezan a olvidar hechos recientes, así como los nombres de las personas;
- se encuentran desubicadas y se pierden en su propio hogar;
- tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;

- sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en esta última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:

- una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- una necesidad cada vez mayor de ayuda para la higiene y el cuidado personal;
- dificultades para caminar;
- alteraciones del comportamiento que pueden agravarse y desembocar en agresiones.

Aunque existe otros tipos de demencias, la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento de su vida.

Factores de riesgo y prevención de la demencia

Hay pocas investigaciones que hayan podido identificar los factores de riesgo modificables de la demencia. La prevención se centra en los objetivos sugeridos por los estudios científicos disponibles, por ejemplo, la lucha contra los factores de riesgo relacionados con las enfermedades vasculares, como la diabetes, la hipertensión y la obesidad en la mediana edad, el tabaquismo y la inactividad física.

Tratamiento de la demencia

No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos. Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones institucionales que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias.

Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son:

- diagnosticarla tempranamente;
- optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar;
- identificar y tratar enfermedades físicas asociadas;
- detectar a tiempo y tratar los síntomas psicológicos y de conducta;

- proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores y familiares.

A pesar de que algunas enfermedades como el Alzheimer, Parkinson y otras demencias aún continúan con ciertas limitaciones en su diagnóstico y su tratamiento, hay algunos estudios que generan esperanza para el futuro, como las recientes investigaciones realizadas por el Dr. Yoshinori Ohsumi, investigador del Instituto de Tecnología de Tokio, Japón, y Premio Novel de Medicina 2016, dejan algunas esperanzas para el futura prevención o el tratamiento de ciertas enfermedades asociadas con el envejecimiento, como el Alzheimer, Parkinson, la diabetes tipo 2 y el cáncer. Este investigador descubrió que las células tienen un mecanismo natural al que denominó "autofagia" que les permite reciclar las sustancias de desecho, excretando lo que no sirve y aprovechando mejor los nutrientes (La Nación, 4 de octubre del 2016). Por medio de este mecanismo las células de todo el cuerpo pueden "comerse" sus propios sobrantes, desechando lo que no sirve, especialmente en situaciones de escasez, cuando no han recibido suficientes nutrientes por algún tiempo. Este mecanismo también es frecuente cuando el organismo está combatiendo alguna infección. Es posible que este descubrimiento pueda conducir en el futuro a investigaciones específicas para la producción de medicamentos o vacunas que ayuden a prevenir o tratar algunas de las enfermedades antes mencionadas.

7.6. El aprovechamiento del tiempo libre y recreación en la salud mental de la persona adulta mayor

Una de las principales necesidades que aparecen en la edad adulta mayor es la disposición constructiva y saludable del tiempo libre, tiempo libre que durante muchos años de nuestra vida anhelamos tener para disfrutarlo libremente. Sin embargo, lo que ocurre es que frecuente escuchamos a muchas personas que están en el punto más alto de su vida productiva decir que no tienen tiempo para ellos, sin embargo, cuando llegamos a la edad en que nos sobre el tiempo libre, no sabemos qué hacer con él.

El tiempo hoy día es un bien muy apreciado por la gente, por eso es importante usarlo en beneficio propio y de nuestro entorno social. Es probable que en la tercera edad el tiempo se convierta en un enemigo que nos amenaza y transforma nuestro día a día en algo poco atractivo, porque necesitamos llenar los espacios que antes estaban relacionados con múltiples actividades, y eso no es tan fácil. Por eso es muy importante que todas las personas adultas mayores puedan aspirar al disfrute de un tiempo libre constructivo. Para consolidar este tiempo libre como actividad social relevante, surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas. Esas actividades significativas tienen que ver con ver con lo cognitivo, físico, lo afectivo y lo social, que les permita adquirir nuevos roles con los cuales pueda reinsertarse y ser considerados por la sociedad como un integrante activo y no como una persona dependiente.

Numerosas investigaciones han demostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que la mayoría de los adultos mayores están en capacidad de mostrar la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida saludable, activo y productivo. Si a las personas adultas mayores se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizaje y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, el envejecimiento puede ser más provechoso y satisfactorio.

El tiempo libre y la recreación

La recreación es un proceso de renovación consciente y voluntaria de las capacidades físicas e intelectuales de las personas, por medio de la participación libre y productiva en actividades que contribuyen con el desarrollo humano. En la edad adulta mayor, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno social canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de las personas.

La recreación, por su parte, es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, de creatividad y de libertad. Significa la oportunidad para el pleno desarrollo

de las potencialidades del ser humano, para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, por medio de la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento. Además de lo anterior, la recreación y la utilización del tiempo libre es un derecho establecido en las leyes nacionales, que promueve la participación de los adultos mayores en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por las organizaciones, las asociaciones, las municipalidades y el Estado.

Beneficios de la recreación

Entre los principales beneficios de los programas de ocio y recreación para los adultos mayores están los siguientes:

- Potencian la creatividad y la capacidad estética y artística
- Favorecen el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado
- Fomentan los contactos interpersonales y la integración social
- Estimulan las capacidades productivas
- Ayudan a hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Ayudan a mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Sirven como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida

- Contribuye con el mantenimiento del sentimiento de utilidad y mejora la autoestima personal
- Fomenta la creatividad y la productividad en el uso del tiempo libre.
- Mantiene o desarrolla la capacidad del disfrute del juego.
- Promueve la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Promueve el desarrollo de nuevas oportunidades para aprender.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal por la vida.

Modalidades de recreación

Las modalidades de recreación que pueden ser desarrolladas, dejando siempre abierta la opción de libre elección, serían:

- *artística y cultural*
- *deportiva*
- *educativa*
- *terapéutica*
- *ambiental*
- *comunitaria*

La recreación cultural, deportiva, artística y educativa, tienen como finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de diversas habilidades; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan con el bienestar y la autoestima de los participantes.

La recreación terapéutica, puede estar orientada a personas con problemas funcionales, físicos o psicológicos y puede ser el vehículo o instrumento de rehabilitación o complemento de programas diseñados para lograr una atención más integral de las personas adultas mayores.

La recreación ambiental, además de propiciar el disfrute de las relaciones con la naturaleza y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible de respeto y la motivación por la preservación del medio ambiente.

La recreación comunitaria se orienta hacia la creación o el fortalecimiento de las redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas, o tienen escasos recursos para hacer vida social.

La recreación sana y productiva

Por estas razones es importante desarrollar habilidades para la práctica sana de actividades de diversión y de recreación. El desarrollo de esta capacidad es uno de los factores que más pueden ayudar al bienestar y la salud mental de los individuos. Sin embargo, muchas veces sucede que al estar ocupados por el intenso ritmo de las actividades cotidianas, no encontramos como o sencillamente nos olvidamos de practicar y desarrollar nuestras habilidades para disfrutar de manera sana, creativa y estimulante de los momentos de

diversión y recreación. Por ejemplo, cuando una persona ha desarrollado la capacidad para divertirse, ya sea en compañía de su familia o de amigos, en diversos ambientes sociales y también en solitario; además de comportarse de manera autónoma esa persona se convierte en un individuo más sociable, con quien otros desean compartir su tiempo.

La manera más práctica y efectiva de utilizar nuestro tiempo libre, es aquella que nos proporciona diversión y contribuye además con nuestro desarrollo personal; ambas actividades se complementan. Un adulto mayor puede, igual que los niños, aprovechar los aspectos del juego y entretenimiento de determinadas actividades para al mismo tiempo socializar y aprender con ellas. Puede resultar que nuestra creatividad, iniciativa y habilidad para procurarnos distracción y recreación se encuentren algo limitadas, y que en nuestra práctica diaria solo hagamos un reducido número de actividades que realizamos de manera rutinaria y de poca satisfacción, como por ejemplo, ver los mismos programas de televisión, jugar dominó, tomar unos tragos con los amigos y conversar con ellos sobre los mismos temas. A pesar de eso, si nos tomamos el tiempo necesario para reflexionar cómo podemos recrearnos mejor, aumentar el disfrute y el beneficio que obtenemos de esas actividades y hacer de nuestro tiempo libre algo más productivo, de seguro encontraremos respuestas que nos pueden dejar sorprendidos por su creatividad.

Si queremos romper esa rutina, primer lugar, tenemos que decidirnos a experimentar nuevas y variadas actividades; algunas de ellas pueden ser:

- Disfrutar solo o en compañía de la naturaleza, y más allá de contemplar el paisaje, aprovechar la oportunidad para conocer un poco más sobre lugares turísticos, plantas y animales u otros elementos de la naturaleza. Por ejemplo, podríamos participar con grupos organizados en visitas recreativas a jardines botánicos, exposiciones, conciertos, parques nacionales o museos del país.
- Escuchar música variada de antaño o moderna y profundizar el conocimiento sobre los distintos ritmos, autores, épocas y ambientes en que fueron compuestas las obras.

- Aprovechar la ocasión de la puesta en la televisión de un buen programa o una buena película, para profundizar sobre la temática y discutirla con amigos o familiares.

- Planificar alguna actividad especial con la familia, como una excursión a un lugar determinado, una comida o una fiesta, y analizar en conjunto los detalles de su preparación. Esto contribuye a desarrollar la comunicación, la cohesión, la cooperación entre los miembros de la familia, e incrementar el deseo de disfrutar y compartir el tiempo en conjunto.

- Cultivar el arte de la lectura y aprender a disfrutar de la diversidad de géneros: literatura, historia o geografía, es también una forma de alimentar nuestro intelecto y de desarrollar nuestro placer por la adquisición de nuevos conocimientos.

- Asistir a cursos libres que dan las universidades, con el propósito de aprender más sobre temas de su interés, compartir con personas nuevas y hacer más amistades.

- Asistir con amigos o familiares a la presentación de obras de teatro, ir al cine o ir a conciertos al aire libre en la comunidad.

- Aprender a usar el Internet, como medio para comunicarse mejor con amigos, vecinos y parientes, por medios de las redes sociales.

- Participar en las actividades recreativas, sociales y culturales que organizan las diferentes organizaciones y grupos de apoyo que existen en las comunidades, como caminatas, conciertos, bailes, turnos, talleres, etc.

- Si el tiempo y los recursos lo permiten, se puede ir regularmente al gimnasio y participar en cursos de yoga y otras actividades de ejercicio y meditación.

Las opciones para disfrutar del tiempo libre pueden ser muchas si se utiliza la creatividad e iniciativa en diversificar las vías para la recreación y diversión, al mismo tiempo que se aprovecha la oportunidad para favorecer el desarrollo personal. Las formas sanas de distracción contribuyen al bienestar psicológico y a la salud mental.

7.7. El bienestar subjetivo en la persona adulta mayor

En relación con el bienestar humano, existe una gran variedad de enfoques y posiciones, lo que ha retardado, de alguna manera, llegar a ciertas aproximaciones concretas y prácticas en cuanto a su conceptualización y su medición; sin embargo, la satisfacción personal con la vida es uno de los componentes que se ha identificado como fundamental en la percepción de bienestar, vista como un estado de valor existencial que parte de una transacción entre el individuo y su entorno, arrastrando tanto elementos vivenciales como históricos y actuales, donde confluyen condiciones objetivas, materiales, sociales y espirituales que ofrecen al ser humano determinadas oportunidades para alcanzar una realización personal satisfactoria. Es así, según se ha mencionado anteriormente, que el bienestar subjetivo puede definirse como la evaluación que las personas hacen de sus propias vidas; la valoración personal o la expresión de una percepción que integra una dimensión cognitiva, referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o con algún área específica como la económica, sentimental, laboral, espiritual, etc., y otra de naturaleza afectiva, vinculada con la frecuencia e intensidad de sus emociones.

Lo que opinan los investigadores del bienestar subjetivo.

Al respecto, Veenhoven (1984) ya definía el bienestar subjetivo como el grado en que el individuo juzga favorablemente la calidad de vida, como un todo, a partir de elementos cognitivos y afectivos o el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida, en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que

lleva. Según este autor, el individuo utiliza sus pensamientos y sus afectos, como dos componentes para hacer esta autoevaluación.

De manera más sencilla, algunos autores (Ortiz, J. B. y Castro A. M. 2009) consideran el bienestar subjetivo como la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Sin embargo, consideran que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas.

En todo caso, el componente cognitivo relacionado con la satisfacción con la vida, representa la diferencia que la persona percibe entre sus aspiraciones y sus logros, cuya evaluación subjetiva puede ir desde la sensación de realización personal, hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. Este elemento afectivo constituye el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados. Por ejemplo, una persona que tenga muchas experiencias emocionales placenteras, es más probable que perciba su vida como deseable y positiva.

Más adelante, Diener (1995), apunta que el bienestar subjetivo tiene tres elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que por naturaleza, las personas saludables tienden a pensar en aspectos positivos, de lo que le hace sentir bien consigo mismo

y los demás. Es decir, se da una preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos.

Las definiciones de bienestar subjetivo, a menudo no aparecen explícitas en la literatura, pero para completar lo anterior, Diener (1995, p. 178) describe el bienestar como "la valoración que el individuo tiene de su propia vida, en términos positivos".

Sobre este mismo tema, durante 1994-1997 se realizó un estudio descriptivo con 324 personas mayores en algunos municipios de La Habana, (Fernández y otros, 2000), a los cuales se les descartó el déficit intelectual como criterio de exclusión. Según reportan estos investigadores, se les aplicó el cuestionario de satisfacción por la vida de Neugarten, con el propósito de determinar el bienestar psicológico y una encuesta donde se recogieron datos generales de cada persona, tales como edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, así como algunas variables relacionadas con estilo de vida: actividad laboral y sus características, empleo tiempo libre, ejercicio físico, hábitos de consumo, relaciones personales y contactos sociales. Se exploraron también algunos elementos del modo de vida que podían influir en los sentimientos de confort, la percepción de salud y sobre las enfermedades padecidas y descritas por el propio individuo. De igual manera se consultaron las enfermedades crónicas en cada uno de ellos tomando como fuente sus informes médicos.

Dentro de los resultados finales de esta investigación se pueden destacar sus reportes sobre la asociación encontrada entre la percepción de salud y la

satisfacción con la vida; y entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas, lo que prueba la correlación existente entre salud subjetiva, y la presencia de problemas específicos en la salud. De gran significado resulta el hecho de que el 75% de la muestra demostró satisfacción con la vida, hallazgo que estaba en estrecha relación con las condiciones de vida de estos adultos mayores y con la satisfacción que poseen de sus vidas.

Uno de los conceptos más elaborados es el de Victoria (2004: 11), quien define el bienestar como la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros), particularmente, en las áreas de mayor significación para cada individuo y las cuales poseen un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos (Riverón y Jocik, 2013)

El bienestar subjetivo es una variable de calidad de vida que se integra con otras categorías del bienestar social. Al respecto, en los trabajos de García y González (2000) se realizó un análisis de la categoría bienestar desde un ángulo psicológico, en donde se identificaron nexos con otras categorías sociales, tales como: desarrollo económico, nivel de vida, condiciones materiales de vida, modo de vida y estilo de vida. Para estos autores, el bienestar lleva implícitas las experiencias personales, al existir una estrecha relación entre lo afectivo y lo cognitivo, e indican que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como una valoración subjetiva o

expresión de la “satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos.”

Como concepto complementario, Díaz (2001) define bienestar social como el conjunto de factores que participan en la calidad de vida de una persona, por medio de los cuales, el individuo siente tranquilidad, satisfacción humana y se siente agradecido por lo que tiene. De tal manera que, el bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es, a partir de formulaciones cómo se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. Aun así, el bienestar, como concepto abstracto posee una importante carga de subjetividad que es propia o inherente al individuo, aunque también aparece correlacionado con otros factores, como económico, profesional, familiar, entre otros.

Relación entre bienestar subjetivo y calidad de vida.

Algunos investigadores como Cuadra y Florenzano (2003), asocian calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción por la vida y bienestar social, como conceptos de una misma terminología relacionados con la felicidad de las personas, pretendiendo que se facilite un status real por medio de la claridad del concepto y de la capacidad para ser medido. Afirman, además, la existencia actual de ciertos consensos en relación con el bienestar como condición humana determinada por una dimensión subjetiva, que integra los aspectos afectivos y emocionales vinculados con los estados de ánimo de las personas, y otra, centrada en los aspectos cognoscitivo-valorativos

relacionados con la evaluación de la satisfacción que hacen los individuos de su propia vida.

En una investigación realizada por Palomar y otros (2004), se da por aceptado que la pobreza, factor inhibidor del desarrollo humano, implica la ausencia de bienestar producido por un grupo de carencias que pueden ser una amenaza para la integridad física y psicológica de quienes la sufren, además, consideran el bienestar subjetivo como un constructo multidimensional condicionado fundamentalmente por el grado de satisfacción que cada persona le asigna a las distintas áreas de su vida. Su estudio tuvo como objetivo encontrar un modelo estructural que explicara la forma en que las diversas variables psicológicas de individuo influyen sobre la relación entre el nivel de pobreza y el bienestar subjetivo. Entre los hallazgos más relevantes, relatan el hecho de que la relación entre la pobreza y el bienestar subjetivo está mediada por diferentes variables psicosociales propias de cada individuo, entre ellas la capacidad de afrontar el estrés, la orientación hacia la maestría en la realización de las acciones vitales, la competitividad de cada individuo, la autoestima y el manejo de la depresión. Igualmente llegaron a demostrar que dichas variables tenían pesos específicos en el bienestar subjetivo de las personas.

Existen estudios similares como el realizado por Arita (2005) en el que se integran indicadores objetivos con los indicadores del bienestar subjetivo, donde consideran a la capacidad y al bienestar subjetivo como dimensiones que explican en buena parte la calidad de vida. De esta manera, logran

combinar la medición de los niveles de ingreso y educación junto con escalas de capacidad para enfrentar la vida y de bienestar subjetivo, siendo este uno de los pocos reportes de fuentes encontradas hasta el momento, en donde se toma en cuenta la variable educación como factor de calidad de vida. Como resultado final de este estudio, los investigadores reportan la identificación de correlaciones significativas entre la capacidad de los individuos y el bienestar subjetivo con la percepción de la calidad de vida.

Profundizando aún más sobre este tema, analistas de la psicología positiva como Vásquez (2006), reconocen que esta disciplina del comportamiento humano ha empezado recientemente a aceptar como objeto de estudio relevante el bienestar subjetivo, incluyendo los factores que contribuyen con la felicidad del ser humano como un deber programático académico

Un estudio realizado en Chile por Moyano y Ramos (2007) evalúa el bienestar subjetivo de trabajadores y estudiantes, incluidas personas adultas mayores, mediante el análisis de las variables cognitivas (satisfacción general y por dominios) y afectivas (felicidad), y su relación con variables sociodemográficas; consideran que la calidad de vida incluye el bienestar, el cual está conformado por la interacción de aspectos cognitivos y afectivos, igual que lo señalan otros autores descritos anteriormente. Para ellos, el componente cognitivo del bienestar es la satisfacción vital, y el componente afectivo se refiere a la presencia de sentimientos positivos, lo que denominan como felicidad.

En revisiones relacionadas con los factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor, Ryff, Mella y otros (2011), plantean que hay varias perspectivas con respecto al bienestar subjetivo y que pueden ser integradas, además, indican que se puede caracterizar el bienestar subjetivo usando las siguientes dimensiones:

-*Auto-aceptación.* Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

-*Relaciones positivas con los demás.* La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

-*Autonomía personal.* Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

-*Dominio del ambiente*. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

-*Propósito en la vida*. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

-*Crecimiento personal.* El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Calidad de vida y longevidad, el nuevo reto para la salud pública y la seguridad social.

De acuerdo con los informes y opiniones de la Organización Mundial de la Salud, actualmente en la Región de las Américas, más gente vive más años que en ningún otro momento de nuestra historia. Sin embargo, se considera que reducir aún más las muertes prematuras de adultos y adultos mayores implica nuevos y grandes esfuerzos paralelos a los que se hacen a escala mundial, con el propósito de cumplir con las metas del milenio y trazar juntos un futuro en que todos puedan ejercer el derecho a gozar de buena salud y mejor calidad de vida.

Según esta publicación, a comienzos del siglo XXI, la Región de las Américas contaba con más de 2 millones de personas de 90 años o más, de las cuales 90. 400 eran centenarias. Para mediados del siglo, de acuerdo con las tendencias en el crecimiento de la población adulta mayor, estas cifras habrán ascendido a cerca de tres millones de más de 90 años y unos 689. 000 personas con más de 100 años. A principios de este siglo, las personas con 90 años un grupo de población que por sus condiciones genéticas y de calidad de vida lograron sobrevivir, pese a una alta mortalidad infantil y a grandes epidemias de enfermedades infecciosas. Estos sobrevivientes seleccionados por sus características genéticas y condiciones de vida

representan muchos de los casos extraordinarios de envejecimiento activo hasta edades muy avanzadas que se registran en nuestros países.

7.8. Salud mental del adulto mayor en tiempos de crisis sanitaria, política, económica y social.

Los casi dos años de confinamiento voluntario o u obligatorio, han impactado no solo en la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también en la percepción que tiene la sociedad sobre su posición en la familia. El confinamiento al que se les ha sometido se trata de un aislamiento social que les dificulta incluso poder acceder a alimentos, medicamentos y hasta una atención oportuna de suscitas en clínicas y hospitales, razón por la cual en el contexto de la pandemia, es indispensable volver a situar la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de los esfuerzos de respuesta de las políticas públicas, además de incorporar la visión y los compromisos que emanan de los acuerdos internacionales en la protección de los derechos de las personas adultas mayores (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020). En momentos de crisis sanitaria y económica agravada como los actuales, es indispensable garantizar que todas las personas mayores, y sobre todo las más vulnerables, tengan acceso a un ingreso mínimo garantizado, incluidas las que no estén cubiertas por los sistemas de pensiones. Las cuarentenas sanitarias y el encierro obligado han propiciado un deterioro gradual de la salud física y mental de las personas mayores.

Todo ello, sumado a la acumulación de enfermedades crónicas, conduce a la pérdida gradual de autonomía y a la limitación funcional.

Las personas mayores se han visto afectadas de manera desproporcionada, y, concretamente, aquellas que residen en centros de atención a largo plazo y presentan un mayor riesgo. El virus ha afectado de manera desproporcionada a las personas mayores y a las personas con problemas de salud subyacentes. En casi todos los países, al menos el 90% de las muertes por COVID-19 se produjeron entre personas de 60 años o más. La respuesta inicial en muchos países se centró en proteger a los pacientes y trabajadores de los hospitales.

Con la aparición de la nueva pandemia de Covid-19, el riesgo potencial de enfermar gravemente o morir HA aumentado significativamente con la edad, por ejemplo, las personas en sus 60 o 70, en general, tienen mayor riesgo de enfermar gravemente que las personas en sus 40 o 50 años. El riesgo más alto de enfermarse gravemente a causa del Covid-19 lo tienen las personas de 85 años de edad o más (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, 2020). En defensa y protección de esta población la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ha establecido que los estados firmantes de dicha convención, deberán tomar todas las medidas concretas y necesarias para garantizar la integridad y los derechos de toda persona adulta mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de emergencias

sanitaria y en casos de desastres. En todo caso, las medidas de atención en situaciones de riesgo deben respetar los principios de no discriminación en razón de la edad y la vigencia de los derechos de disponibilidad, accesibilidad y calidad del derecho a la salud y la vida.

Durante todo este tiempo de pandemia, los adultos mayores han podido experimentar una amplia variedad de alteraciones psicológicas, las cuales pueden influir en su salud mental. Dichas alteraciones, propiciadas muchas veces por el cambio brusco que ha significado el estar en confinamiento y la interrupción de las actividades cotidianas, a la cual dedicaban gran parte de su tiempo y energía. Entre los síntomas psicológicos más comunes a manifestar figuran: preocupación, tristeza, sentimientos de inutilidad y confusión, así como: miedo, inquietud, inhibición e irritabilidad, pensamientos irracionales, creencias y expectativas negativas sobre sí mismo su realidad (Ugalde y Jiménez, 2020).

Es importante identificar en los adultos mayores cualquier signo de autoabandono y apatía, pues muchas veces se niegan a llevar a cabo tareas tan básicas como bañarse, comer, limpiar su hogar; lo cual puede ser muestra de desmotivación y conducir a la depresión. La preocupación excesiva y estar muy alerta por todo lo que sucede, es otra de las manifestaciones de ansiedad en estos momentos de crisis a tener en cuenta por la familia.

Por su parte, es importante señalar la necesidad creciente de afecto, de seguridad que caracteriza a este grupo de edad, por lo que resulta imprescindible el apoyo y el acompañamiento psicológico para minimizar en gran medida las alteraciones antes mencionadas y contribuir a que el paso por esta etapa sea más placentero, en aras de lograr un mejor bienestar emocional y cognitivo.

Debemos entonces, ver al adulto mayor no solo como un grupo vulnerable ante la Covid-19, sino como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencias capaz de transmitir valores, conocimientos, a los más jóvenes y actuar y ser útiles para sí y su familia.

Reconocer entonces que nos hemos encontrado viviendo un aislamiento físico y social, pero no un aislamiento emocional, será la premisa para actuar en beneficio de nuestros adultos mayores, si pretendemos contribuir con su bienestar psíquico y por ende a un envejecimiento más saludable.

Fomentar su autonomía, así como respetar sus costumbres y rutinas diarias, contribuirá a que se sientan útiles, apreciados; incluso pedirles ayuda para tareas puntuales que puedan realizar sin problemas, propiciará que se sientan queridos y mejorará sus estados de ánimo. En ese sentido, hagámosle saber a nuestros adultos mayores lo importante que son en nuestras vidas y en la formación de la identidad familiar. Hagamos de este confinamiento un espacio propicio para el bienestar y una mejor calidad de vida.

De igual manera es hora de repensar el modelo de atención de las residencias para personas adultas mayores. En general hay que repensar el modelo de cuidados de larga duración para personas con dependencia (que suelen ser mayoritariamente personas mayores, frágiles y con varias enfermedades crónicas); en este nuevo modelo, la geriatría debería actuar como ejes orientadores de los casos más complejos y en los momentos de crisis. Un refuerzo de la geriatría en nuestro sistema de salud y de atención a la dependencia dará fuerza y solidez para afrontar futuras amenazas a este grupo de población tan vulnerable (Martín, 2021). Y esto quiere decir reforzar los servicios hospitalarios de geriatría donde los hay e instalarlos donde aún no los hay, a cargo de equipos interdisciplinarios con geriatras, enfermeras especialistas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otras profesiones afines.

CAPITULO VIII

Calidad de vida y felicidad en la edad adulta mayor

El concepto de calidad de vida ha comenzado a formar parte de los esfuerzos de la investigación en el campo de la salud, en la seguridad social, en aspectos cognitivos o como medida del bienestar. Pese a este esfuerzo, todavía no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación que permita su utilización en todas sus dimensiones. Por esta razón, la definición correcta de calidad de vida es aún una preocupación no resuelta entre muchos investigadores sociales. El enfoque de calidad de vida también ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar social (Urzúa y Caqueo, 2012). La concepción general de este significado se ha establecido desde civilizaciones antiquísimas, como la griega, la romana, la hebrea y la egipcia, y aún constituye un reto a la comunidad científica internacional, dado, entre otras consideraciones, por la falta de instrumentos para medirla (Tuesca, 2005).

Al hacer un recorrido por los conceptos, se encuentra que han evolucionado en las últimas décadas; por ejemplo, Levi y Anderson (1980) delimitaban la calidad de vida a solo tres dimensiones, con una medida que contempla el bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada

grupo, así como la felicidad, la satisfacción y la recompensa. Por su parte Giusti (1991) definía la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. En su concepción clásica, la OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción que tiene cada individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Aunque este es un concepto multidimensional y complejo, que abarca tanto la dimensión orgánica, psicológica, social y política, en él se incluyen especialmente aspectos personales relacionados con la salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Otras fuentes consideran que la calidad de vida es un concepto con muchas dimensiones que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos; incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, pero especialmente los aspectos que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro (IMSERSO, 2010).

Otros investigadores han encontrado que para el adulto mayor, calidad de vida significa también tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información

(Vera, 2007). Para Cerón y otros (2013) la calidad de vida es un indicador de envejecimiento satisfactorio y, desde este punto de vista, es importante conocer qué factores contribuyen a ella. La salud física y psíquica, la disponibilidad de una red de soporte social, la capacidad para tomar decisiones, la independencia o la adaptación a esta fase del ciclo vital, así como el juicio que la persona hace sobre su funcionamiento social, sentirse lleno de energía y vitalidad o interesarse por actividades de ocio, son elementos fundamentales a considerar.

En referencia a la percepción de la calidad de vida en la edad adulta mayor, se han realizado estudios en donde se demuestra que la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, además de tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información (Vera, 2007). Visto de esta manera, la calidad de vida en la persona adulta mayor tiene ciertas características que la diferencian de otras personas que no han llegado a esa edad, especialmente porque en esta etapa se tiene la edad que la persona quiere pensar, quiere ser y quiere tener. Para Aponte (2015), las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. En una visión más elaborada, León y Campos (2011) describen algunas de las características de la felicidad en esta etapa de la siguiente manera:

Como primera característica identifican la *especificidad*, en el sentido de que la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas diferentes de los demás grupos de edad, por ejemplo, la vivencia del retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, la ausencia inmediata de su ambiente laboral, los riesgos en la pérdida de la funcionalidad, los cambios en la composición de la familia y en los roles sociales, entre otros.

La calidad de vida es *multidimensional*, ya que la integran múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, espiritualidad, satisfacción por la vida). De igual manera, y con influencia muy especial en la vida de las personas, está la dimensión socioambiental, influida por las redes de apoyo y los servicios sociales.

La calidad de vida está influida por *factores objetivos*. Se trata de aspectos observables o de naturaleza material que contribuyen con el bienestar general, como por ejemplo: los servicios públicos o privados con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, los ingresos económicos, la tenencia de vivienda y otros bienes, los vínculos y las relaciones familiares, entre otros.

El concepto calidad de vida implica también, y en gran medida, aspectos de orden *subjetivos*, como las valoraciones, juicios, percepciones y sentimientos del adulto mayor en relación con su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia y superación, aceptación y adaptación a los cambios del envejecimiento, la percepción de bienestar y el rol del adulto

mayor en la sociedad, entre otros. Por tanto, para evaluar la calidad de vida de manera integral en sus diferentes dimensiones es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación con sus vínculos familiares, de amistad y redes de apoyo social y laboral. De manera muy particular, la familia cumple un papel central para el bienestar de las personas mayores, ya que, es el contexto más inmediato, donde se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización. La disposición o no de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica (Ramírez, 2008).

8.1. Dimensiones de la calidad de vida

Aunque clásicamente la calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con el bienestar de la salud, en la vida diaria de las personas adultas mayores es posible identificar las siguientes dimensiones, que van más allá de la variable salud:

- *Dimensión física u orgánica*: Es la satisfacción personal por el estado físico o la condición de salud, entendida como ausencia de trastornos o enfermedades, sus síntomas, secuelas o efectos adversos del tratamiento. Indiscutiblemente, no hay duda de que estar sano es una condición esencial para ser feliz y tener una vida con calidad.

- *Dimensión psicológica*: Es la satisfacción del individuo por las condiciones de su estado cognitivo y afectivo, como por ejemplo el miedo, la ansiedad, la depresión, la pérdida de autoestima y la incertidumbre en relación con su vida futura. También incluye las creencias y prejuicios personales, como el significado de la vida, la percepción existencial y la actitud ante el fracaso o el sufrimiento.

- *Dimensión social*: Es la satisfacción que el individuo tiene por sus capacidades y habilidades para relacionarse con las demás personas, así como de los roles sociales que debe cumplir en su vida familiar, laboral y comunitaria.

- *Dimensión ambiental*: Es la satisfacción que cada individuo tiene por sus relaciones con el entorno, y sobre la necesidad de tomar conciencia sobre los impactos nocivos del medio y la comunidad donde vive. Se relaciona con la conciencia de las personas en relación con su comportamiento de consumo y su actitud hacia la naturaleza y sus elementos.

- *Dimensión ética*: Es la satisfacción que cada individuo tiene por el esquema de valores que forma parte de su forma de pensar, sentir y de actuar frente a la vida. Es hacerse uno mismo la pregunta de cómo me siento pensando como pienso y siendo como soy.

- *Dimensión espiritual*: Es la satisfacción personal por las experiencias interiores más profundas de cada individuo, que le han llevado a dar un sentido y propósito a las propias acciones y su existencia, independiente de las religiones y las condiciones e influencias externas.

Todos estos factores condicionan de cierta manera la satisfacción por la calidad de vida y la percepción de la felicidad que acompaña el diario vivir de las personas adultas mayores.

Desde la perspectiva del concepto del funcionamiento humano, para (Fernández y otros, 2010) la calidad de vida consta de tres componentes esenciales. En primer lugar el componente de las estructuras y las funciones corporales, que tienen relación con las funciones fisiológicas, psicológicas y los elementos anatómicos. La ausencia o alteración de algunos de estos componentes generan lo que conocemos como «deficiencias» en funciones y estructuras. El segundo componente es la actividad, que se refiere a la ejecución individual de las actividades diarias. Las «limitaciones» de la actividad son las dificultades que tiene el individuo para realizar tales actividades. El tercer componente es la participación de la persona, se refiere al desenvolvimiento de las actividades sociales y las posibles «restricciones» de interacción social que el individuo experimenta en la vida diaria.

Por otro lado, se dice que la felicidad es un estado de ánimo que se asocia con a nivel mental con emociones agradables. La felicidad puede adquirir varios significados en su definición, dependiendo de la perspectiva con la que se observa, por ejemplo, Alarcón (2009, citado por Ardila, 2010) la define como un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado, es decir, la concibe como un sinónimo de satisfacción con la vida. Fernández (2009) por su lado, propone que la felicidad es única de cada persona, radica en nuestro interior, depende en gran medida de la motivación y poco tiene que ver con la acumulación de bienes. Abraham Maslow, famoso psicólogo del siglo pasado, ofreció ideas interesantes sobre la motivación humana. Entre las más importantes, creó una escala de motivos humanos, que pasaba de los más básicos (necesidad de alimentos, vivienda, seguridad) hasta el más avanzado: la autorrealización (Gergen y Gergen, 2013). La autorrealización implicaba el deseo de vivir sobre la base del más profundo de los propios valores. Para alcanzar este nivel, uno tenía que encontrar la manera de lograr satisfacciones desde los impulsos y las necesidades más básicas. Por lo tanto, se podría concluir que envejecer debe conducir a una mayor actualización de los propios valores. El no desarrollar el potencial de los adultos mayores en la satisfacción de sus necesidades de seguridad, amor y autoestima en la escalera jerárquica de las necesidades, genera un retroceso o estado de pasividad en su dinamismo que no permite

su desarrollo en las demás niveles superiores, repercutiendo de forma negativa en su estado de ánimo y su personalidad (Cataño, 2015).

Analizada la felicidad desde el punto de vista fisiológico, en el cerebro se produce una serie de reacciones bioquímicas en las que intervienen unas sustancias llamadas neurotransmisores. Los neurotransmisores son las sustancias químicas que se encargan de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente, a través de las uniones que hay entre ellas llamadas sinapsis. Entre estos *neurotransmisores* existen algunos que se comportan como mensajeros de alegría. Uno de estos neurotransmisores es la *serotonina, "hormona de la felicidad"* que está íntimamente relacionada con las emociones positivas y el buen estado de ánimo. Cuando nuestro cuerpo produce muy poca serotonina se ha demostrado que esta deficiencia lleva a la depresión y los problemas con el control de nuestro carácter. La serotonina es fundamental para la modulación de la conducta social, las emociones y una gran cantidad de funciones fisiológicas. Los efectos de la serotonina han sido reconocidos por diferentes investigadores y diversos estudios; son evidentes en la regulación de varios aspectos de la conducta social y la alimentación (Raleigh y otros, 1991; Breisch, 1976; Saller, 1976), intervienen en el sueño, la atención y la ansiedad (Jacobs y Azmitia, 1992; Zangrossi y otros), intervienen en la conducta sexual (Hull y otros, 1999; Weiger, 1997) y la generación de patrones motores rítmicos como la locomoción, masticación y respiración (White, 1996), entre muchas otras funciones. En los humanos, las alteraciones en el sistema serotonérgico

están relacionadas con trastornos conductuales y neurológicos que influyen en la alimentación, la depresión, la epilepsia, la esquizofrenia y la ansiedad (Arango y otros, 2002; Jobe y otros, 1999; Brieden y otros, 2002; Jenike y oros, 1996).

Otro neurotransmisor importante es la *Dopamina:* La dopamina es la hormona que produce las sensaciones del placer, le permite a la persona el "gozar de la vida“. Dicen que cuando nos falta dopamina la vida se convierte en dolorosa y ausente de todo placer. La risa, por ejemplo, es un poderoso mecanismo de defensa, una eficaz herramienta para enfrentar los conflictos y superar la adversidad. Cada vez que una persona ríe, se movilizan más de 400 músculos en todo el cuerpo. Con la risa se libera dopamina, que aumenta la frecuencia cardiaca, se duplica la actividad pulmonar mejorando la oxigenación del cuerpo, se activa el metabolismo y el organismo libera gran cantidad de adrenalina y endorfinas, hormonas naturales que funcionan como analgésicos y tranquilizantes. Estudio mencionado por Shohamy y otros (2013), se manipularon directamente los niveles de dopamina en las personas sanas mayores, proporcionando nueva e importante información acerca de cómo la dopamina puede ayudar al aprendizaje y la toma de decisiones del cerebro que envejece.

Desde el punto de vista de la conducta y de las aspiraciones humanas, una gran mayoría de los individuos están de acuerdo en llamar *felicidad* al bien supremo, el fin último de los deseos, pero también se acepta que es difícil definirla y describirla. Por eso es la divergencia de opiniones de cómo

entender la felicidad; placer para algunos; dinero, éxito y honores para otros, de acuerdo con la percepción y el punto de vista de cada persona. Aristóteles decía que la riqueza no es igual que felicidad, pues es un medio o para conseguir placeres o para conseguir honores, pero reconoce que existen personas excéntricas que convierten a la riqueza en el centro de sus vidas. En otros términos, la felicidad humana se basa en la autorrealización dentro de una sociedad, adquirida por medio del ejercicio del esfuerzo propio y las virtudes que tiene la persona.

La felicidad o el placer es aquella aspiración esencial que acompaña a la realización del fin propio de cada ser vivo, lo que le da sentido a la vida. La felicidad humana tiene que ver más con la actividad selectiva de la mente que con la del cuerpo. El cuerpo puede estar bien pero la mente y el alma pueden andar muy mal. Y una de las actividades más importantes de la mente humana es aquella que corresponde a *la dimensión espiritual***,** algo así como el alma intelectiva o racional, porque su razón se dirige al conocimiento de la realidad más perfecta que existe, Dios, y la vida virtuosa.

Es por eso que la felicidad forma parte indispensable de la calidad de vida de todas las personas, porque cuando se pierde la felicidad, se pierde la salud y la esperanza en nosotros mismos. Se puede decir que la felicidad es la sensación de un estado sublime interno y positivo de equilibrio mental, acompañado por un tono afectivo de sensación agradable, que surge como resultado de la satisfacción de ciertas necesidades que son fundamentales y

específicas para cada individuo. Abraham Harold Maslow, mencionado en apartados anteriores de este libro, psicólogo estadounidense, conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista, dice que existe una tendencia humana básica hacia la salud mental, que se manifiesta en la búsqueda de la autorrealización. El ser feliz no es solo un estado positivo de ánimo, es más que eso, es una actitud constante de satisfacción y pensamiento proactivo frente a la vida... todos tenemos una noción interna sobre qué es la felicidad, pero nos parece muy difícil explicarla y darle un valor igual para las demás personas.

Es fácil confundir la felicidad con el bienestar material. Por eso muchas personas tienden a equivocar el sentido de los bienes materiales en sus vidas, creyendo que les dará una felicidad que nunca encuentran. La felicidad es un concepto mucho más profundo de percepción existencial, estabilidad espiritual, seguridad y esperanza. La felicidad no es la carencia de problemas o la ausencia de dificultades, es más bien la sensación de satisfacción personal por lo que somos, lo que sentimos y hacemos. ¿Se puede ser feliz sin tener muchos recursos económicos? Sí, porque la felicidad no es algo material que está fuera de nosotros, la llevamos por dentro, está en cómo nos sentimos, en cómo nos aceptamos siendo como somos y haciendo lo que queremos hacer. Al respecto, y desde el punto de vista del bienestar subjetivo, (Rojas, 2009) afirma que el ingreso material tiene una influencia muy pequeña en la satisfacción que las personas experimentan en muchos de los dominios de vida que ejercen como seres

humanos; es decir, que la relación entre ingreso y bienestar individual no es tan estrecha.

Diferentes investigaciones sobre la felicidad en la persona adulta mayor han confirmado que la felicidad es a veces una variable independiente de las demás variables vinculadas con ella. En general, las encuestas dicen que la felicidad subjetiva mejora y va aumentando conforme envejecemos. La vejez no sólo trae consigo achaques: también trae felicidad. No es envejecer lo que resta felicidad, sino las circunstancias o fenómenos que se asocian con el envejecimiento. Sin embargo, en opinión Lyubomirsky (2008) de la felicidad duradera es aquella que no se busca, se persigue y se encuentra por persistencia, sino que se construye o se crea en cada persona y tiene como fin gozar de una sensación de bienestar a largo plazo, mediante un proceso donde se observa el predominio de ciertos factores de la convivencia humana que intervienen como fuente de felicidad, entre los que se cuentan la familia, la pareja, los amigos y, en general, la buena convivencia con los demás (Borges y otros, 2016).

Otros estudios han relacionado la alta percepción de la felicidad en adultos mayores que realizaron por un período prolongado y en forma estable actividad física (baile) y participaron activamente en un programa de extensión solidaria con intervenciones educativas, asistenciales y recreativas en el cual tuvieron la oportunidad de compartir frecuentemente con sus homólogos, corroborando una vez más la importancia del baile como estrategia principal y eje integrador, elemento fundamental para

aumentar la capacidad socializante, de bienestar, autocuidado, salud y felicidad en las personas mayores; por ello, es preciso reorientar y optimizar las políticas públicas en pro de la salud y bienestar de los longevos ampliando sus oportunidades de inclusión a programas integrales de salud (Puello y otros, 2017). Recomendaciones similares resultan del análisis de resultados en estudios que demuestran la necesidad de acompañar a los adultos mayores con la realización de acciones psicosociales para elevar su bienestar subjetivo, en donde se destacan como resultados la disminución de los estados depresivos, el beneficio para la memoria largo plazo y los procesos de atención, el aumento de la participación de los participantes en la toma de decisiones en la familia y la mejoría de las relaciones sociales de este grupo poblacional (González y otros, 2018). Otros hallazgos han identificado la influencia de estrategias de afrontamiento, bienestar, envejecimiento y espiritualidad como componentes de la felicidad en la persona mayor. (Corporación Universitaria Minuto de Dios, 2017). Con base en el análisis de las entrevistas con adultos mayores y la demás información recolectada, se pudo constatar que la espiritualidad incide de forma positiva en el bienestar psicológico del adulto mayor puesto que la espiritualidad está relacionada con la calidad de vida, el bienestar tanto físico como psicológico, estados emocionales ideales, el sentido de la vida entre, otros factores que están en pro del bienestar del adulto mayor en proceso de envejecimiento.

En general se afirma que la felicidades un estado de satisfacción con la vida, siendo la alegría uno de sus componentes más expresivos. En algunas culturas el concepto de felicidad engloba las necesidades espirituales, materiales, físicas y sociales de las personas. Por el contrario, en las culturas occidentales, el objetivo principal del desarrollo humano ha sido el crecimiento económico, y la felicidad se ha equiparado con el consumismo. A pesar de esto, cada vez existe una mayor consciencia del estrecho vínculo y de la relación interdependiente entre la salud y la felicidad (Montoliu, 2013). Las personas felices tienen una mayor longevidad y experimentan una mejor salud que sus amigos, parientes o vecinos infelices. Este criterio está respaldado por diversos estudios en donde se ha encontrado que los estados de ánimo positivos reducen las hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol, y mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario. También hay estudios en donde la felicidad ha sido asociada con la satisfacción con la vida motivada por la participación en organizaciones sociales; estar casado o convivir en pareja; tener estudios superiores; mayor ingreso; buena percepción del estado de salud y mejor atención sanitaria (Alvarado y otros, 2017).

En Costa Rica se han realizado algunas investigaciones relacionadas con la felicidad en personas adultas mayores (Carrillo y otras, 2013) en las que se han encontrado resultados muy favorables sobre la percepción positiva de la vida en adultos mayores de todo el país. Estas investigadoras estudiaron la percepción que tenían los adultos mayores de sí mismos, en una población

que estuvo conformada por personas de 60 años y más, residentes en viviendas particulares en todo el territorio nacional. Como resultado de su investigación encontraron que para la mayoría el significado de "adulto mayor" es que son personas orgullosas, satisfechas y felices con la vida que les ha tocado vivir, creen que han sido bendecidas por alcanzar la edad que tienen. Para una minoría, ser adulto mayor no es agradable porque con la edad viene el deterioro físico, la dependencia, el maltrato, la soledad y la enfermedad. Estos hallazgos también han sido corroborados en la investigación realizada por (Ramírez y Lee, 2012) quienes afirman en términos generales que una mayoría de los integrantes de la muestra de adultos mayores incluida en sus estudios presentaban elevados niveles de satisfacción por la vida.

Aparentemente, de acuerdo con los hallazgos de las investigaciones, el primer lugar donde debemos encontrar la felicidad es en nuestro propio interior. Está en nuestras propias manos. Pero…es muy difícil ser feliz cuando hay una actitud de resentimiento, reclamo o enojo hacia la vida. Tampoco se puede ser feliz si depositamos nuestro corazón y nuestra esperanza solamente en las cosas materiales o en las personas equivocadas. El vivir de manera continua con los valores positivos de la vida nos brinda la estabilidad necesaria para sentirnos completos. La felicidad tiene mucho que ver con la sensación de vacío o la plenitud de nuestras vidas, por esta razón se afirma que una actitud positiva frente a los retos de la vida proporciona mayor felicidad en la vejez que el estado de salud, según

estudio de (Morales, 2016) quien identifica el optimismo y la actitud para "hacerle frente a las cosas" son más importantes en el logro de un envejecimiento feliz, que las mediciones tradicionales de salud y bienestar. Una nueva percepción del envejecimiento que pone fin a la creencia de que el buen estado físico es sinónimo de un envejecimiento satisfactorio.

Pero la felicidad no está únicamente y de manera egoísta en nosotros mismos, también está en compartirla y darnos a los demás, por medio de la generosidad en la amistad, la ayuda a la persona que la necesita, el apoyo al prójimo en los momentos difíciles. El volcarnos hacia los demás es una de las fuentes más preciosas para lograr una genuina felicidad. En este mundo actual lleno de teléfonos celulares, internet y otras tecnologías, tarjetas de crédito, carros modernos y promociones de productos materiales, es fácil descuidarnos de nosotros mismos y también es fácil olvidarnos de los demás. Sin embargo, en la medida en que nos preocupamos más por los demás, aunque menos por nosotros mismos, se resuelven dos problemas: el de la persona a la que estamos ayudando, y el nuestro, porque nuestra vida recobra el sentido humano de vivir en sociedad. La felicidad también tiene mucho que ver con nuestra actitud hacia los problemas y las preocupaciones, que siempre estarán presentes en nuestras vidas de una forma o de otra. Como dato curioso, pareciera que el entorno sociocultural donde viven, crecen y se desarrollan las personas, tiene mucho que ver con el grado de percepción de la felicidad, así por ejemplo, en su último informe sobre el índice de felicidad, las Naciones Unidas (2019) publica el Ranking

mundial de felicidad de 156 países, en donde Finlandia ocupa el primer lugar, Dinamarca el segundo, Noruega el tercero y Costa Rica el número doce. El informe sobre la felicidad consiste en los resultados de una encuesta que mide cómo ha evolucionado la felicidad de los ciudadanos en los últimos años. Para elaborar el informe, además de la percepción personal sobre la calidad de vida, se tienen en cuenta seis factores: niveles del producto interno bruto, esperanza de vida, generosidad, apoyo social, libertad y corrupción que se comparan con los de un país imaginario.

8.2. Calidad de vida desde la perspectiva del bienestar subjetivo

En relación con el bienestar del ser humano, también existe una gran variedad de enfoques y posiciones, lo que ha retardado, de alguna manera, llegar a ciertas aproximaciones concretas y prácticas en cuanto al concepto y la medición de la calidad de vida; sin embargo, como se ha documentado en anteriores apartados, la satisfacción personal con la vida es uno de los componentes que se ha identificado como fundamental en la percepción de bienestar, vista como un estado de valor existencial que parte de una transacción dinámica entre el individuo y su entorno, donde se integran tanto elementos vivenciales como históricos y actuales, y donde confluyen condiciones objetivas, materiales, sociales y espirituales que ofrecen al ser humano determinadas oportunidades para alcanzar una realización personal satisfactoria. De esta manera, el bienestar subjetivo puede definirse como la evaluación o la valoración que las personas hacen de sus propias vidas; es la valoración personal o la expresión de una percepción que integra una

dimensión del conocimiento propio, referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o con algún área específica como la económica, sentimental, laboral, espiritual, etc., y otra de naturaleza afectiva, vinculada con la frecuencia e intensidad de sus emociones. Al respecto, un clásico de este enfoque, Veenhoven (1994), definía el bienestar subjetivo como el grado en que el individuo juzga positivamente la calidad de vida como un todo, a partir de sus propios elementos cognitivos y afectivos, o la manera en que una persona juzga de un modo general o global su vida, o en qué medida la persona está a gusto con el nivel de vida que lleva. Según este autor, el individuo utiliza sus pensamientos y sus afectos, como dos componentes esenciales para hacer esta autoevaluación. El componente cognitivo relacionado con la satisfacción con la vida representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, implica una valoración que va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. El elemento afectivo constituye el agrado que experimenta la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos dos componentes en cierta medida están relacionados; por ejemplo, una persona que tenga experiencias emocionales placenteras, es más probable que perciba su vida como buena y positiva.

Más adelante, Diener (1995), apuntaba que el bienestar subjetivo tiene tres elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión

de medidas positivas, ya que por naturaleza, las personas saludables tienden a pensar en aspectos positivos, de lo que le hace sentir bien consigo mismo y los demás. Es decir, una valoración de la vida en donde existe preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos.

Las definiciones de bienestar subjetivo, a menudo no aparecen explícitas en la literatura, pero para completar lo anterior, Diener (1995, p.178) describe el bienestar como "la valoración que el individuo tiene de su propia vida, en términos positivos". Sobre este mismo tema, durante 1994-1997 se realizó un estudio descriptivo con 324 personas mayores en algunos municipios de La Habana, Cuba (Fernández y otros, 2000), los cuales no tenían ningún déficit intelectual. Según reportan estos investigadores, a estos adultos mayores se les aplicó un cuestionario especial para medir la satisfacción por la vida, con el propósito de determinar el bienestar psicológico, además se les realizó una encuesta donde se recogieron datos generales de cada persona, tales como edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, así como algunas variables relacionadas con estilo de vida: actividad laboral y sus características, empleo tiempo libre, ejercicio físico, hábitos de consumo, relaciones personales y contactos sociales. Se exploraron también algunos elementos del modo de vida que podían influir en los sentimientos de confort, la percepción de salud y sobre las enfermedades padecidas y descritas por el propio individuo. De igual manera se consultaron las enfermedades crónicas en cada uno de ellos tomando como fuente sus informes médicos. Dentro de los resultados finales de esta

investigación se pueden destacar sus reportes sobre la asociación encontrada entre la percepción de salud y la satisfacción con la vida; y entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas, lo que prueba la correlación existente entre salud subjetiva, y la presencia de problemas específicos en la salud. De gran significado resulta el hecho de que el 75% de los participantes en el estudio demostró satisfacción con la vida, hallazgo que estaba en estrecha relación con las condiciones de vida de estos adultos mayores y con la satisfacción que poseían de sus vidas.

El bienestar subjetivo es indudablemente una variable de calidad de vida que se integra con otras categorías del bienestar social. Al respecto, en los trabajos de García y González (2000) se realizó un análisis del bienestar desde un ángulo psicológico, en donde se identificaron nexos con otros aspectos sociales, tales como: desarrollo económico, nivel de vida, condiciones materiales de vida, modo de vida y estilo de vida. Para estos autores, el bienestar lleva implícitas las experiencias personales, al existir una estrecha relación entre lo afectivo y lo cognitivo, e indican que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como una valoración subjetiva o expresión de la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos.

Algunos investigadores como Cuadra y Florenzano (2003) asocian calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción por la vida y bienestar social, como conceptos de una misma terminología relacionados con la felicidad de

las personas, pretendiendo que se facilite un status real por medio de la claridad del concepto y de la capacidad para ser medido. Afirman, además, la existencia actual de ciertos consensos en relación con el bienestar como condición humana determinada por una dimensión subjetiva, que integra los aspectos afectivos y emocionales vinculados con los estados de ánimo de las personas, y otra, centrada en los aspectos cognoscitivo-valorativos relacionados con la evaluación de la satisfacción que hacen los individuos de su propia vida.

En una investigación realizada por Palomar y otros (2004), se da por aceptado que la pobreza, factor inhibidor del desarrollo humano, implica la ausencia de bienestar producido por un grupo de carencias que pueden ser una amenaza para la integridad física y psicológica de quienes la sufren; además, consideran que el bienestar subjetivo es un concepto que tiene muchas dimensiones y está condicionado fundamentalmente por el grado de satisfacción que cada persona le asigna a las distintas áreas de su vida. Su estudio tuvo como objetivo encontrar un modelo estructural que explicara la forma en que las diversas variables psicológicas de individuo influyen sobre la relación entre el nivel de pobreza y el bienestar subjetivo. Entre los hallazgos más relevantes, relatan el hecho de que la relación entre la pobreza y el bienestar subjetivo está mediada por diferentes variables psicosociales propias de cada individuo, entre ellas la capacidad de afrontar el estrés, la orientación hacia el perfeccionamiento en la realización de las acciones vitales, la competitividad de cada individuo, la autoestima y el

manejo de la depresión. Igualmente llegaron a demostrar que dichas variables tenían pesos específicos en el bienestar subjetivo de las personas.

Existen otros estudios similares, como el realizado por Arita (2005) en el que se integran indicadores objetivos con los indicadores del bienestar subjetivo, donde consideran a la capacidad y al bienestar subjetivo como dimensiones de explicación de la calidad de vida. De esta manera, logran combinar la medición de los niveles de ingreso y educación junto con escalas de capacidad para enfrentar la vida y de bienestar subjetivo, siendo este uno de los pocos reportes de fuentes encontradas hasta el momento, en donde se toma en cuenta la variable educación como factor de calidad de vida. Como resultado final de este estudio, los investigadores reportan la identificación de relaciones muy significativas entre la capacidad de los individuos y el bienestar subjetivo con la percepción de la calidad de vida.

Para Vincezi y Tudesco (2009), la inclusión de la educación como factor de bienestar subjetivo debe favorecer el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su salud. Así, la promoción de la salud desde la intervención educativa, está relacionada con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida., acompañada de los valores sociales (responsabilidad, solidaridad, cooperación, compromiso, entre otros), la participación de los individuos en actividades comunitarias y su integración en actividades grupales positivas (deportes, lecturas, arte, entre

otras); la integración de la familia a la actividad escolar y el desarrollo personal de los individuos (autoestima, relaciones interpersonales, proyectos de vida, superación de obstáculos, derechos y deberes, entre otros).

Finalmente, en revisiones más recientes relacionadas con los factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor, Ryff y otros (2011), plantean que hay varias perspectivas con respecto al bienestar subjetivo y que pueden ser integradas, además, se puede caracterizar el bienestar subjetivo usando las siguientes dimensiones:

-*Autoaceptación*. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo. Consiste en aceptar y aprobarse a uno mismo y cada una de las partes que nos forman o nos integran, teniendo en cuenta tanto nuestras virtudes y nuestros defectos, ya que todos forman parte de nuestro ser. Ryff la define como una actitud positiva hacia uno mismo, aceptando los aspectos positivos y negativos, las fortalezas y debilidades de nuestro ser.

-*Relaciones positivas con los demás*. La importancia de la empatía, la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

-*Autonomía*. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta. Es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.

-*Dominio del ambiente*. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio. Se refiere al grado en que la persona se siente responsable de los hechos que ocurren en su vida; la persona se percibe competente para elegir y crear entornos propicios para satisfacer sus propias necesidades de desarrollo personal (Freire y Ferradás, 2019).

-*Propósito en la vida*. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección. Un propósito de vida es la razón o razones por las que te levantas en la mañana, aquellas motivaciones intrínsecas que dan un sentido de dirección y significado a la propia existencia.

-*Crecimiento personal*. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona. Consiste en la realización deliberada y voluntaria de una serie de actividades que ayudan a mejorar la conciencia de uno mismo y descubrir nuestra propia identidad.

-*Inteligencia emocional.* La inteligencia emocional es la capacidad de percibir, expresar, comprender y gestionar las emociones. La Inteligencia Emocional puede significar la diferencia entre comportarse de una manera socialmente aceptable y estar fuera de lugar en una situación social determinada. Es la cualidad que nos permite establecer buenas relaciones con las demás personas y estar satisfechos con nosotros mismos. Ser inteligente emocionalmente significa hacerle frente a las demandas del ambiente de una forma correcta y sin que nos produzca un malestar o estrés significativo.

Como se abordó en apartados anteriores, la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Elementos objetivos: Bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. Elementos subjetivos: Intimidad, satisfacción con la vida, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. De igual manera, la OMS (1996) ha definido la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Benites y Domínguez (2010) se hacen la pregunta de cómo podemos hacer desde lo psicológico para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y por consiguiente su bienestar subjetivo. Sobre este punto consideran que lo más importante no es continuar aumentando la longevidad en el adulto mayor,

sino mejorar cualitativamente su salud y su bienestar, lo que constituye una de las tareas prioritarias en nuestro país. En este sentido se propone un programa educativo con enfoque centrado en el análisis de la personalidad, para propiciar el bienestar subjetivo en el proceso de longevidad satisfactoria en el adulto mayor. De esta manera se puede concluir que la felicidad está implícita en la vivencia de los valores humanos, cada uno de ellos nos aporta la posibilidad de llevar una vida plena, positiva y llena de optimismo. Porque la verdadera felicidad no se compra ni se vende en ningún lugar del mundo, está en nuestras propias manos, en lo esencial de nuestro pensamiento frente a la vida, de cómo percibimos la vejez y el envejecimiento. De acuerdo con la teoría del bienestar subjetivo estudiada anteriormente, es posible que si la persona mantiene esa percepción como norma los comportamientos positivos, como la voluntad de vivir plenamente, existe la oportunidad de que este comportamiento se vincule con una mayor calidad y cantidad de años vividos. De acuerdo con un estudio publicado recientemente por la Revista JAMA Internal Medicine (La Nación, 2014) se encontró que las personas que se consideran tres o cuatro años menores a su edad cronológica, suelen tener una tasa menor de mortalidad, es decir, pueden vivir mayor cantidad de años. La investigación sistematizó la información de un poco más de 6.400 personas adultas mayores con un promedio de edad de 65.8 años. A todas las personas involucradas en el estudio se les preguntó cómo percibían su edad actual y la mayoría, el 69.6 %, dijo sentirse tres o cuatro años menos de lo que

realmente eran, mientras que el 25. 6 % se percibía con la edad real, y un 4.8 %, tenía la impresión de aparentar al menos un año más de su edad real. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la baja mortalidad entre las personas mayores que decían sentirse menores a la edad que tenían, podría deberse a un conjunto de comportamientos positivos relacionados con la salud. Entre esos comportamientos positivos se destacan el mantenimiento de un peso normal o adecuado para la edad, la costumbre de solicitar el consejo del médico, además de una capacidad de resistencia (resiliencia) o sensación de dominio frente a los problemas y la voluntad de vivir. Estos hallazgos los investigadores ya los habían notado, pero no en un grupo de persona adultas mayores tan grande, en el que se pudieron analizar varias explicaciones posibles.

Por otro lado, Deeg, D. and Van Zonneveld, R. (s.f) afirman que una persona feliz puede contar con más años de vida que una persona infeliz. Esta conclusión se basa en los datos extraídos de un estudio longitudinal holandés realizado entre personas mayores. Las características físicas, mentales y sociales se relacionaron con el tiempo de supervivencia posterior al examen de la línea de referencia. De las once variables que se correlacionan con la felicidad o la satisfacción con varios aspectos de la vida, la mayoría mostró una relación significativa con el tiempo de supervivencia. Como conclusión general de este estudio, los autores afirman que una vida feliz favorece la longevidad hasta cierto punto. El efecto más notable sobre la longevidad se observa en la satisfacción por la

salud y el envejecimiento, la evaluación de los ingresos y el valor subjetivo de la vida en la vejez.

8.3. Los factores más probables de una longevidad feliz y saludable

Según lo relata Llanes. C. (2008) los estudios realizados en las comunidades más longevas del mundo, permiten de forma general suponer la existencia de varios factores que influyen decisivamente, a la luz de los conocimientos actuales, en el aumento de la longevidad máxima que el individuo puede alcanzar. Estos son: La alimentación, actividad física, tóxicos individuales, ambiente natural, ambiente socio-cultural, sueño y descanso, herencia y el tipo de personalidad.

Alimentación saludable

La autora de este artículo indica que los datos experimentales coinciden en que la reducción de calorías en la dieta entre un 30-40 % de las requeridas por el individuo, son un factor que influye decisivamente en el tiempo de vida máximo que alcanza una persona. Esto no quiere decir que sea el factor más importante ni el único, indica que es el mejor conocido por todos, no sólo dentro de la alimentación sino también en los restantes. Por esta razón abundan en el mundo contemporáneo las dietas de restricción calórica e incluso el día de ayuno y a veces dos, que vienen realizando algunos sujetos en la actualidad.

Se reconoce que la dieta debe contener los nutrientes necesarios: carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales. Las proporciones

que se requieren deben ser balanceadas y existen tablas de nutrientes esenciales en la dieta y del contenido de nutrientes que poseen los alimentos que ingerimos. Según esta autora aunque queda mucho por averiguar sobre este punto, se puede concluir que una alimentación favorable para la longevidad deberá tener las siguientes características: Reducción en calorías, poseer todos los nutrientes esenciales, estar exenta de tóxicos naturales o artificiales.

La actividad física permanente

La actividad física sistemática desarrollada por los músculos esqueléticos produce efectos en todo el organismo y en los órganos, como por ejemplo en el aparato respiratorio, cardiovascular, así como en los sistemas de control (sistema nervioso, endocrino e inmunológico). Además se produce un conjunto de cambios en el metabolismo siempre que esta actividad sea mantenida a lo largo del tiempo.

Se sugiere también que todos estos cambios que se van produciendo hacen al organismo más resistente, haciendo menos frecuente la enfermedad y por consiguiente con toda la probabilidad se produce una prolongación de la vida, aunque este último aspecto no está tan precisado como en la alimentación.

Los tóxicos individuales

Llanes, C. (2008) reconoce que muchas sustancias pueden ser tóxicas para algunos individuos y que pocas sustancias resultan tóxicas para todos. Esto pone de relevancia la individualidad bioquímica que poseemos, que es similar a las huellas digitales. Entre los candidatos a convertirse en tóxicos para la mayoría de las personas se encuentran, por ejemplo, el café, el alcohol y el tabaco. Estas sustancias se transforman en tóxicos a distintos niveles y diferentes dosis en individuos, de acuerdo con las condiciones de cada individuo.

El ambiente natural

La presencia de un ambiente sano, con aire puro y abundantes árboles, como ocurre en las comunidades longevas, favorece el desarrollo de la vida individual y las personas son menos afectadas por el estrés y por los tóxicos o los microorganismos. A pesar de que no es posible en las condiciones actuales habitar en los bosques, sí es conveniente hacer actividades recreativas con visitas a estos lugares, siempre que sea posible. Por ejemplo, la cercanía del mar se considera beneficiosa, siempre y cuando evitemos la exposición excesiva a los rayos solares. Los rayos ultravioletas provenientes del sol en una exposición breve, garantizan las síntesis de la vitamina D. Por el contrario, exposiciones excesivas al son incrementan la predisposición a padecer de cáncer de la piel, con lo que se reducen las posibilidades de vida larga y saludable.

El ambiente social y cultural

La autora antes mencionada considera que la sociedad y la comunidad en que habitamos influyen de forma decisiva sobre las posibilidades de una mayor longevidad. En las comunidades longevas no se considera la ancianidad como una desgracia, como ocurre en nuestro medio social. Al contrario, convertirse en un adulto mayor constituye un acto honorable. Ser mayor no despierta sentimiento de lástima, sino un orgullo para el individuo y admiración de parte de los demás. Se menciona que en Abkhasia (Rusia) las comunidades realizan fiestas para las personas que llegan a los 90 y 100 años, se otorgan condecoraciones, con el propósito de que las exhiban y sirvan de estímulo para el resto de la comunidad.

Las condiciones de calidad de vida y de felicidad durante la juventud

Estudios realizados específicamente sobre este factor (Godoy-Izquierdo y otros, 2012) revelan que las personas mayores de 65 años son más felices cuando, además de otros factores de calidad de vida, han disfrutado de una vida feliz en su pasado. Además, aquellos mayores que no padecen depresión, tienen apoyo familiar y niveles bajos de estrés, y presentan un "correcto funcionamiento cotidiano", están más satisfechos con su vida al final de ésta que los demás.

El sueño y el descanso

Así como la actividad física permanente es necesaria para mantener la funcionalidad de nuestro cuerpo y desarrollar la adaptación continua al medio ambiente cambiante, se requiere también de un proceso de

reparación y de reajuste del organismo para reponer energías y evitar el desgaste. El sueño y el descanso proporcionan esta función necesaria y son a su vez un indicador de cómo marchan las cosas en un individuo. El sueño reparador tiene características rítmicas y no depende tanto de la cantidad de horas dormidas sino de la calidad del sueño.

La herencia

Las características de cada individuo que tienen una base genética en la estructura y funcionalidad de los tejidos, órganos y sistemas, así como de los procesos metabólicos a nivel celular, los cuales están expuestos a la influencia de los efectos negativos del estrés y los elementos del ambiente.

Existen por otro lado algunas enfermedades hereditarias que aceleran el proceso de envejecimiento, entre las más comunes la diabetes y la hipertensión arterial no tratadas adecuadamente. Otras predisposiciones a enfermedades como el cáncer o las demás afecciones cardiovasculares producen un efecto similar y pueden acelerarse por el estrés crónico o permanente.

Aunque en las comunidades longevas aunque no se puede hablar con exactitud de la relación de la herencia y la longevidad, es muy frecuente encontrar adultos mayores longevos que provienen de familiares que también lo han sido.

Educación

El tipo de personalidad

De los estudios antes mencionados en Abkhasia (Rusia) surge el concepto de personalidad pro-longeva y anti-longeva. En la personalidad pro-longeva las actitudes físicas y mentales conducen al establecimiento de hábitos saludables no tóxicos. Este tipo de personalidad pro-longeva tiene su contra en la personalidad anti-longeva, en la que se producen situaciones y actitudes completamente contrapuestas con el bienestar de la salud y la calidad de vida.

8.4. Los mejores consejos para buscar la felicidad en la edad adulta mayor.

La búsqueda incesante de la felicidad es una aspiración universal de todo ser humano, cuyas capacidades y formas de obtenerla y disfrutarla han tratado de explicar muchos economistas, filósofos, psicólogos, sociólogos e investigadores de las neurociencias. Sin embargo, de lo poco que se ha podido averiguar sobre qué es realmente lo que nos hace feliz, es la identificación de algunas conclusiones generales a las que han llegado los estudiosos de este tema:

1. *Llevar un estilo de vida saludable*

Llevar un programa permanente de ejercicios físicos, una alimentación saludable y mantener una actitud positiva ante la vida, son tres de las mejores recomendaciones para sentirse sano y con menor edad, prevenir los

riesgos de las enfermedades crónicas, tener un manejo adecuado de las emociones y disminuir el estrés, conservar un peso ideal y mantener la funcionalidad en la persona adulta mayor por medio de la movilización y el ejercicio físico. Aunque los estilos de vida sedentarios no parecieran ser la causa directa de ciertos males y enfermedades, los modos de vida poco activos o sedentarios son una de las 10 causas principales de mortalidad en el mundo. Esto ocurre porque el organismo humano está diseñado para ser ejercitado de forma constante, independientemente de la edad.

2. *Poner en práctica la inteligencia emocional*

Los adultos que logran alcanzar un buen dominio de sus estados emocionales y ser más optimistas durante la vida, como parte esencial del desarrollo de su personalidad, pueden encontrar con más facilidad que la edad adulta mayor es una etapa de oportunidades y satisfacciones. Esta capacidad de equilibrio emocional implica, además de la estabilidad emocional, el control de los impulsos y una elevada tolerancia a la frustración. Además de promover la satisfacción por la vida, estudios recientes realizados con más de 5000 adultos en la Universidad de Illinois, Estados Unidos, y publicados en la Revista Health Behavior and Policy Review, señalaron que tener una actitud optimista y positiva ante la vida favorece la salud mental y física, sobre todo la del corazón (La nación, 2015: p. 21A). Los responsables de esta investigación aseguran que las personas con mayor nivel de optimismo tienen el doble de oportunidad de

tener una salud cardiovascular ideal, si se les compara con las personas que son pesimistas.

3. *Tener amigos*

El contacto permanente con nuestros mejores amigos influye de forma determinante en nuestro bienestar psicológico, algo que todas las personas que han perdido a un amigo han comprobado en un momento u otro, y podría, incluso, aumentar nuestra longevidad. Al parecer, las personas que tienen bastantes amigos están muy satisfechas con sus vidas que las personas que están aisladas y muy insatisfechas. El tener amigos con los cuales ser confidentes y compartir las vivencias de la vida, puede ayudar a que disminuya la soledad y el enclaustramiento de los adultos mayores.

4. *Hacer vida social*

Estar activos con la participación en grupos de apoyo y redes sociales, así como ir a actividades sociales de grupos de pensionados, como bailes y fiestas anuales, celebraciones de cumpleaños, excursiones y viajes a diferentes lugares turísticos. Todas estas actividades nos ayudan a cambiar la rutina y mantienen la expectativa y el interés por compartir con nuevas personas y amigos, situación que ayuda a expresar sentimientos y vivir momentos de alegría que refrescan la mente y el espíritu. Además, las actividades sociales generan muchas oportunidades para estar alegre y compartir expresiones emocionales positivas, que según los investigadores

tienen una relación de causa efecto con ciertas actividades cerebrales relacionadas con la felicidad.

5. *Buscar el amor*

El amor tiene una gran influencia sobre la percepción de la felicidad, las que mantienen una relación amorosa estable, son por lo general más felices que aquellas personas que no tienen pareja. El amor es fundamental para nuestra felicidad fue una de las principales conclusiones a las que llegó el Grant Study realizado por Valliant (2012), una ambiciosa investigación que se desarrolló a lo largo de siete décadas y que ha constituido una de las referencias más importantes en lo que a las investigaciones sobre felicidad personal se refiere.

6. *Apreciar y escuchar la música*

Diversas investigaciones reconocen el efecto del entrenamiento musical y la apreciación musical sobre el cerebro. La música realiza estímulos especiales y crea demandas únicas al sistema nervioso central. Esto ha llamado la atención de muchos investigadores provocando, en los últimos años, un incremento en las investigaciones en relación con la música como estimulante cognitivo. De hecho, hoy día se practica la músicoterapia como una técnica científicamente válida para la estimulación cognitiva en personas de diferentes edades. Este aumento en el interés por el efecto neurológico de la música se vio beneficiado por el surgimiento de nuevas

técnicas de neuroimagen y que posiciona a la música como una herramienta de investigación de la cognición humana y los mecanismos cerebrales superiores. La percepción y la producción musical son funciones particulares del cerebro humano que dependen de una amplia red neural córtico-subcortical, distribuida en ambos hemisferios cerebrales y cerebelo (Justel y Arias, 2012).

7. *Ser generoso con los demás*

Según la psicóloga de la Universidad de Stanford Emma Seppala y otros (2014), la felicidad no reside tanto en el tener o en mejorar el estatus social y laboral, sino en el dar. De acuerdo con sus investigaciones, ser compasivos y generosos con los demás incrementa los niveles de bienestar en todos los ámbitos de la vida. El altruismo activa las regiones cerebrales que provocan placer, evita el estrés, la ansiedad y la depresión, hace que mejoren nuestras relaciones personales e, incluso, aumenta nuestra esperanza de vida. Por eso, aproveche siempre las oportunidades de ayudar a los demás, pero también, no permitas que las necesidades de apoyo a otras personas se conviertan en una carga de estrés para tu vida.

8. Buscar en todo momento la felicidad y la paz interior

La principal fuente de la felicidad ya está dentro de cada uno de nosotros y que sólo hay que abrirle la puerta y dejarla fluir. Esta es la razón esencial por la que en la edad adulta mayor hay que elegir el ser feliz para tener una mejor calidad de vida. Si una persona ha elegido ser feliz o está luchando

por lo que quiere o por sentir la vida más llevadera, debe darle fluidez a su pensamiento y buscar en todo momento la paz interior. La resistencia y la congoja por los remordimientos del pasado o las preocupaciones del futuro solo producen ansiedad y no puede traer la paz. Es a través de la entrega a los pensamientos positivos sobre la satisfacción por disfrutar de la vida es que se encuentra la calma interior.

9. *Asumir las responsabilidades personales de la felicidad*

La felicidad no nos llega como la luz y la lluvia, cuando la persona se da cuenta de que está obsesionada con alguna inquietud o preocupación, debe reírse de sí misma. Cuando ve con experiencia y madurez que no hay razón para que lo tome tan en serio, se comienza inmediatamente a desarmar la preocupación y la ansiedad que se están acumulando en la mente. Eso ayuda a mirar más objetivamente la situación que se presenta y a evaluar las acciones por tomar decisiones en la vida diaria con mayor claridad. Por eso, hay que tomar responsabilidades para poder mantener la felicidad en la vida, porque a veces somos tan dependientes de la conducta de los que nos rodean, que cuando no se comportan como nosotros queremos, sufrimos. Entonces, si nuestra felicidad depende de otras personas, muy pronto nos puede afectar la decepción y generar preocupaciones innecesarias.

8.4. El humor y la risa como ingredientes de felicidad y calidad de vida

La sensación de sentirse alegre es una cualidad que si se sabe cultivar, puede convertirse en un estilo de vida que ayudará indudablemente a

conseguir un estado de ánimo positivo y una actitud de satisfacción con la calidad de vida. La risa, por ejemplo, es la respuesta fisiológica al estado de buen humor. Consiste en la manifestación de un conjunto de gestos y la emisión de diversos sonidos característicos de la risa. Cuando reímos, se llegan a movilizar los diferentes músculos faciales, además de las contracciones que se producen en el diafragma y otros músculos del pecho, el abdomen, los brazos y las piernas en algunas personas, dependiendo de su forma de reír.

Existen algunos autores como (Bennet y Lengacher, 2007) que reconocen el interés actual por investigar el humor como factor terapéutico para reducir el estrés, aliviar el dolor, mejorar la calidad de vida y hasta fortalecer el sistema inmune. En este sentido, existen investigaciones que demuestran el efecto inmediato de la risa y el humor sobre la percepción positiva de la calidad de vida en personas adultas mayores (Ramseyer, 2013). En este estudio se trató de establecer de qué modo inciden la risa y el humor en la percepción que tienen las personas adultas mayores de su calidad de vida. Estudios similares que relacionan el humor con la percepción de calidad de vida en adultos mayores han sido realizados por Martín (2003) y Carbelo y Jáurigui (2006) mencionados por Ramseyer (2013) en donde relatan el importante protagonismo que tienen la risa y el humor dentro de la psicología positiva de las personas.

Más recientemente ha surgido nuevos criterios, como el de (Acevedo y otros, 2010) quienes afirman que el aumento de los niveles de

catecolaminas producido por la risa afecta algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria. Además, indican que el aumento de otros neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, liberados durante la risa, tendría un efecto antidepresivo y ansiolítico. En este sentido, algunos estudios han descrito los beneficios de la risa en el tratamiento de pacientes con depresión, ansiedad o en determinadas psicosis como la esquizofrenia.

La risa y el humor son cualidades innatas de todos los seres humanos, las cuales se desarrollan con diferentes manifestaciones, dependiendo de la personalidad y el estado emocional de cada individuo. De acuerdo con los promotores de la psicología positiva, el sentido del humor es una de las variables que más se correlaciona con el bienestar subjetivo y alta autoestima de las personas.

Mencionando el aporte de otros autores en esta materia, Ramseyer (2013) identifica las funciones más importantes que desempeña el humor en la vida de las personas:

Función intelectual: Se relaciona con una capacidad cognitiva especial, ligada con la inteligencia emocional, que nos permite superar o escapar a ciertas dificultades dramatizando las tensiones con expresiones positivas y enfrentando las situaciones de interacción con las demás personas de una manera socialmente aceptable.

Función de comunicación social; el humor nos permite compartir ideas, sentimientos y opiniones, y hasta criticar y expresar el descontento de forma agradable, ganando aceptación positiva que de otra forma no sería tolerada. A veces sirve como mecanismo de escape porque comunica inquietudes, entretiene y promueve la cohesión de grupo.

Función sexual: Camacho (2005) afirma que el humor de contenido sexual es una de las formas más comunes del humor, porque, a pesar de que el sexo es un tema tabú, permite expresarse sin complicaciones por medio del chiste.

Función motivadora: El sentido del humor durante la interacción personal logra despertar el interés por las ideas que se comparten entre sí las personas, además de que fomenta una disposición de ánimo positiva hacia las tareas o las inquietudes que comparte la gente.

Función defensiva: Protege a las personas ante situaciones incómodas o amenazantes, ya que a veces, cuando la crítica es hacia adentro, nos ayuda hasta "reírse de uno mismo" por errores o imprudencias cometidas, con lo cual se debilitan las críticas de las demás personas, mientras que cuando los comentario valorativos son hacia afuera, es decir contra otras personas, el humor permite atenuar o eliminar resentimientos.

La risa, por su lado, es una capacidad del ser humano que se produce como consecuencia del humor. Aparece desde muy temprano con las expresiones faciales del bebé, y se va perfeccionando con el crecimiento y el desarrollo

del cuerpo. Para que la risa surja no hay que hacer mucho esfuerzo, porque, aún en situaciones de cólera y de incomodidad, es posible expresarla.

La risa es un movimiento especial de la boca y otras partes del rostro que demuestran alegría. Es la expresión de una emoción debida a diversos estímulos intelectuales y afectivos. Con la risa se activan una serie de órganos como las contracciones del diafragma, acompañadas de contracciones involuntarias de los músculos faciales y resonancia de la faringe y el velo del paladar, entre otras reacciones. Es una respuesta biológica hormonal producida por el organismo como reacción a determinados estímulos, fundamentalmente al estrés. En apartados anteriores se mencionaron las principales sustancias que se liberan durante los estados positivos de ánimo, especialmente con la risa, y las buenas consecuencias que se derivan.

En primer lugar, las *endorfinas*, una especie de sustancias químicas segregadas por el cerebro, con altos poderes analgésicos que controlan el dolor y es estrés.

Durante la risa, además, se libera *dopamina*, que mejora el estado de ánimo, y *serotonina*, que posee efectos calmantes, actúa sobre el el sistema nervioso central y provoca una sensación de relajación.

También parece que el buen humor y la risa, junto con los pensamientos positivos, estimulan en cierta medida una liberación de *oxitocina*, otra hormona que logra que actúa sobre el cerebro para conseguir un clima de

confianza y afecto en relación con los demás y ayuda a superar situaciones de temor.

Definitivamente, la risa es una expresión de alivio que nos permite compartir las emociones. Está relacionada con la autoestima y protege a las personas contra el estrés y la ansiedad que a veces se fomenta en la interacción social. Se considera que la risa puede actuar como potenciador de bienestar y la salud en todas aquellas personas que quieran mejorar su calidad de vida (Seligman, 2005).

Finalmente, en nuestro recorrido por la ruta del conocimiento de la calidad de vida y la felicidad en la edad adulta mayor, terminamos reconociendo todo el potencial de ayuda que tienen el humor y la risa en nuestras vidas, ya que su poder y su influencia sobre la conducta humana no tiene barreras. Mantener un estado de ánimo positivo eleva la autoestima y hace sentirse bien a las personas. El humor y la risa son los mejores ingredientes para lograr un envejecimiento con felicidad y calidad de vida. Por eso, la felicidad, como anhelo y aspiración de todo ser humano, es la base de todas las demás motivaciones, desde que se nace hasta que se muere. La felicidad es inseparable del sentido de la vida y la conciencia de que existe la muerte da sentido y valor a cada minuto de nuestras vidas. La perspectiva de la muerte nos ayuda a ser libres y a valorar la vida, a no apegarnos excesivamente a las cosas materiales, que a veces ejercen un dominio extremo sobre las personas. El ser humano es mortal porque su vida y su pensamiento están abiertos a la inmortalidad.

CAPITULO IX

La responsabilidad social por las personas adultas mayores

En términos generales la responsabilidad social se refiere al compromiso ético y la obligación personal y legal de respeto por los derechos humanos, del entorno y la convivencia armónica que deben tener los miembros de una sociedad, como individuos o como miembros de grupos y comunidades. El concepto incluye una valoración positiva humanística del impacto que una decisión individual o colectiva pueda tener en la sociedad. Es reconocer los derechos de las personas y aceptar los compromisos que como personas tenemos con nuestra sociedad; es una actitud voluntaria y proactiva para adoptar hábitos de convivencia, emplear estrategias y procesos que nos ayuden a minimizar los impactos negativos que podemos generar a la sociedad y su entorno.

En referencia a la responsabilidad por la persona adulta mayor, el proceso se debe abordar desde una perspectiva biopsicosocial y cultural, también llamada visión integral, que implica la participación individual y colectiva en la construcción de una cultura de la vejez y el envejecimiento en donde tengan vigencia los principios de equidad, libertad y seguridad social para todas las personas adultas mayores.

Las personas adultas mayores tienen el derecho fundamental de disfrutar de un marco de referencia ideológico, político y legal que les permita recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y la protección contra la violencia en todas sus manifestaciones. Esto implica la satisfacción de sus necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales, con el fin de facilitarles una vejez sana, plena y feliz, donde se consideraren solidariamente sus hábitos, sus capacidades funcionales y sus preferencias.

Para lograr esta meta de naturaleza social los gobiernos y las sociedades deben construir una política pública de carácter permanente, que le dé sustento a las distintas acciones que se programen y realicen en favor del bienestar general de esta población, en la que se contemple la necesidad de asumir la atención integral de la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo del Estado y sus instituciones, sino también ética y solidariamente como una responsabilidad colectiva de toda la sociedad. Todo esto debido a que los problemas y situaciones que viven los adultos mayores en la sociedad actual no se solucionan o superan sólo con la acción del Gobierno, sino por el contrario, parte importante de la problemática y compleja situación de las personas adultas mayores en el contexto de nuestras sociedades debe ser resuelta de manera muy especial por la familia y la propia comunidad.

9.1. Los valores y principios de la responsabilidad social con el adulto mayor.

Entre los valores esenciales que debe impulsar la política pública a favor del bienestar de los adultos mayores está la equidad, debido principalmente a la prevalencia de factores de riesgo social como a las desigualdades en el acceso a los bienes y servicios, así como a las oportunidades en la disposición de los medios para satisfacer sus necesidades mínimas en una parte significativa de esta población.

Se trata de políticas públicas que traten de conciliar el crecimiento económico y la riqueza con una distribución equitativa de sus beneficios, principalmente entre aquellos que con su trabajo y sus aportes al desarrollo de humano hicieron posible las condiciones hasta donde ha podido llegar la sociedad.

Otro valor esencial de esa política es la solidaridad intergeneracional, que consiste en la toma de conciencia del conjunto de la sociedad, en el sentido de que el desarrollo social, económico, cultural y político, con virtudes y defectos, definitivamente, una herencia cultural de las personas adultas mayores, fruto de su trabajo, que dejan todas estas personas a las generaciones futuras. Desde esta perspectiva social, las generaciones más jóvenes y los adultos de una sociedad tienen una responsabilidad ética de compromiso con la calidad de vida de los adultos mayores, que debe ser plasmada en hacer justicia con sus necesidades fundamentales sus derechos

y sus aspiraciones, dándoles oportunidad de acceso a lo que ellos requieren y merecen, para que puedan llevar una vida digna y de mejor calidad, de acuerdo con su propio protagonismo y sus posibilidades de desarrollo humano.

De acuerdo con los fundamentos y valores anteriormente expuestos, los gobiernos y las sociedades en su conjunto deberán considerar la integración de los siguientes principios en la construcción de la nueva cultura a favor de la vejez y el envejecimiento (Gobierno de Chile, 2012):

Autonomía y envejecimiento activo.

Consiste en reconocer la autonomía, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos de la mayor parte de los adultos mayores, lo cual les permite ser independientes y, por ende, tener un envejecimiento activo. Esto implica necesariamente planificar en conjunto con ellos todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio. De igual manera, es reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los representen en su diversidad de inquietudes e intereses.

Prevención

La prevención debe ser un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y, por supuesto, en materia de salud y seguridad social. En lo social y psicológico, la prevención tiene un énfasis educativo. Toda la población, a través de la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre el proceso de

envejecimiento humano y, además, conocimientos sobre la forma de relacionarse con los adultos mayores. A su vez, los actuales adultos mayores deben recibir información y asistencia para su autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Es importante asumir que lo preventivo, como enfoque prioritario, considere al adulto mayor en su contexto sociocultural y económico. Esto implica valorar de un modo sustantivo las redes de apoyo que deben estar al servicio en la atención de sus necesidades.

En materia económica, el principio de prevención tiene especial importancia cuando se hace referencia a la seguridad social. Como ya se conoce, hay una parte importante de la población económicamente activa que no realiza cotizaciones para los sistemas de protección social, razón por la cual mantener la indiferencia política sobre las condiciones sociales de permanencia de las personas en esta situación por períodos prolongados, provocará un perjuicio notable a sus posibilidades de acceso a una jubilación o pensión adecuada a sus necesidades en sus años de vejez.

Flexibilidad en el diseño de políticas publicas

Otro principio que necesariamente deben considerar las políticas, es la flexibilidad frente a las diversas situaciones que se presentan en la edad adulta mayor. La situación del adulto que vive solo, o con su pareja, no es la misma del vivir junto a otros familiares; la situación de vivir en la ciudad o en el campo también influye de un modo particular en el adulto mayor;

igualmente la situación de vulnerabilidad y de mayores necesidades de cuidados aumenta con la edad.

Esta diversidad de situaciones que puede vivir y afectar al adulto mayor obliga a que las políticas sociales tengan un alto grado de flexibilidad, especialmente en su aplicación y concreción para las personas mayores.

Descentralización.

La descentralización que debe inspirar las políticas sociales es un factor a considerar en forma permanente para hacer efectivas las acciones. Se trata de verificar que la concreción de las políticas se haga en el gobierno local y que éste es el que deberá implementar, con flexibilidad y adecuada coordinación, las políticas generales adoptadas por el gobierno central.

El criterio de descentralización obliga a atender las necesidades de las personas adultas mayores en las situaciones concretas y específicas de su entorno inmediato. La descentralización también plantea la necesidad de coordinación entre los distintos sectores que de una u otra forma trabajan con el adulto mayor a nivel comunal.

Solidaridad social del Estado y su rol regulador.

Los adultos mayores requieren disponer de un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, la subsidiariedad y el rol regulador por parte del Estado en la protección de esta población, deben ser entendidos en tres ámbitos:

a. El desarrollo de una política de fomento a la producción social de bienes y servicios destinados a los adultos mayores. Esto no debe entenderse sólo como ayudas económicas directas, sino también como apoyo a la asociación solidaria de los adultos mayores y el fomento de la creación de espacios sociales y culturales que permitan desplegar las iniciativas de los propios adultos mayores para mejorar su calidad de vida.
b. Regular con equidad y eficacia el funcionamiento de los sistemas de provisión de servicios ofrecidos o prestados a este sector de la población.
c. Fomentar la responsabilidad de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores, en la mantención de estilos de vida saludables y activos, evitando la creación de una dependencia exclusiva de las acciones del Estado para satisfacer todas sus necesidades.

9.2. Educación para la promoción de la calidad de vida y la felicidad en la persona adulta mayor: un derecho universal.

Sin duda alguna, cumplir con el derecho a la educación que tienen todas las personas adultas mayores, es una responsabilidad social impostergable en la sociedad actual. Al respecto la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2013) considera que esta responsabilidad colectiva debe ser abordada desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios; primero, el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas

educativos, y segundo, la posibilidad de poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes.

Como referente de este apartado sobre el derecho a la educación de las personas adultas mayores, la Organización de las Naciones Unidas (2002), en su informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, reafirma el derecho que tiene toda persona adulta mayor a ejercer su independencia, a la alimentación, vivienda digna, educación, y también a la protección jurídica, que lo proteja de las inequidades, la exclusión y los maltratos, con libre acceso a todos los servicios de apoyo y seguridad social. Uno de los puntos fundamentales de este informe es el contenido de su artículo 12 (pág. 4) donde menciona lo que las personas de edad deben tener la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo en el desempeño de trabajos satisfactorios, productivos y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación". En este artículo, se hace referencia específica al proceso de educación permanente o educación para la vida.

En el artículo n° 20 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Adultas mayores (Organización de los Estados Americanos (2018), se establece el principio de que la persona mayor tiene derecho a la educación, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, en las modalidades definidas por cada uno de los Estados Parte, y a participar en los programas educativos existentes en todos los niveles, y a compartir sus conocimientos y experiencias con

todas las generaciones. Para el cumplimiento de este mandato, los Estados que forman parte de la ONU, garantizarán el ejercicio efectivo del derecho a la educación de la persona mayor y se comprometen con la responsabilidad social de aplicar las siguientes acciones de intervención social:

-Facilitar a la persona mayor el acceso a programas educativos y de formación adecuados que permitan el acceso, entre otros, a los distintos niveles del ciclo educativo, a programas de alfabetización y postalfabetización, formación técnica y profesional, y a la educación permanente continua, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad.

-Promover el desarrollo de programas educativos, materiales y formatos educativos adecuados y accesibles para la persona mayor que atiendan sus necesidades, preferencias, aptitudes, motivaciones e identidad cultural.

-Adoptar las medidas necesarias para reducir y, progresivamente, eliminar las barreras, dificultades y otros requisitos que limiten el acceso a los bienes y servicios educativos, tanto en el medio urbano como en el medio rural.

-Promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para minimizar la brecha digital existente en las comunidades, generacional y geográfica, e incrementar la integración social y comunitaria de esta población.

-Diseñar e implementar políticas activas para erradicar el analfabetismo en la población adulta mayor y, en especial, de las mujeres y grupos humanos

que se encuentran en evidentes condiciones de vulnerabilidad social. -Fomentar y facilitar la participación activa de la persona mayor en actividades educativas, tanto formales como no formales.

Como resultado de todo lo anterior, Gómez (2008), considera que la educación por medio de un aprendizaje continuo representa para las personas adultas mayores una forma de reentrenamiento intelectual e inquietud por saber, pero también la define como una forma de participación activa y de motivación. Además, para estas personas, el cambio de las rutinas de la vida diaria, como el aprender algo nuevo, puede ser fundamental para su desarrollo personal y social y una manera de mejorar la adaptación a las dificultades que se derivan del avance social.

Además de todas las experiencias positivas descritas en apartados anteriores, sobre la educación de personas adultas mayores, se debe tomar en cuenta que el derecho universal a la educación no debe ser sometido a criterios negativos ni límite de edad, como se evidencia en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley 7935, emitida años atrás por la Asamblea Legislativa de Costa Rica (1999). Para el adulto mayor, este derecho tiene un significado muy especial, ya que representa una oportunidad de ejercitación mental, de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades. Por esta razón, en el estudio del proceso de educación en las personas adultas mayores se debe profundizar desde la perspectiva sus efectos sobre su percepción de su calidad de vida, debido a que en la visión tradicional el envejecimiento está conceptualizado

como un proceso degenerativo continuo de las capacidades físicas y mentales del ser humano, concepto que es inexacto e incompleto, porque la visión del mundo actual se orienta hacia el desarrollo de un enfoque más integral del envejecimiento como un proceso esencial y potencialmente saludable, acompañado de una actitud socialmente positiva, que permita a la persona mantenerse activa y seguir realizando actividades cotidianas nuevas de manera independiente. Pero, en el ejercicio de esa independencia saludable, también es necesario que en el entorno social donde vive el adulto mayor, existan las condiciones esenciales de comprensión, equidad y accesibilidad, sobre todo, condiciones ideológicas y políticas adecuadas para el ejercicio pleno de las libertades y los derechos de las personas adultas mayores.

Un grupo social sin educación, o que tenga un bajo nivel de desarrollo humano, se encontrará siempre en plena desventaja, porque no ha sido integrado a la sociedad: no participa económica ni políticamente, tampoco es productor ni consumidor. Sin embargo, de acuerdo con lo anterior, la Oficina Regional de Educación de la Unesco para América Latina y el Caribe (2008) considera la educación como un bien público y un derecho humano del que nadie puede estar excluido, por lo tanto, concibe la educación como un derecho y no como servicio público. Esta entidad exige al Estado un aseguramiento de procesos permanentes de mejoría en los niveles de bienestar social, alcanzado a partir de una equitativa distribución del ingreso y la erradicación de la pobreza, en relación directa con índices

crecientes, en un estrecho vínculo con otros pilares fundamentales, como la salud, la vivienda y el ambiente. Según esta oficina, una vez encausado el quehacer de las instituciones educativas hacia el bienestar, el siguiente paso es lograr la participación activa de todas las personas de la sociedad, a través de una declaración de los principios de responsabilidad social, cuyo propósito será el de asegurar a todos los ciudadanos una educación de calidad y fomentar la integración de adultos mayores, provenientes de los distintos contextos sociales y culturales, para que ellos puedan contar también con una poderosa herramienta para el desarrollo humano, dentro de una sociedad más justa y democrática. Se considera que la educación de adultos es un reto para la sociedad actual, buscando desarrollar un pensamiento lógico, crítico, y simultáneamente, elevar la capacidad de creación e inventiva en ellos, para facilitar un compromiso con su tiempo y una proyección de su desarrollo humano hacia el futuro (Oficina Regional de Educación de la Unesco para América Latina y el Caribe, 2008). Por lo tanto, en sentido dinámico, este tipo de educación implica la necesidad de una transformación de los entes públicos y privados, especialmente las universidades, pues son las instituciones que están más cerca de los procesos de formación y transformación de pensamientos y conceptos hacia nuevas formas de saber conocer, saber hacer, saber ser, saber vivir y convivir.

Como referente institucional de todos estos esfuerzos por lograr el acceso de las personas adultas mayores a procesos sistemáticos de educación y

programas orientados a lograr su bienestar y mejorar su calidad de vida, es oportuno mencionar en este apartado, entre otros esfuerzos nacionales, el Programa de Gerontología de la Universidad Estatal a Distancia (2014), formulado por un grupo interdisciplinario de profesionales, por medio del cual a partir del año 2000 se implementan las acciones de responsabilidad social, necesarias para contribuir con el cumplimiento del compromiso institucional con la sociedad en el mejoramiento de la calidad de vida y el fortalecimiento de los valores en que se fundamenta el Estado costarricense, mediante la oferta pertinente de alternativas educativas y de capacitación gerontológica acordes a las necesidades de la población, orientadas hacia la aplicación del conocimiento en materia gerontológica en el mayor número de personas y la presencia de personas mayores viviendo productivamente y de forma placentera esta etapa de su vida. Su principal objetivo es Participar activamente en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores y en la construcción de una nueva perspectiva del proceso de envejecimiento, la vejez y los retos que éste plantea, considerando las realidades regionales y los cambios demográficos.

En dicho programa se ofrecen talleres, seminarios y cursos de capacitación gerontológica, dirigidos a personas que laboran en la atención de personas mayores. Ofrece también alternativas educativas y de uso creativo del tiempo libre en la modalidad de cursos libres para personas mayores de cincuenta años.

9.3. La atención de las necesidades socioeducativas de las personas adultas mayores como responsabilidad social del Estado

Las necesidades sociales y educativas de las personas adultas mayores en la actualidad, tienen también sus implicaciones en la educación. Las habilidades personales, sociales y laborales de las personas adultas mayores en esta sociedad son muy diferentes. Las nuevas tecnologías de información y comunicación, nuevas formas de interacción social y nuevas demandas laborales, implican nuevas formas de aislamiento de esta población y nuevas necesidades de desarrollo social y educativos.

En términos generales, e independientemente del contexto político, económico y sociocultural, se han identificado las siguientes necesidades socioeducativas en las personas adultas mayores:

-Los adultos mayores necesitan desarrollar habilidades funcionales como medio para lograr su integración social, el desarrollo psicomotriz y la integración al aprendizaje colaborativo en equipo, lo cual permitirá:

- Fomentar la interacción humana y la integración social
- Potenciar su creatividad y promover su capacidad artística y estética
- Estimular la psicomotricidad y la coordinación mente cuerpo.
- Promover la integración inter-generacional con personas jóvenes.
- Estimular la educación permanente
- Mantener la capacidad cognitiva y productiva

-Las personas adultas mayores necesitan mantener tener acceso a programas sociales y educativos que les permita hacer ejercicio físico sistemático, oportunidades de recreación y orientación psicológica, por medio de la enseñanza de rutinas que fomenten el bienestar integral y la práctica de estilos de vida saludables para que puedan:

- Hacer frente con más éxito a las limitaciones físicas y funcionales
- Tener experiencias de aprendizaje que fortalezcan su conciencia de utilidad y su autoestima.
- Mantener cierto grado de equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
- Manejar mejor el estrés las tensiones y el cansancio de la vida moderna.
- Prevención de problemas físicos y funcionales o neutralización de las consecuencias del envejecimiento.

-Las personas adultas mayores necesitan tener acceso a procesos de promoción de su integración cultural en las comunidades, |con lo cual se logrará:

- Fomentar la creatividad y el uso constructivo de tiempo libre a través de actividades inter-generacionales.
- Desarrollar la capacidad lúdica, la espontaneidad y la apertura hacia nuevas formas artísticas y artesanales.

- Transmitir sus saberes y experiencias, contribuyendo a su propia formación personal, estímulo de procesos psicológicos superiores y aporte a nuevas generaciones
- Contribuir con los procesos de fortalecimiento del tejido social rescatando el protagonismo de las personas adultos mayores y como un medio para la defensa y protección de sus derechos
- Fomentar la participación social y comunitaria en la toma de decisiones, mediante la enseñanza de los mecanismos de participación y características del tejido social local.
- Favorecer el bienestar y la satisfacción personal.
- Fomentar la comunicación, la amistad y las relaciones interpersonales.
- Empoderar a las personas de la tercera edad para defender sus derechos y aportar a la dinámica social local.

-Las personas mayores necesitan, además, tener acceso a programas locales y nacionales de recreación, entendida como un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.

En este sentido podemos identificar diferentes modalidades para fomentar la recreación de las personas adultas mayores:

Recreación comunitaria: En este componente los programas actúan como metodología de participación comunitaria para que a partir de la sensibilización y formación permanente de la comunidad, ésta se movilice conscientemente en pos de la realización de acciones colectivas que tiendan a afrontar la situación y problemática particular que vive. Para el desarrollo de este sector son fundamentales los espacios recreativos y públicos como elemento integrador de los miembros de la comunidad en su entorno.

Recreación cultural y artística: posibilita que las artes plásticas y escénicas y las actividades culturales no se les presenten al ciudadano simplemente como espectáculo o actividad exclusivamente de diversión, sino como objeto de participación creadora; así, la recreación cultural y artística contemplará eventos que, realizados con base en talleres formativos, didácticos y de manifestación grupal de capacidades creadoras, procuran para el participante en ellos la vivencia del proceso creativo con la connotación lúdica que le da el construir y reproducir o ejecutar una obra enraizada bien sea en la cultura universal o en los valores y tradiciones autóctonos.

Recreación deportiva: Partiendo de la actividad física implícita en el deporte, procura que éste se aborde por el goce y desarrollo que permite su práctica y no por el vencer y establecer marcas; así, la recreación deportiva contempla los programas y actividades físicas deportes; natación, gimnasia, etc., que le posibilitan a quienes participan en ellos divertirse - cambiando de actividad, adquiriendo voluntaria y placenteramente estilos

de vida saludables, sociabilizarse, tomando pautas de trabajo en grupo y equipo, solidarizándose alrededor de un objetivo general: la salud integral de quienes participan.

Recreación laboral: Agrupa los programas y eventos originados en las políticas de bienestar social de las empresas y procura que sea ésta una forma alternativa de desarrollo integral de los trabajadores tal, que complementaria al proceso de trabajo, genere simultáneamente una mayor integración de los empleados y sus familiares entre sí y con la empresa y, en consecuencia, un fortalecimiento del sentido de pertenencia y permanencia. Este sector abarca igualmente los programas y actividades que con base a la recreación tienden a la preparación integral - física, social y mental - de los funcionarios próximos a la jubilación.

Recreación pedagógica: En este sector la recreación se incorpora en el proceso de enseñanza, dándole a éste una nueva dimensión, bien por actuar como metodología de educación no formal o por constituirse en un proceso liberador que simultáneamente educa para el tiempo libre. Si se considera que la base de la demanda por servicios recreativos está dada por el nivel de educación para el ocio que tenga la persona, el campo de acción del sector no se reduce exclusivamente al segmento de estudios formales, sino que, en consistencia con la naturaleza humana que no condiciona el aprendizaje a la edad, abarca todos los niveles y formas de educación.

Recreación terapéutica: Aquella en que se involucra como un medio en el proceso de rehabilitación, sea éste físico, social y/o mental, o como un complemento en cuanto a alternativa de utilización de tiempo libre ampliado de que disponen las personas adultas mayores. Considerando el carácter integral del hombre, el cual como totalidad integrada por sus esferas físicas, social, mental y espiritual de quien se recrea, la aplicación de la recreación en el proceso terapéutico estará signada no sólo por su contribución con la rehabilitación de la esfera afectada por la patología originaria, sino que prevendrá y solucionará posibles patologías accesorias en otras esferas.

Recreación turística - ambiental: A partir del desplazamiento largo o corto, en el tiempo libre procura al turista la vivencia y relación de y con el entorno visitado. Fomenta a través de las actividades recreativas una cultura sostenible y habilidades para la preservación del medio ambiente.

9.3. Hacia la búsqueda de nuevas oportunidades para la inclusión y la participación social de las personas adultas mayores.

Al tratar el ámbito de nuestros mayores, además de las recomendaciones ya citadas, debemos tener muy en cuenta los procesos sociales acelerados producidos en los últimos años y los nuevos modelos familiares, que han generado una desvalorización de la figura de nuestros mayores, pasando de jugar un papel importantísimo en la vida familiar y social, a ser unas

personas que no aportan nada, a las que se desvincula de las relaciones familiares, impidiéndoles la comunicación fluida con sus entornos.

Pero, coincidiendo con estos cambios acelerados, con estos cambios de modelos familiares, se producen movimientos sociales que reclaman la importancia en nuestras sociedades de las personas adultas mayores. Estos movimientos coinciden con otros fenómenos, como el aumento de la esperanza de vida, y nos hacen reflexionar y tomar conciencia de la posición que los mayores ocupan, ya que hasta estos momentos se defendía la idea, sin lugar a dudas desnaturalizada, de que las personas mayores ya no contaban como personas útiles, por lo que nuestras sociedades, además de castrar su desarrollo, perdían el valor de la experiencia que ellos podían aportar.

La socialización aborda procesos mediante los que las personas llegan a ser miembros de una determinada sociedad interiorizando unos principios morales, unos valores y una cultura de la sociedad en la que se ve inmerso, asumiendo un rol en la misma. Paralelamente, y a través de los procesos de formación de la identidad personal, la reflexión crítica y las posiciones libres y personales, se posibilitan los cambios sociales que permiten avances.

De este proceso permanente, no se encuentran exentos nuestros mayores que, a través de sus experiencias y de sus permanentes ejercicios cognitivos, también producen avances en nuestra sociedad, ya que estos fenómenos se han ido produciendo a lo largo de los últimos años, y han ido generando un

reto importante sobre los servicios que debemos prestar y cómo posibilitar el desarrollo socioeducativo de este importantísimo grupo humano que demanda cada día una esmerada atención con justicia y equidad. La educación social no debe realizar su acción profesional desde el voluntarismo o el tecnicismo, sino desde la práctica investigativa de la realidad donde se desarrolla su acción, ya que esta investigación práctica, esta práctica reflexiva, se traduce en la mejora de su contexto profesional.

Además, debe percibir la educación no sólo como una necesidad sino, y sobre todo, como un derecho social, convirtiendo así, la práctica de la educación social en un compromiso político, no partidista, pero sí social, al servicio de los demás, abandonando los principios generados por la sociedad postmoderna y por el liberalismo económico, que establece como único recurso de desarrollo lo productivo y retributivo, obviando la condición humana, el bienestar social y el compromiso cívico. Frente a esta opción, tenemos otra, la que considera a nuestros mayores como ciudadanos pertenecientes a una sociedad, que deben ser reconocidos como miembros activos con derechos y necesidades, que tienen mucho que aportar y mucho que recibir, por lo que debemos superar el modelo asistencialista para pasar a un modelo de intervención socioeducativa, que debe incluir, al menos, una visión heterogénea del fenómeno, ya que nuestros mayores no son todos iguales, aunque debemos considerar globalmente las condiciones familiares, sanitarias, sociales, emotivas, de motivación, como premisas para el desarrollo de la actividad.

Sea como sea, la intervención desde la educación social debe centrarse en los cambios a nivel intelectual, en los factores motivacionales, sociales, y de desarrollo humano, que posibilitan la participación en actividades culturales y socioeducativas, que les estimule a ser activos, gozando de una calidad de vida integral. Además, debemos desarrollar programas que permitan prevenir retrocesos en la actividad vital y que posibiliten el desarrollo de las potencialidades de este grupo humano, las cuales podemos sintetizar en las siguientes estrategias:

- Intervenciones en actividades formativo-culturales, que posibiliten elevar los niveles educativos y culturales, ejercitando las facultades mentales por medio de la estimulación cognitiva.
- Intervenciones ocupacionales, que posibiliten actividades creativas y recreativas, potenciando la imaginación, la capacidad artística, fomentando la interrelación humana y la integración social.
- Intervenciones a nivel físico y psicológico, que posibiliten la flexibilidad, la expresión corporal y fortalecer la autoestima.
- Intervenciones de participación ciudadana que fomenten la comunicación, la amistad, la convivencia, la participación en el tejido social.
- Intervenciones en ámbitos culturales, promoviendo actividades de difusión cultural, facilitando información sobre salud, alimentación, educación, cultura, etc. Asimismo, se trata de potenciar los

encuentros, diálogos y la comunicación con el uso de las nuevas tecnologías.

En este sentido, reconocemos las actuaciones de la educación social respecto a nuestros mayores como acciones que promueven un alto nivel de concienciación, de crecimiento, de formación, de realización personal, de participación, de desarrollo, de ocupación del tiempo de ocio, de culturalización y de creación sociocultural.

De acuerdo con el interés demostrado por la afluencia de adultos mayores a cursos libres de las universidades nacionales, tal parece que este sector de la población siente hoy día mayores necesidades de aprender, de encontrarle un sentido propio al momento histórico concreto en el que viven, de buscar nuevas oportunidades de reintegración e intervención social para reafirmar su propio desarrollo personal. Pareciera increíble que los políticos y las instituciones con responsabilidad en la atención integral de las personas adultas mayores, hayan tenido que dejar pasar más de una década del siglo XXI, para poder sensibilizarse de la misión social y ética de considerar la educación como un derecho fundamental de todos los ciudadanos y de su continuidad durante toda la vida, independientemente de la edad.

La educación de las personas adultas mayores forma parte del área de la gerontología, y en consecuencia, del conjunto de disciplinas que abarcan las acciones institucionales relacionadas con el abordaje biológico, psicosocial y cultural del envejecimiento. La geriatría, por su lado, constituye una de las disciplinas que conforman la gerontología, ya que cuando se habla de

geriatría es hablar de los aspectos médicos exclusivamente. Lo gerontológico, en cambio, abarca todas las disciplinas relacionadas con el fenómeno de la vejez.

Tanto la gerontología como la geriatría son abordadas de manera interdisciplinaria y cada una de ellas estudia aspectos del envejecimiento normal y patológico, aplicando diferentes áreas del conocimiento y desde su óptica específica.

A pesar de que el tema de la vejez suscita diferentes reacciones en las diferentes sociedades, pareciera que las perspectivas de la educación para las personas adultas mayores son hoy día más positivas, tomando en cuenta de que durante las últimas décadas se han formulado leyes que protegen con mayor amplitud y profundidad los derechos fundamentales de estas personas.

9.4. *Estimulación cognitiva y educación no formal en personas adultas mayores, una alternativa para mejorar su calidad de vida*

Hay suficientes investigaciones sobre intervenciones cognitivas que muestran sus beneficios en los adultos mayores. Mogollón (2014), insigne investigador de la estimulación cognitiva en la persona adulta mayor, propone que en la estimulación cognitiva deben considerarse, en forma simultánea, tres elementos (triada), los cuales pueden aplicarse a la persona adulta mayor, ya que están apoyados en evidencias y pruebas empíricas irrefutables: el aspecto educativo, el aspecto físico y el aspecto social. Estos

tres componentes nos indican que para potenciar el mejoramiento cognitivo, todos sus elementos deben interrelacionarse entre sí, y deben formar parte de las estrategias para desarrollar una salud mental con resultados sostenidos a mediano y largo plazo, sin embargo, en caca sociedad es necesario realizar un diagnóstico para valorar la calidad del envejecimiento e identificar las verdaderas necesidades educativas de los adultos mayores.

De múltiple y diferente naturaleza son los factores que deben ser considerados al valorar la calidad del envejecimiento de una persona: por ejemplo, sus necesidades socioeducativas, la movilidad y locomoción, el estado emocional, las redes y los grupos sociales de apoyo o la presencia de enfermedades, entre otros García (2007). Sin embargo se considera que uno de los más significativos criterios es la autonomía funcional en la realización de actividades cotidianas, lo cual implica la coordinación y estimulación de diferentes habilidades y condiciones específicas de las personas que permitan una calidad de vida aceptable. Dentro de esas habilidades que constituyen la base del desempeño autónomo y funcional se encuentran los procesos cognitivos o mentales vinculados con el procesamiento de la información, tanto la almacenada en la memoria como la proveniente del ambiente externo, esenciales para promover el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores.

De manera simple, los procesos cognitivos se pueden clasificar en básicos, como la percepción, atención y memoria, y de orden superior como el lenguaje, razonamiento, aprendizaje y control de la conducta. Todos ellos

se integran y articulan en las estructuras neurobiológicas, para lo cual necesitan encontrarse en condiciones viables y óptimo funcionamiento. Estos procesos cognitivos son importantes porque permiten la realización de tareas sencillas de nuestra vida cotidiana, como conversar, caminar, prepararnos una taza de café, comprar cosas, y de tareas más complejas como leer, escribir, aprender algo nuevo o encontrar la mejor solución a un problema. Debido a los cambios que se dan como producto del proceso de envejecimiento, se comprometen paulatinamente algunos procesos cognitivos, principalmente la velocidad de procesamiento, la atención y la memoria, fenómeno que se evidencia en varias dificultades menores que se presentan lenta y progresivamente en con tiempo, como olvidar dónde se dejaron las llaves, no recordar una cita, perder el hilo de una conversación o tener dificultad para acordarse de los nombres o números telefónicos de familiares o amigos. A pesar de estas realidades sobre la disminución de las capacidades mentales durante el envejecimiento, los estudios han permitido determinar que las funciones cognitivas se pueden fortalecer por medio de programas de estimulación cognitiva, diseñados especialmente para lograr ese objetivo. (García, 2007).

La estimulación cognitiva se basa en la característica de plasticidad cerebral que tiene el sistema nervioso, aún en el envejecimiento, la cual ha sido descrita como la capacidad adaptativa del cerebro de modificar su organización estructural y funcional, en virtud de las experiencias nuevas vividas por el individuo, así como de mantener por más tiempo las

funciones cognitivas de la persona y el desarrollo de nuevas habilidades. (Machado y otros, 2008).

Se afirma que las personas con pocos estímulos del entorno, pueden llegar a padecer más rápidamente de una disminución de las facultades mentales que personas expuestas a estimulaciones sensoriales sistemáticas, esto quiere decir que entre mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona. La memoria representa una función cognitiva o proceso mental complejo por medio del cual se fija, retiene y reproduce todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia; es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada, es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan funcionales. Los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos sensoperceptuales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a manifestar síntomas similares a la demencia (Calero, 2003).

Hay que reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de valerse por sí mismo, la dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro

cognitivo. Fernández (2000). Según este autor al hacer referencia al concepto de percepción, considera que es la capacidad mental que nos permite integrar lo que nos llega a través de los sentidos, creando un enlace entre la información sensorial y los archivos de memoria, dándose por ende la percepción o interpretación de la realidad. La percepción integra el reconocimiento y la interpretación de sensaciones, que pueden venir de diferentes estímulos o sensaciones, sean las que provienen del ambiente externo (exterocepción) las sensaciones que provienen del ambiente interno (interocepción) y finalmente las que provienen de su propio cuerpo, llamadas (propiocepción).

Sobre la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción del adulto mayor, Sánchez y Pérez (2008), reconocen que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria. Reconocen también que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de la autonomía funcional, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. Además, llama la atención sobre la responsabilidad social de los profesionales de la salud en el desarrollo de acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, en virtud de que su salud y su calidad de vida están estrechamente relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo. De acuerdo con estos investigadores, la ejercitación de la atención puede ser orientada por el personal convencional de atención primaria de la salud sin tener un entrenamiento especializado en psico-

estimulación, porque la atención es una capacidad psicológica que está presente en cualquier actividad que realicen las personas, por lo que cualquier actividad cotidiana que realicemos servirá para ejercitar nuestra atención. En los adultos mayores sanos, según afirman los mismos autores, el ejercicio de la atención de manera voluntaria en las actividades que realizan, como la lectura, el cálculo, estudiar, escuchar música o realizar ejercicios físicos, son ejercicios preventivos y de mucha utilidad.

Rodríguez y Sánchez (2004), profundizan sobre este tema y hablan de la reserva cognitiva de las personas, la cual constituye un mecanismo que vincula los niveles educativos bajos de esta condición intelectual con un riesgo mayor de padecer los proceso neurodegenerativos. Vista como la habilidad del cerebro de tolerar mejor los efectos de la patología de la demencia, la reserva cognitiva puede ser el resultado de una habilidad innata o de los efectos de las experiencias vividas, tales como la educación, la ocupación laboral o el desarrollo de proyectos productivos. Ellos consideran que algunos autores sugieren el término "reserva cerebral" para hablar de características pasivas propias del individuo, tales como el tamaño del cerebro, la cantidad de neuronas o la densidad sináptica que ayudan a compensar posibles enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central. Rodríguez y Sánchez (2004) también identifican la reserva cognitiva que se relaciona con la inteligencia, lo que se podría reconocer como inteligencia emocional que se relaciona con la capacidad adaptativa, la eficiencia y la flexibilidad en la resolución de problemas a través

diferentes dominios, presentándose desde la educación y la experiencia. Para ellos, la reserva cerebral y la cognitiva interactúan entre sí, por ejemplo, una mayor reserva cognitiva, entendida como las estrategias y habilidades conseguidas gracias a un alto nivel educativo y ocupacional, contribuye con el desarrollo de un mayor número de neuronas y la densidad sináptica, por lo tanto, la hipótesis de la reserva cerebral implica que la sinergia entre ambas reservas puede proporcionar las habilidades cognitivas que permiten a algunas personas tolerar mejor que a otras los cambios patológicos que experimenta el envejecimiento del cerebro.

En relación con el papel de la educación frente al fenómeno de la longevidad, Tamer (2008) expresa su pensamiento afirmando que la educación es una base indispensable para una vida plena y activa. Advierte, además, que en la nueva sociedad basada en el conocimiento se requiere la adopción de políticas para garantizar el acceso "a" y la permanencia "en" la educación durante todo el transcurso de la vida, fundamentadas en el derecho y el compromiso de los ciudadanos. Desde su perspectiva de análisis, esta aurora considera que la educación a lo largo de la vida para todas las personas representa no solamente una estrategia para ampliar la cobertura de los servicios educativos y el tiempo de formación, sino también una nueva dimensión de la educación que nos lleva a repensar las teorías y los saberes que legitiman las prácticas educativas inclusivas y participativas como elementos esenciales del desarrollo humano.

La educación no formal es una alternativa metodológica que se viene desarrollando en el mundo desde hace ya mucho tiempo, con el propósito de servir de modalidad educativa en procesos de capacitación y educación continua para diferentes públicos y en contextos comunales e institucionales. A pesar de que el mundo moderno ha revolucionado la forma y los medios para logras esos propósitos, en concepto de educación no formal sigue vigente en sus intencionalidades esenciales, preferiblemente si se trata de aplicar a procesos educativos para poblaciones con necesidades especiales, como son las personas adultas mayores.

Hoy día no existe una diferenciación tan radical entre la educación formal y no formal, como sí existía en los años setenta, especialmente, como lo indica Zanz (2005), muchas tareas educativas consideradas en ese tiempo como no formales, están siendo desarrolladas en espacios de instituciones educativas escolarizadas y consideradas cono responsabilidad social dentro de los sistemas de educación formal. Esto sucede gracias a la apertura de las universidades y otros centros de educación superior en la atención de la demanda no satisfecha de educación para públicos específicos, como los adultos y las personas adultas mayores. El aprendizaje permanente de las personas mayores requiere que los profesionales del proceso educativo tengan al día sus conocimientos en gerontología, y mantengan actitudes positivas hacia el envejecimiento y las personas de edad avanzada. La gente de edad, incluso sin enfermedades basadas en trastornos cognitivos, no tienen otras barreras para el aprendizaje, excepto los de su propia

motivación (Escuder y Cabedo, 2013). Por lo tanto, deben de ofrecerse una gran variedad de actividades educativas para satisfacer las necesidades y expectativas de la gente mayor.

Se espera que las argumentaciones y proposiciones hechas en este último capítulo sobre la responsabilidad social por la educación y la estimulación cognitiva de las personas adultas mayores, puedan servir de base para la formulación de políticas públicas que estimulen a las universidades y las instituciones del estado con responsabilidad en la atención integral de las necesidades de las personas adultas mayores, para contribuir con la misión ética y legal de favorecer su salud, su calidad de vida y su bienestar con la justicia y la equidad que se merecen.

9.5. Reflexiones finales sobre la calidad de vida y la felicidad

El bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida es un sentimiento especial que pasa por la mente de cada uno de nosotros todos los días. Siempre estamos en la búsqueda de todo aquello que nos complace, que nos da satisfacción; es una estructura mental permanente que debemos ser capaces de construir, desarrollar y mantener a lo largo de la vida.

La calidad de vida y la felicidad son estados mentales de bienestar complementarios y absolutamente personales, lo que ambos estados significan en la vida de una persona puede ser distinto para otras personas, pero hay algo que sí es común y nos identifica como seres humanos en

torno a estos conceptos; todos queremos alcanzarlas como propósitos de nuestra vida diaria, en cada momento de nuestra existencia.

La felicidad en la vejez puede ser mucho más real, más intensa y alcanzable de lo que comúnmente las personas piensan. Pero se necesita tener una actitud positiva frente a los diversos retos que nos depara la vida; significa tener la seguridad suficiente de confiar en nosotros mismos, como arquitectos diseñadores y constructores de nuestra vida y nuestro destino.

A continuación, a todos mis amables lectores, los invito a reflexionar con profundidad y convicción los siguientes consejos y recomendaciones, recopilados con responsabilidad ética y como resultado de toda la investigación bibliográfica que respalda los contenidos de esta obra, con el propósito de que puedan vivir intensamente esta etapa crucial de nuestras vidas con calidad, calidez y felicidad.

Los mejores consejos para tener calidad de vida y ser feliz.

- Haga ejercicios físicos diariamente, por lo menos durante media hora, ya sea una caminata o haciendo diferentes ejercicios en su propia casa. Su vida se verá mejor con la energía suficiente para caminar y ser independiente. Recuerde que practicar alguna actividad física es una disciplina que trae muchos beneficios. Disminuye los niveles de colesterol, controla el sobrepeso, reduce el estrés, oxigena los tejidos y ayuda, a través del sudor, elimina toxinas. Además, ayuda a segregar endorfinas (sustancias eficaces para aliviar dolores y activar centros de placer en el cerebro).

- Ponga atención a lo que come. Destina más tiempo a cada comida y decide de manera inteligente los menús de la semana. Aliméntate balanceadamente, incluyendo frutas, verduras, legumbres, proteína y carbohidratos saludables. Anímate a preparar nuevas recetas y experimenta sabores diferentes. Aliméntese sanamente todos los días. Evite comer comidas grasosas y exceso de azúcares; además de los alimentos saludables propios de la dieta personal, consuma diariamente frutas y verduras. Beba suficiente agua para mantener hidratado su cuerpo. Con una nutrición saludable y equilibrada, tu cuerpo y tu mente funcionarán mejor.
- Evite el fumado o estar donde hay personas que fuman. El humo del cigarrillo es uno de los principales factores de riego de cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. De igual manera, evite en todo momento el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- Cumpla al pie de la letra con todas las recomendaciones de su médico sobre la dieta y el tratamiento que debe seguir para el control de algún padecimiento y el mantenimiento de la salud. Recuerde que su salud es una responsabilidad personal que nadie puede asumir de manera directa por usted.
- Evite la soledad, que es el socio número uno de la depresión. Acepte invitaciones de amigos de confianza, vecinos o parientes. Forme parte de algún grupo de adultos mayores de la comunidad y asista a sus reuniones y sus fiestas. Aproveche las oportunidades para socializar

con su entorno familiar y comunal; participe en caminatas y en actividades de ejercicio físico organizadas en su comunidad. La socialización y la recreación son variables importantes de la calidad de vida y la felicidad.

- Olvídese de las experiencias negativas y recompense su existencia con las ganancias y las cosas positivas que dichosamente le ha dado la vida, como tener su casita dónde vivir tranquilamente, disfrutar de algunas comodidades para sentirse o verse bien, o compartir de vez en cuando con sus hijos o con sus nietos y amigos.
- Si tiene la oportunidad de mantenerse parcialmente ocupado u ocupada realizando algún trabajo productivo o de ayuda a los demás, aprovéchela al máximo, la edad no es un obstáculo para realizar alguna actividad que le retribuya satisfacción propia o un sustento adicional para su calidad de vida o su felicidad. Mantener alguna actividad productiva o de ayuda a los demás también fortalece la autoestima al sentirse útil para la sociedad.
- Anímese a seguir aprendiendo cosas nuevas, en el mundo actual en el que vivimos están apareciendo más oportunidades para que los adultos mayores se incorporen a la vida social. Ejercite la memoria, manténgase activo mentalmente, aprenda un nuevo idioma, manualidades, decoración, a tocar un instrumento musical, ir a un curso de su interés y hasta realizar una carrera técnica o profesional. La estimulación cognitiva y el aprendizaje nos ayudan a ejercitar

nuestro cerebro. La edad tampoco es un obstáculo para aprender cosas nuevas que nos den como premio el reconocimiento social y una mayor satisfacción por la vida.

- Aproveche los momentos de descanso y de meditación para relajarse pensando en lo positivo de la vida, leyendo, oyendo música, escribiendo un libro o poemas, viendo la novela, películas o documentales de televisión de su preferencia.
- No deje en manos de otras personas aquellas decisiones importantes que pueden afectar directamente su calidad de vida y su felicidad, porque nadie le va a poder dar el bienestar interior que usted desea para su vida. Ser feliz no es ninguna consecuencia directa de la felicidad de otras personas ni un azar del destino, sino una conquista de amor propio para quien aprende de las lecciones que da la vida y desea viajar en su propia intimidad.
- Viva su sexualidad de manera natural sin temor al "qué dirán" por los comentarios de la gente y los prejuicios sociales; la sexualidad es un derecho humano fundamental que forma parte esencial de tu calidad de vida y tu felicidad. El amor, el deseo sexual y la sensación de felicidad son expresiones genuinas de nuestro pensamiento universal como seres humanos.
- Viva su propia vida espiritual como le parezca más conveniente y satisfactoria para sus necesidades personales, de acuerdo con su esquema de valores y su manera de pensar y de sentir sobre las cosas

divinas. La espiritualidad es también una expresión existencial de nuestro pensamiento que se acentúa en la edad adulta mayor.

- Refuerce los momentos y las experiencias positivas, integre los momentos de felicidad y de satisfacción personal en su manera de ver la vida, hable de esas experiencias con las personas de su confianza. Cultive en todo momento la risa y el humor que ayudan al cerebro, porque producen alegría, felicidad y disminuyen la sensación de estrés y de nostalgia.
- Manténgase informado de lo que pasa en el país y en su comunidad; vea solo las noticias que le interesan, lea el periódico, haga lectura de los libros o las revistas que más le gustan. La lectura y la adquisición de nueva información sobre el acontecer de entorno social también ayudan a estimular y ejercitar nuestro cerebro.
- Haga uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación; utilice el celular y la Internet para aprender cosas nuevas que son de su interés y comunicarse con sus amigos y sus seres queridos. Las nuevas tecnologías de información y comunicación han abierto nuevas oportunidades para que las personas adultas mayores aprendan y se comuniquen con sus amigos, hijos y nietos, no importa dónde se encuentren.
- Hasta aquí los principales aportes de este servidor al pensamiento y la reflexión crítica y constructiva sobre calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor. A continuación, dejo en manos de los lectores

mensajes que reconfortarán el alma y harán vibrar el corazón, creación de dos trascendentales pensadores que con su forma universal de ver el mundo han inspirado esta obra, hecha con el fervor y el espíritu de servicio a los demás, en la promoción del bienestar y la felicidad como proyecto de vida en el largo plazo.

Mensajes finales selectos

¿Que cuántos años tengo?



José Saramago

¿Que cuántos años tengo?

¡Qué importa eso!

Tengo la edad que quiero y siento. La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso. Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso, o lo desconocido. Porque tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la

convicción de mis deseos.

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

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

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

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

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

O, estás muy viejo, ya no podrás.

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

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

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

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

¡Qué importa si cumplo veinte, sesenta, setenta o más!

Lo que importa es la edad que siento.

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

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

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

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

Qué importa cuántos años tengo o cuántos espero, si con los años que tengo, ¡¡aprendí a querer lo necesario y a tomar, sólo lo bueno!!

Ser feliz



Papa Francisco

"Puedes tener defectos, estar ansioso y vivir irritado algunas veces, pero no te olvides que tu vida es la mayor empresa del mundo.
Sólo tú puedes evitar que ella vaya en decadencia.
Hay muchos que te aprecian, admiran y te quieren.

Me gustaría que recordaras que ser feliz, no es tener un cielo sin tempestades, camino sin accidentes, trabajos sin cansancio, relaciones sin decepciones.

Ser feliz es encontrar fuerza en el perdón, esperanza en las batallas, seguridad en el palco del miedo, amor en los desencuentros.

Ser feliz no es sólo valorizar la sonrisa, sino también reflexionar sobre la tristeza.
No es apenas conmemorar el éxito, sino aprender lecciones en los fracasos. No es apenas tener alegría con los aplausos, sino tener alegría en el anonimato.

Ser feliz es reconocer que vale la pena vivir la vida, a pesar de todos los desafíos, incomprensiones, y períodos de crisis.

Ser feliz no es una fatalidad del destino, sino una conquista para quien sabe viajar para adentro de su propio ser.

Ser feliz es dejar de ser víctima de los problemas y volverse actor de la propia historia.
Es atravesar desiertos fuera de sí, mas ser capaz de encontrar un oasis en lo recóndito de nuestra alma. Es agradecer a Dios cada mañana por el milagro de la vida.

Ser feliz es no tener miedo de los propios sentimientos.
Es saber hablar de sí mismo.
Es tener coraje para oír un "no".

Es tener seguridad para recibir una crítica, aunque sea injusta.
Es besar a los hijos, mimar a los padres, tener momentos poéticos con los amigos, aunque ellos nos hieran.

Ser feliz es dejar vivir a la criatura libre, alegre y simple, que vive dentro de cada uno de nosotros.
Es tener madurez para decir 'me equivoqué'.
Es tener la osadía para decir 'perdóname'.
Es tener sensibilidad para expresar 'te necesito'.
Es tener capacidad de decir 'te amo'.

Que tu vida se vuelva un jardín de oportunidades para ser feliz...

Que en tus primaveras seas amante de la alegría.

Que en tus inviernos seas amigo de la sabiduría.

Y que cuando te equivoques en el camino, comiences todo de nuevo.

Pues así serás más apasionado por la vida.

Y descubrirás que ser feliz no es tener una vida perfecta, sino usar las lágrimas para regar la tolerancia.

Usar las pérdidas para refinar la paciencia.
Usar las fallas para esculpir la serenidad.

Usar el dolor para lapidar el placer.
Usar los obstáculos para abrir las ventanas de la inteligencia.

Jamás desistas...
Jamás desistas de las personas que amas.
Jamás desistas de ser feliz, pues la vida es un espectáculo imperdible."

Referencias bibliográficas

Acevedo, V., Estrada, J., Gallego, C., Gaviria, C.M. y Restrepo, M. (2010). Efectos de la terapia de la risa en la enfermedad. Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia. Consultado el 27/12/2015.Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/884/2/TESIS_FINAL_PARA_PRESENTAR%5B1%5D.pdf

Acosta, C. I. (2011). El sentido de la vida humana en adultos mayores. Departamento de teoría de la Educación y Pedagogía Social, Facultad de Educación, Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica. Consultado el 01/03/2015. Disponible en: http://www.uned.es/master-mayores/TESIS/TESIS_CILIA_25_Enero_2011[1].pdf

Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. Ageing Soc. 2011; 31 (4):683-712. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2525097&pid=S1134-928X201600030000400018&lng=es

Altman J, Das GD. (1965). Autoradiographic and histological evidence of postnatal hippocampal neurogenesis in rats. J Comp Neurol 1965; 124:319-35.

Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2):57-62. Consultado el 17/07/2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf

Alvarado X., Toffoletto, M. C., Oyanedel, J. C., Vargas, S., Reynaldos, K. L. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. Consultado el 09/08/2021. Disponible en: https://www.scielo.br/j/tce/a/Jj9t58BS4WsC9QHGPZh8dnB/?lang=es&format=pdf

Amador, j. A., (2010). Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, España. Consultado el 17/02/2015. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf

American Heart Association Nutrition Committee (2014). Diet and lifestyle recommendations revision 2014: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Disponible en: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/PreventionTreatmentofHighCholesterol/Know-Your-Fats_UCM_305628_Article.jsp#.V9GU9Sb6vrc

Alonso, Palacio y otros. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana Salud Pública, 33(1).

Alzheimer's Disease Internacional (2015). Informe Mundial sobre Alzheimer 2015: El impacto mundial de la demencia; un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias. Consultado el 28/09/2016.

Disponible en: https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf

American Society for Reproductive Medicine (2013). Edad y fertilidad. Una guía para pacientes. Consultado el: 06/10/2016. Disponible en: https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf

Angulo, J. (2017). Investigación muestra cómo el ejercicio físico afecta el metabolismo cerebral en adultos mayores. Consultado el 31/07/2017. Disponible en: https://www.tekcrispy.com/2017/07/21/ejercicio-fisico-adultos-mayores/

Anstey, K. y Christensen, H. (2000). Education, Activity, Health, Blood Pressure and Apolipoprotein-E as Predictors of Cognitive Change in Old Age: A Review. Gerontology, 46(3), 163-177. doi: 10.1159/000022153

Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu vol.13 no.2 La Paz ago. 2015Universidad Católica Boliviana "San Pablo" La Paz-Bolivia. Consultado el 07/08/2021. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003

Ardila, R. (2010). Reseña de "Psicología de la Felicidad. Introducción a la psicología positiva". Revista Latinoamericana de Psicología, 42(3), 504-505.

Arechabala, C. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. Revista Biomédica Medwave, 2007 May; 7(4):e2738 doi. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Consultado el 17/11/2014. Disponible: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738

Arias- Carrión y otros (2007). Neurogénesis en el cerebro adulto. Revista de Neurología 2007; 44 (9): 541-550 54. Departamento de Neurociencias. Instituto de Fisiología Celular, Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado el 27/09/2016. Disponible en: http://www.neurologia.com/pdf/Web/4409/x090541.pdf

Arias (2009). Envejecimiento y vida cotidiana. I Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Buenos Aires, Argentina. Consultado el 10/02/2015. Disponible en: http://uv3144.us76.toservers.com/wpcontent/uploads/aspectospositivos1.pdf

Arias Jiménez, M. S. y Gutiérrez Soto, Y. (2020). Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. Población y Salud en Mesoamérica, 17(2). Doi: https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39979. Consultado el 23/06/2021. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v17n2/1659-0201-psm-17-02-255.pdf

Arita, B.Y. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones del estudio de la calidad de vida. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 014, 73-79.

Arnold, M. y otros. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. Última década, 15 (2).

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1999). Ley integral para la persona adulta mayor. San José, Costa Rica. Consultado el 04/12/2014. Disponible en: https://www.cnfl.go.cr/pdf/ACCESIILIDAD%20PORTAL%20CNFL/ANEXO%203.%20MATERIAL%20DE%20CONSULTA/Ley%207935%20Adulto%20Mayor.pdf

Asociación Gerontológica Costarricense ACOGE (2011). Mitos Sobre la Sexualidad de Las Personas Adultas Mayores. Gacetilla Informativa n° 25, 2011. San José, Costa Rica.

Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M. Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group. (2002). Effects of Cognitive Training Interventions with Older Adults. A Randomized Controlled Trial [Efectos de las intervenciones cognitivas de capacitación con los adultos mayores. Un ensayo controlado aleatorio]. The Journal of American Medical Association, 288(18), 2271-2281. Recuperado de http://www.uwpsychiatry.org/sls/effects_of_cog_training_02.pdf

Ballesteros, A. y Ares, A.RES, A. (2003). Déficit nutricionales carenciales. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de León. León. España. Consultado el 30/06/2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092204746082

Ballesteros, S. (2002). Memoria semántica, memoria autobiográfica, memoria prospectiva, Meta memoria y falsas memorias. En: Aprendizaje y Memoria en la Vejez. Ballesteros S, Montejo P, Montenegro M. y cols. Madrid: UNED Ediciones.

Baster, J.C. (2011). Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. Revista Cubana de Salud Pública, 2011. Consultado el 25/09/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004

Basurto, M. T. y Zambrano, H. J. (2020). La neurociencia y su influencia en el proceso de enseñanza- aprendizaje en la educación secundaria. Contribuciones a las Ciencias

Sociales, ISSN-e 1988-7833, Nº. 65 (Marzo), 2020. Consultado el 23/06/2021. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7760468

Bayego, E. S., Vila, G. S., y Martínez, I. S. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. Medicina clínica, 138(1), 18-24.

Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Lourdes, A., Aguilar-Vázquez, S., Palma, L. y Díaz-Cintra S. (2011). Bases microbiológicas del envejecimiento neuronal. Revista Digital Universitaria, 1 de marzo 2011, volumen 12, número 3, Instituto de Neurobiología (INB)-UNAM.

Benites, M. y Domínguez, A. (2010). El bienestar subjetivo desde el proceso de longevidad satisfactoria. Un reto en la educación del adulto mayor. Euned.Net, Contribución a las Ciencias sociales, Universidad de Málaga, España.

Bergado-Rosado, J., & Almaguer-Melian, W. (2000). Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. Revista "eurología, 31, 1074-1095.

Besdine, R. W. (2019). Cambios corporales relacionados con el envejecimiento. Medical School of Brown University. Consultado el 17/07/2021. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-cr/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2021). Trastornos autoinmunitarios. MedlinePlus. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000816.htm

Breisch ST, Zemlan FP, Hoebel BG. Hyperphagia and obesity following serotonin depletion by intraventricular p-chlorophenylalanine. Science 1976; 192:382–385.

Bolaños, M. y Guzmán, F. H. (2015). Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Año 2015 Vol. 5 No. IV.

Borges García, Nubia Angélica; Castro Uribe, Monserrat Emilia; Cetina Martínez, Cinthya Lorena; Cruz Alcocer, Beatriz Nohemí; de los Reyes Solís, Mariana Guadalupe; Novelo Cruz, Jessica Yaneliz EL CONCEPTO DE FELICIDAD EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE LA CIUDAD DE MÉRIDA, YUCATÁN Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 21, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016, pp. 282-290 Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México

Brand, E. J., Mierson, R., Perraillon, M. C. (2017). Admisiones hospitalarias para infarto de miocardio y accidente cerebrovascular antes y después de las restricciones de ácidos grasos trans en Nueva York. JAMA Cardiol. Published online April 12, 2017.

doi:10.1001/jamacardio.2017.0491 Publicado en línea el 12 de abril de 2017. doi: 10.1001 / jamacardio.2017.0491.

Bravo, M. E. y Lamus, T. M. (2020). Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 6, núm. 1, Enero-Marzo 2020, pp. 215-235. Consultado el 22/06/2021. Disponible en: file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/Dialnet-RepresentacionesSocialesSobreElEnvejecimientoYLaAt-7539766.pdf

Buettner, D. (2016). El secreto de las zonas azules. Come y vive como la gente más saludable en el planeta. Editorial Amazon, Consultado el 17/04/2019. Disponible en: https://www.amazon.es/Secreto-Las-Zonas-Azules-Saludable/dp/1101973897/ref=pd_lpo_sbs_14_img_0/261-8620859-6840134?_encoding=UTF8&psc=1&refRID=CHC0RFP746CFBH56SWQN

Cadena Arias AM, Tafur Arévalo BM. Relación entre el funcionamiento cognitivo, afectivo y la funcionalidad de los adultos mayores residentes en el Hogar Geriátrico Atardecer Sereno Universidad Cooperativa de Colombia; 2017. Consultado el 17/0772021. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10359/1/2017_cognitivo_afectivo_adultos.pdf

Calero. (2003). La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. Revista Geriatrika; 38(6): 305-307.

Canchola-Martínez E. (2010). Plasticidad cerebral y aprendizaje. [Monografía en internet]. [Citado el 24 de enero de 2010] Disponible en: http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=431&Itemid=46

Cárdenas-Jiménez, A. y López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Revista de Salud Pública vol.13, no.3, May/June 201, Bogota, Colombia.

Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas. Humor positivo. Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, volumen XXVII, n°1, pp. 18-30. España.

Carrillo, M. A., León, M. y Calderón, O. (2013). Percepción de la persona adulta mayor sobre sí misma y su situación. Un estudio desde el enfoque de derechos. Instituto de Estudios sociales en Población - Centro de Estudios generales de la UNA. San José, Costa Rica. Consultado el 06/01/2016. Disponible:http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7344/8Persona%20Adulta%20Mayor%20Un%20estudio%20desde%20el%20enfoque%20de%20derechos.pdf?sequence=1

Carbajal, A. (2000). Editado por la Academia Española de Gastronomía Editorial Barcelona (2000). (ISBN: 84-666-00-63-9). Importancia del agua en las personas mayores Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid.

Cataño, G. L. Percepción De La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Del Centro Geriátrico Sagrado Corazón De Jesús en el Municipio de Copacabana. Consultado el 07/08/2021. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/4157/TP_CatanoGilma_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Calvo, R. (2017). Consumo de grasas en la etapa adulta mayor y su relación con el estado de salud. Consultado el 28/06/2021. Disponible en: https://verdeza.com/2017/08/03/consumo-de-grasas-en-la-etapa-adulta-mayor-y-su-relacion-con-el-estado-de-salud/

Castillo, L., Martínez, B., García, S. y otros (2007). ¿Es posible la autorregeneración neuronal? Una perspectiva en el uso de las células progenitoras (stem cells). La nueva medicina restaurativa. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 12, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 13-24 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México, México. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/473/47311505009.pdf

Cedeño, T.,Cortés,P. Vergara, A. (2006). Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. Programa de diplomado en salud pública y salud familiar. Universidad Austral de Chile.

Cerón, M. I., Fernández, B. F., Sánchez, A., Riego, N. A. y Enríquez, C. B. (2013). Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. Revista Electrónica Portales Médicos. Facultad de Enfermería, de la Universidad Veracruzana. México. Consultado el 07/01/2016. Disponible en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-adulto-mayor-calidad-de-vida/

Comachione, M.A. (2003). Psicología evolutiva de la vejez.p.110. Consultado el 31/06/2021.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2008). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Separata Unidad. Santiago Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Naciones Unidas, Santiago de Chile. Consultado el 04/12/ 2014. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/4/43684/Modulo_2.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2013). Los derechos de las personas mayores. Consultado el 23/05/2018. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Desafíos en la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19. Consultado el 05/07/2021. Disponible en: https://www.cepal.org/es/enfoques/desafios-la-proteccion-personas-mayores-sus-derechos-frente-la-pandemia-covid-19

Coronado, M.,Vega, H. Gutiérrez, L. R., Vázquez, M. y F. Radilla. C. (2015). Antioxidantes: perspectiva actual para la salud humana Antioxidants: present perspective for the human health. Rev Chil Nutr Vol. 42, Nº2, Junio 2015.

Corporación Universitaria Minuto de Dios, 2017). Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología. Consultado el 08/08/2021. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6028/TG%20Avance%207_25-10-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cruz, A.J. y Cortés J. (2007). La función sexual. En: Ribera Casado JM. Cruz Jentoft AJ (eds). Geriatría. Idepsa, Madrid, España.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. Revista de Psicología, vol. 12, número 001, pp. 83-96. Universidad de Chile.

Danzl MM, Etter NM, Andreatta RD, Kitzman PHç. (2012). Facilitating neurorehabilitation through principles of engagement. J Allied Health. Spring; 41(1):35-41.

Deeg, D. and Van Zonneveld, R. (s, f,) ¿Alarga la vida la felicidad? La predicción de la longevidad en los mayores. Consultado el 17/12/2014. Disponible en: http://www.fun-humanismciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad01.htm

Denis, C. J. y Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. Revista diálogos Vol. 4 No. 2 Julio 2014 ISSN: 1852-8481 75. Revista diálogos Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas Vol. 4 Nro. 2Julio 2014 pp. 75-82. Consultado el 27/06/2021. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/22892/CONICET_Digital_Nro.36b659be-9e1a-464e-ba4e-1298f36d69d1_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Díaz, U., Buiza, C. y Yanguas, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. Revista Española de Geriatría y Gerontología Vol. 45. Núm. 3. Págs. 150-155 (Mayo - Junio 2010). Departamento de I+D, Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), San Sebastián, Guipúzcoa, España

Diez, L. (2016). Musicoterapia: relentiza el Alzhéimer y calma el Parkinson. Wu Medical Center. Consultado el 27/06/2016. Disponible en: http://www.elmundo.es/vida-sana/bienestar/2016/06/21/5767df2622601d71338b456e.html

Diener, F. (1995) De la felicidad al bienestar subjetivo. En: http://www.apfem.com/articulodelmes/08-05-Aprendizaje%20y%20Neurociencia_Revista%20de%20Neurologia.pdf. (Consulta: enero 2012).

Durán, D. M.; Valderrama, L. J.; Uribe, A. F. y Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Consultado el 28/09/2016. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N0118.PDF

EFSA (2010. Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. EFSA Journal 2010; 8(3):1459. [48 pp.]. doi:10.2903/j.efsa.2010.1459. Consultado el 04/10/2016. Disponible en:www.efsa.europa.eu

Ellinson, C. (1983). Spiritual well-bein: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology, 11, 330-340.

Erickson, K. I., Raji, C. A., López, O. L., Becker, J. T. Rosano, C., Newman, A. B., … Kuller, L. H. (2010). Physical Activity Predicts Gray Matter Volume in Late Adulthood: The Cardiovascular Health Study. Neurology, 75(16), 1415-1422.

Eriksson PS, Perfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn AM, Nordborg C, Peterson DA, et al. (1998). Neurogenesis in the adult human hippocampus. Nat Med 1998; 4: 1313-7.

Escuder,P. y Cabedo, S. (2013). Educación y calidad de vida en personas mayores. Universitat Jaume I. Consultado el 16/08/2021. Disponible en: http://www.edusenior.eu/data/outcomes/wp5/EduSenior-guide-ES.pdf

Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. En K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1: Context, theory, and research) (pp. 459-475). Washington, DC: American Psychological Association.

Exline, J. J., & Rose, E. D. (2013). Religious and spiritual struggles. En R. F. Paloutzian & C. L Park (Eds.), Handbook of the psychology of religion and spirituality (2nd ed.; pp. 380-398). New York: Guilford Press.

Facal, D. (2008). El fenómeno de la punta de la lengua en la vejez. Influencia del vocabulario, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Universidade de Santiago de Compostela, España. Consultado el 19/06/2021. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=107248

Fernández, R. (2000) Educando emociones. México, D.F.: Editorial Paidós.

Fernández, D. M. R. (2009). Construyendo nuestra felicidad para ayudar a construirla. Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, vol. 23, n° 3, diciembre, 2009, Universidad de Zaragoza, España.

Fernández-López y otros (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) Revista Española de Salud Pública v.84 n.2, mar.-abr. 2010, Madrid, España. Consultado el 23/01/2015. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci_arttext

Fernández, R. y Flores, J. (2021). La memoria: bases fundamentales. DownCiclopeia, Fundación Iberoamericana Doen2. Consultado el 20/06/2921. Disponible en: https://www.downciclopedia.org/neurobiologia/la-memoria-bases-fundamentales.html

Fernández-López y otros (2010). Revista Española de Salud Pública v.84 n.2 Madrid mar.-abr. 2010. España.

Franco-Martín, M., Parra-Vidales, E., González-Palau, F., Bernate-Navarro, M., & Solis, A. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. Rev Neurol, 56(11), 545-554.

Figueroa, C. S. (2016). Memoria episódica, inteligencia fluida y funcionalidad en adultos mayores. Revista Areté vol. 16 número 2. 2016. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://arete.ibero.edu.co/article/view/16203

Formación Alzheimer (2015). Plasticidad cerebral y su desarrollo en las personas mayores. Consultado el 25/06/2021. Disponible en: https://www.formacion-alzheimer.es/index.php/blog/item/96-plasticidad-cerebral-y-su-desarrollo-en-las-personas-mayores/96-plasticidad-cerebral-y-su-desarrollo-en-las-personas-mayores.html

Formosa, M. (2000). "Older Adult Education in a Maltese University of the Third Age: a critical perspective". Education and ageing, 15 (3) En: http://www.uni-ulm.de/LiLL/5.0/aufsaetze/MFormosa/MFormosa-Critical_U3A.pdf. (Consulta: enero 2012)

Franco Martín, M., Criado del Valle C. (2002). Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) Madrid, España.

Franco, P. y Sánchez, A. (2002). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. Universidad Pontificia de Salamanca, España. Consultado el 17/02/2015. Disponible en: http://www.forodeeducacion.com/numero10/022.pdf

Franco-Martín M., Parra-Vidales E., González-Palau F., Bernate-Navarro M. y Solis, A.(2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas

mayores: revisión sistemática. Revista de Neurología 2013; 56: 545-54, Fundación INTRAS, Valladolid, España. Consultado el23 /12/2015. Disponible en: http://www.neurologia.com/pdf/web/5611/bj110545.pdf

Freire, C. y Ferradás, M. M. (2019). Relación entre percepción de dominio del ambiente y autoeficacia en estudiantes universitarios. Revista INFAD de psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology. VOL. 5 NÚM. 1 (2019): Salud, Psicología y Educación. Consultado el 09/08/2021. Disponible en: https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1613

Ford, A. L. y Dahl, W. J. (2018). La proteína y el adulto mayor. Universidad de Florida. FSHN18-5 doi.org/10.32473/edis-fs308-2018. Consultado el 29/06/2021. Disponible en: pdf\FS\FS308\FS308-Drzkcvt0bu.pdf (ufl.edu)

Gallardo, L., Conde, D. y Córdova, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos vol.27 no.3 Barcelona sep. 2016. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: ttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004

García Simón, T. A. (2007). La educación del adulto mayor: Antecedentes y perspectivas. Revista PsicologiaCientifica.com, 9 (41).

En:http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-279-1-la-educacion-de-adulto-mayor-antecedentes-y-perspectivas.html.

García, C.R. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral; 16(6):586-92. En: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.htm. (Consulta: enero 2012)

García, J. (2021). Tipos de neurotransmisores: funciones y clasificación. Revista Psicología y Mente. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: https://psicologiaymente.com/neurociencias/tipos-neurotransmisores-funciones

Garcés-Vieira MV, Suárez-Escudero JC. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. Rev CES Med; 28(1): 119-132.

Garibotto, V., Borroni, B., Kalbe, E., Herholz, K., Salmon, E., Holtoff, V., … Perani, D. (2008). Education and Occupation as Proxies for Reserve in Amnestyc mild Cognitive Impairment Converters and Alzheimer Disease: FDG-PET Evidence [Educación y ocupación como sustitutos de la reserva cognitica en amnésicos leves y de la enfermedad de Alzheimer: Evidencia FDG-PET]. Neurology, 71(17), 1342-1349.

Gil, P., Ramos, P., Cuesta F., Mañas, M. C. Cuenllas, A. y Carmona, I. (2013). Nutrición en el anciano. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Gergen, K. y Gergen, M. (2013). El envejecimiento y la autorrealización. Red Latinoamericana de Gerontología. Boletín del Envejecimiento Positivo N° 69
Septiembre - Octubre 2013. Consultado el 07/08/2021. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2889

Gobierno de Chile (2012). Política Nacional para el Adulto Mayor. Comité Nacional para el Adulto Mayor. Consultado el 29/05/2016. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/agenda/1/10761/polNac_chile.pdf

Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M. L., Pérez, Araque y Godoy, J. F. (2012). Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-Institutionalised Adults
Journal of Happiness Studies 2012
DOI: 10.1007/s10902-012-9335-5. Universidad de Granada, España. Consultado el 03/01/2016. Disponible en: http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-canal-ugr/un-estudio-confirma-que-las-personas-mayores-son-mas-felices-cuando-lo-han-sido-de-jovenes#.VolYCMtIjEY

Gómez, M. (2008). El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de español como lengua extranjera. Los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio. Universidad Antonio de Nebrija. Consultado el 28/12/2016. Disponible en: http://www.mecd.gob.es/dctm/redele/Material-RedEle/Biblioteca/2009_BV_10/2009_BV_10_13Gomez_Bedoya.pdf?documentId=0901e72b80e1ffb1

Gómez, I. P., Cantillo, D., Coronado, M., López, A. y Vergara, Y. (2016). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. Revista de Investigción y Educación en Enfermería vol.34 no.2 Medellín June 2016. Consultado el 04/07/2021. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000200002&script=sci_arttext&tlng=es

González de Gago (2010). Teorías del envejecimiento. Revista Tribuna del investigador, volumen 11, n° 1-2, 4, 2010. Caracas, Venezuela. Consultado el 16/11/2014. Disponible en: http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/?i=art12

González, M., Márquez, I. y Leyva, O. A. (2019). Bienestar subjetivo en adultos y adultas mayores: un enfoque desde el círculo de abuelos. OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma. Vol.16 No.54, enero-marzo 2019. ISSN: 1817- 9088. RNPS: 2067. Consultado el 08/08/2021. Disponible en: file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/Dialnet-BienestarSubjetivoEnAdultosYAdultasMayores-7000701.pdf

González-Rivera, J. A. (2016b). Relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en una muestra de adultos puertorriqueños de ambos géneros (Disertación doctoral inédita). Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.

Gramunt, N. (2010). Vive el envejecimiento activo. Fundación “la Caixa”, Instituto de Sociología y Psicología Aplicadas, Barcelona, España.

Granjean, A. C. y Campbell, S. M. (2010). Hidratación: líquidos para la vida. Monografía de Life Sciences Institute México/Norteamérica. Consultado el 04/10/2016. Disponible en: http://www.slan.org.ve/publicaciones/monografias/descargas/Monograf%C3%ADa%20ILSI.%20Hidrataci%C3%B3n.pdf

Guerrero, R. F., De Oliva, T. M., Do Prado, M.L. y Galindo, J. A. (2019). Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. Revista Brasileña de Enfermería. 72 (suppl 2) Nov 2019 • https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840

Guijarro A. (2001). El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI. Grupo Editorial Universitario. Granada.

Guillén. F., Castro, J. J. y Guillén M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. Revista de Psicología del Deporte, 6(2).

Gutiérrez, P., Jimémez, M. J. y Galindo, J. A. (2017). Evidencias del uso de la musicoterapia y la memoria del adulto mayor. Enf Neurol Vol.16. No. 1 enero - abril 2017. Consultado el 27/06/2021. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1034786/evidencias-del-uso.pdf

Giusti, L. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Editorial Psicoeducativa.

Hamalainen, J., Kaprio, J., Isometsa, E., Heikkinen, M., Poikolainen, K., Lindeman, S. y otros (2001). Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. J Epidemiol Community Health 2001; 55 (8):573-6.

Helmen,T. L., Barrett, E., Holmen, J. y Bjemer, L. (2000). Adolescent occasional smokers a target group for smoking cessation. Prey Med 2000; 31(6): 682-90.

Herrera, A. y Gusmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 23, Issue 1, January 2012, Pages 65-76. Consultado el 23/06/2021. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702754

Herrera, A. (2003). Sexualidad en la Vejez: ¿Mito o realidad? Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.68 (2) pp.150-162.

Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.40 supl.1 Santiago oct. 2002. Consultado el 05/07/2021. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500003&script=sci_arttext

Howland, R. (2014). Vitamin D and the risk of dementia and Alzheimer disease. American Academic of Neurology, Neurology Journal, Oxford University, England.

Howard Gardner (2005). Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica. Editorial Paidos Ibérica, España.

Huenchuan, S. (2011). Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. CEPAL: Materiales de estudio y divulgación. Naciones Unidas, Santiago de Chile. Consultado el 21/12/2015. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

Hull, E.M., Lorrain, D.S., Du, J., Matuszewich, L. et al. (1999). Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior. Behav Brain Res 1999; 105:105–116.

Infac (2013). Disfunción sexual por fármacos. Boletín Infac, vol. 21, n° 8, 2013. Consultado el 05/10/2016. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_8.pdf

INEGI (2014) Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Aguas Calientes, México. Consultado el 17/03/2015.

Disponible en: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf

Instituto Nacional sobre Envejecimiento (2016). La mala memoria: reconozca cuándo debe pedir ayuda. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Consultado el 19/10/2016. Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/mala-memoria

Imserso & Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2010) Documento de trabajo para el Libro Blanco del Envejecimiento activo: temas para el debate. Madrid.

Inostrosa, X. (2012). Cuidados nutricionales del adulto mayor. Clínica Santa María, Providencia, Santiago de Chile. Consultado el 22/03/2015.Disponible:http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra.asp?new=71

Izal, M & Montorio, I. (1993). Determinantes del Bienestar Psicológico en la Vejez. Revista Argentina de Clínica Psicológica II, 147-159.

Jacobs BL, Azmitia EC. Structure and function of the brain serotonin system. Physiological Reviews 1992; 72:165–229.

Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Consultado el 10/12/2014. Disponible en: http://www.feafes.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf

Jara, R. Efectos del ejercicio en adultos mayores. Sección Geriatría, Depto. Medicina, HCUCH. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2015; 26: 293 – 9. Consultado el 03/07/2021. Disponible en: https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Efectos-del-ejercicio-en-adultos-mayores.pdf

Jaramillo, J. J. (2013). Metabolismo cerebral. Anestesiología en neurocirugía. Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp. S183-S185. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131ar.pdf

Jenike, M.A., Rauch, S.L., Cummings, J.L, Savage, C.R. et al. (1996). Recent developments in neurobiology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1996; 57:492–503.

Jiménez Oviedo, Yeimi; Núñez, Miriam; Coto Vega, Edwin La actividad física para el adulto mayor en el medio natural InterSedes: Revista de las Sedes Regionales, vol. XIV, núm. 27, 2013, pp. 168-181 Universidad de Costa Rica Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro, Costa Rica

Justel, N. y Diaz, V. (2012). Plasticidad cerebral: participación del entrenamiento musical. Suma Psicológica, vol. 19, núm. 2, diciembre, 2012, pp. 97-108. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Consultado el 25/03/2016. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1342/134225567007.pdf

Kendler, K.S., Gardner, C.O., Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006;163 (1):115-24.

Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196(5), 349-355. doi:10.1097/NMD.0b013e31816ff796

Kolb, B. y Gibb, R. (2010). Bain plasticity and behavior in the development brain. Jurnal The Canadian Academy of child and Adolescent Psychiatry. Nov. 2011; 20(4): 265-276. Consultado el 307/11/2014. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222570/

Kolb, B., Mohamed, A., & Gibb, R., (2010). La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en el cerebro normal y en el dañado, Revista de Trastornos de la Comunicación (2010), doi: 10.1016/j.jcomdis.2011.04 0.007

Krmpotic, C. S. (2016). La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. Exploraciones conceptuales de una investigación en curso. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina, Argentina. Consultado el 03/07/2021. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/148/14849184006/html/

Kremer, A., Loss, B.G., Velden, O., Winkelnoff, A. J., Croandijk, J. y Bulthuis, H. M. et al. (2000). Pecto estreptococus micros smooth and rough genotypes in perodontis and gingivitis. J Periodontal 2000; 71(2): 209-18.

La Nación (2015). Yoga ayuda al corazón tanto como el ejercicio aeróbico. Aldea Global, periódico La Nación, pág. 17 A, 3 de enero/ 2015, San José, Costa Rica.

La Nación (2014). Sentirse varios años más joven le podría alargar la vida. Sección 18 A: Aldea Global, Periódico La Nación, 17 de diciembre del 2014, San José, Costa Rica.

La Nación (2015).Optimistas tienen un corazón más sano. Pág. 21 A: Aldea Global, Periódico La Nación, 19 de enero del 2015, San José, Costa Rica.

La Nación (2015).La depresión puede ser la antesala de la pérdida de memoria. Pág. 19 A: Aldea Global, Periódico La Nación, 25 de enero del 2015, San José, Costa Rica.

La Nación (2016). Novel de Medicina premia el "autorreciclaje" de las células. p.13 A, Sección Aldea Global, Periodico La Nación, 4 de octubre del 2016, , San José, Costa Rica.

Laaksnen, D. F., Nuutinen, J., Rissanen, A. y Niskanen, L. A. (2003). Changes in abdominal subcutaneous fat water content with rapid weight loss and long-term weight maintenance in abdominally obese men and women. International Journal of Obesity; 27:677-683.

Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. Revista Cubana de Enfermería 2013; 29(3):223-232, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

Lenoir, F. (2005). La metamorfosis de Dios: la nueva espiritualidad occidental. Madrid: Alianza Editorial.

Legros, J. J., Schleich, F. y Bruwier, M. (2007). El envejecimiento del sistema endocrino. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Lewis JP. Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. Gerontologist. 2011; 51(4):540-9. Consultado el 18/97/2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2525099&pid=S1134-928X201600030000400019&lng=es

Lichtenstein, A. (2013). Confusión mental en personas mayores. Facultad de Medicina, Universidad de Sao Paulo, Brasil. Consultado el 21/03/2015. Disponible: http://www.olimpiocotillo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1966

Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Revista Aula Abierta Volumen 47, número 1, enero-marzo, 2018/págs. 45-54 Universidad Complutense de Madrid, España. Consultado el 22/06/2021. Disponible en: file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/Dialnet-EnvejecimientoActivo-6292831.pdf

León, O. y Portell, M. Reseña de "678 monjas y un científico" de David Snowdon Psicothema, vol. 15, núm. 3, 2003, p. 501 Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

León, D., Roja, M. y Campos, F. (2011). Guía calidad de vida en la vejez: herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

León, D., Rojas, M. y Campos, F. (2011). Guía calidad de vida en la vejez. Vicerrectoría de Comunicación y Educación Continua, Programa Adulto Mayor, Centro de Geriatría y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 08/10/1016. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Luc, J. C. (2017). NUTRIM Escuela de Nutrición, Toxicología y Metabolismo Universidad de Maastricht, Holanda. Consultado el 29706/2021. Disponible en: vanloon_sse_160_esp.pdf (gssiweb.org)

Luna, B. y Pinto, J.A. (2021). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y sus efectos sobre la salud. CONSEJERIA DE SANIDAD Dirección General de Salud Pública Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Comunidad de Madrid. Consultado el 16/08/2021. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf

Lyubomirsky, S. (2008). The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want. New York: Penguin Press.

Llanes, C. (2008). Los factores más probables de longevidad. Reflexiones sobre el tema. Revista Cubana Enfermería, v.24 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2008, Cuba.

Machado, S. y otros. (2008). Aprendizaje y memoria implícita: mecanismos y neuroplasticidad. Revista Neurológica. Instituto de Cartografía Cerebral e Integración Sensomotora. Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

Machuca, J. (2002). Resiliencia, una aproximación a la capacidad humana para afrontar la adversidad [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Madhav Goyal (2014). Meditation for Anxiety and Depression? Division of General Internal Medicine, School of Medicine, Johns Hopkins University. Consultado el: 05/01/2015. Disponible: http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/meditation_for_anxiety_and_depression

Mahan, K. y Escott, S. (2001). Nutrición y Dietoterapia de Krause.10 Ed.Mc Graw Hill,Mexico DF. Pág.1233-1235.2001. Consultado el 29/06/2021. Disponible en: SciELO Costa Rica - www.scielo.sa.cr

Maldonado, O., Nahúm, E., Bernabé, M. R., Ceballos, G. M. y Méndez, E. (2010). Radicales libres y su papel en las enfermedades crónico-degenerativas. Facultad de Ciencias Químicas,

Universidad Veracruzana, México. Consultado el 25/09/2017. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv102e.pdf

Manzano, R., Rebustillo, R. M., Almeida, A. K., Albi, L. Y. y Benítez, Z. (2018). La neuroplasticidad, una ventana de oportunidades para los pacientes autistas. Revista Morfovirtual 2018. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: http://www.morfovirtual2018.sld.cu/index.php/morfovirtual/2018/paper/view/287/482

Marcos, E. y Quianella, M. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. Rev Ciencias Médicas vol.23 no.4 Pinar del Río jul.-ago. 2019 Epub 05-Oct-2019. Consultado el 23/06/2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400599

Mariggio, M .A. (2001). Nicotine effects on polymorfonuclear cells apoptosis and lipopoly sacchaaride-induce monocyte functions. A possible role in periodontal disease? . J Periodontal Res 2001; 36: 32-39.

Marín, H. y Espínola, C. (2010). Manual de Geriatría. Vol. 1. México: Editorial Panamericana.

Martín (2003). Sense of Humor. Positive Psychological assessment: A handbook of models and measures. American Psychological Association, Whashington, Estados Unidos.

Martín, E. (2021). El impacto de la pandemia en la salud mental de los mayores está siendo impresionante. Consultado el 14/08/2021. Disponible en: https://gacetamedica.com/profesion/el-impacto-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-de-los-mayores-esta-siendo-impresionante/

Más, M., Alberti, L. y Espeso, N. (2005). Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med v.5 n.2 Ciudad de Camaguey Mayo-ago. 2005. Consultado el 02/07/2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006

Matey, P. (2010). La diabetes dificulta las relaciones sexuales pero no acaba con ellas. El Mundo: Salud. Madrid, España. Consultado el 05/10/2016. Disponible en: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/08/31/noticias/1283236057.html

Mejía, G. (2016). Promoción de la salud. Guía práctica para el trabajo intersectorial con líderes y grupos organizados de la comunidad. Editorial EUNED San José Costa Rica.

Menéndez, M. C., Brochier, R. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 10, núm. 1, enero-julio, 2011, pp. 179-192 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS, Brasil

Meléndez, J. C., Mayordomo, T. & Sales, A. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. Universitas Psychologica,12 (1), 73-80, Valencia, España. Consultado el 24/12/2015. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a08.pdf

Meléndez, J. C., Delhomb, I. y Satorresa, E. (2019). Revista Ansiedad y Estrés Vol. 25. Núm. 1. Págs. 14-19 (Enero - Junio 2019). Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-el-poder-inteligencia-emocional-sobre-S1134793718301210

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. P. y Quintero, M. F. (2009). Salud metal. Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Revista Psicología desde el Caribe Nº 23: 83-112, 2009. Departamento de Psicología de la Universidad, Barranquilla, Colombia.

Mimura M, Komatsu S. Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. Psychogeriatrics, 2007; 7: 137-43.

Miralles, I. (2011). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. Revista de Trabajo Social. no.16, Santiago del Estero ene./jun. 2011. Chile.

Mogollón González, E. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. Revista Electrónica Educare, Vol. 18 (2) mayo-agosto, 2014: 1-17, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt, Maracaibo, Venezuela. Disponible en: http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/viewFile/5830/5699

Montoliu, T. (2013). La alegría y la felicidad: factores que promueven la salud física y psicológica. Universidad Internacional de Valencia. Consultado el 09/08/2021. Disponible en: https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/la-alegria-y-la-felicidad-factores-que-promueven-la-salud-fisica-y

Mora, K. (2018). En los adultos mayores, el aprendizaje nunca se detiene. Instituto Tecnológico Costarricense. Consultado el 20/06/2021. Disponible en: https://www.tec.ac.cr/hoyeneltec/2018/10/22/adultos-mayores-aprendizaje-nunca-se-detiene

Morales, M. (2006). Los seres humanos somos más felices en la vejez que en la juventud. Revista electrónica de ciencia, tecnología sociedad y cultura. Disponible en: http://www.tendencias21.net/Los-seres-humanos-somos-mas-felices-en-la-vejez-que-en-la-juventud_a1064.html

Morales, M. (2016). La felicidad de las personas mayores depende más de una actitud positiva que del estado físico. Revista electrónica de ciencia, tecnología sociedad y cultura. Consultado el 03/01/2016. Disponible en: *http://www.tendencias21.net/La-felicidad-de-las-personas-mayores-depende-mas-de-una-actitud-positiva-que-del-estado-fisico_a817.html*

Moreno-Crespo, P. (2014). Educación en adultos mayores: percepción de dificultades de aprendizaje y calidad de vida. Revista de Enseñanza de las Ciencias, n°. 32.2 (2014): 297-298. Departamento: Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad: Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.

Moñoz, M. (2007). Inteligencia emocional y pensamiento positivo. Editorial Libro Hobby Club S.A. Madrid, España. Disponible en: http://www.casadellibro.com/libro-inteligencia-emocional-y-pensamiento-positivo/9788497365536/1130557#

Murillo, A. C, Rapso-Brenes, M. (2005). Sexualidad en las personas adultas mayores. En: Sánchez-Salgado CD, (Ed). Familia y persona de edad mayor. Puerto Rico: Red de Estudios de la Vejez. p. 141-154.

Naciones Unidas. (2002).Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España. Consultado el 25/01/2017. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9

Naciones Unidas (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas. Consultado el 25701/2017. Disponible en: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf

Naciones Unidas (2019). Índice Mundial de la Felicidad. Consultado el 17/04/2019. Disponible en: https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-felicidad

Navarro, E., Navarro, R., España,P. y otros, 2018). Neurogénesis en cerebro adulto. Revista Salud Uninorte, vol. 34, núm. 1, pp. 144-159, 2018. Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias de la Clínica Reina Catalina, Colombia. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/817/81759538015/html/

Nelson, M. et al. (2007). Pág. 10 Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation, 116, 1094-1105.

Nezer de Landaeta, I. (2009). El envejecimiento: aspectos bioéticos, políticos, económicos y sociales. Gaceta Médica Caracas. v.117 n.2, jun. 2009. Academia Nacional de Medicina, Caracas, Venezuela. Consultado el 21/12/2015. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000200007

NICE (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004.

Norton, A. (2017). Alimentos ricos en grasas insaturadas. Consultado el 29/06/2021. Disponible en: Tipos de peces que comen los delfines (ehowenespanol.com)

Núñez, A. (2011). Terapia antioxidante, estrés oxidatívo y productos antioxidantes: retos y oportunidades. Rev Cubana Salud Pública. 2011; 37 (suppl.): 644-60.

Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (2008). La educación inclusiva: el camino hacia el futuro. Consultado el 23/05/2018. Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/CONFINTED_48_Inf_2__Spanish.pdf

Organización de los Estados Americanos (2018). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas Mayores. Consultado el: 23/05/2018. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Organización de las Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Consultado el 23/05/2018. Disponible en: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro Mundial de la Salud 1996; 17(4) : 385-387 Ginebra; 1996. Consultado el 09/08/2021. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264

Organización Mundial de la Salud (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Consultado el 18/10/2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2015). Envejecimiento y ciclo de vida: datos importantes sobre el envejecimiento. Consultado el 17/03/2015. Disponible en: http://www.who.int/ageing/about/facts/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La salud mental y los adultos mayores. Consultado el 18/10/2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Consultado el 18/10/2016. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Demencia. Consultado el 23/05/2018. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. Consultado el 17/07/2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Organización Mundial de la Salud (2020). Demencia. Consultado el 25/06/2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Ortega, R. M. (2006). Importancia de las grasas en la alimentación. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense. Madrid. Consultado el 05/09/2016.

Disponible en:
http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/prejuicios_y_verdades_sobre_grasas.pdf

Ortiz, J. B. y Castro A. M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la eficiencia. Contribución de enfermería. Ciencias de Enfermería, v.15 n.1, abr. 2009. Universidad de Concepción, Chile. Consultado el 25/12/2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532009000100004&script=sci_arttext&tlng=en

Organización Mundial de la Salud (2002). Active Aging. Geneva: WHO. Consultado el 26/12/2015.

Disponible en: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/

Organización Panamericana de la Salud (2002). Promover: un estilo de vida para las personas adultas mayores. Guía Regional para la promoción de la actividad física. Washington, D.C. Consultado el 03/01/2016. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2002). Actividad física para un envejecimiento activo. Guía regional para la promoción de la actividad física.

Owen, A. M., Hampshire, A., Grahn, J. A., Stenton, R., Dajani, S., Burns, A. S. y Ballard, C. G. (2010). Putting Brain Training to the Test [Poniendo el entrenamiento cerebral a prueba]. Nature, 465, 775-778. doi: 10.1038/nature09042

Palacios, V. y Morales, J. K. (2011). La memoria en el anciano. Fondo de Publicaciones: Norella Castro Rojas. Primera Edición Mayo 2011 Bogotá, Colombia. Consultado el 19/06/2021. Disponible en: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Memoria%20en%20el%20Anciano.pdf

Palma, E. y Escarabajal, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores Gerokomos vol.32 no.1 Barcelona mar. 2021 Epub 05-Abr-2021. Consultado el 03/07/2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022

Paloutzian, R. F. (2017). Invitation to the psychology of religion (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Papp, K. V., Walsh, S. J. y Snyder, P. J. (2009). Immediate and Delayed Effects of Cognitive Interventions in Healthy Elderly: A Review of Current Literature and Future Directions [Efectos inmediatos y retardados de intervenciones cognitivas en ancianos sanos: Revisión de la bibliografía actual y proyecciones futuras]. Alzheimer's & Dementia, 5(1), 50-60. doi: 10.1016/j.jalz.2008.10.008

Patthamakanokporn, O., Puwastien, P., Nitithamyong, A., Sirichakwal. P. (2008). Changes of antioxidant activity and total phenolic compounds during storage of selected fruits. J Food Composition Analysis. 2008; 21, 241-8.

Piccinini (2012). Consumo de antioxidantes naturales en adultos mayores con hipertensión arterial. Facultad de medicina y ciencias de la salud, Universidad Abierta Interamericana, Ciudad del Rosario, España. Consultado el 23/03/2015. Disponible en: http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111969.pdf

Pinzón, I. D. y Moreno, J. E. (2020). Envejecimiento neural, plasticidad cerebral y ejercicio: Avances desde la óptica de fisioterapia. Revista Archivos de Medicina Universidad de Manizales. Consultado el 23/06/2021. Disponible en: https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273862538019/html/index.html

Pellicciari, M. C., Miniussi, C., Rossini, P. M. y De Gennaro, L. (2009). Increased Cortical Plasticity in the Elderly: Changes in the Somatosensory Cortex after Paired Associative Stimulation [Aumento de la plasticidad cortical en el anciano: Cambios en la corteza somatosensorial después de una estimulación asociativa estimulación]. Neuroscience. 163(1), 266-276. doi: 10.1016/j.neuroscience.2009.06.013

Pargament, K. I. (2007). Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press.

Petretto, D. R., Pilib, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddasa, C. (2015). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 51. Núm. 4. Págs. 229-241 (Julio - Agosto 2016. Consultado el 20/06/2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-exito-o-saludable-S0211139X1500205X

Pérez, J. & García, E. (2003).Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad Pastorita. Revista Cubana de Enfermería, 18-21.

Popkin, B.M. y Reardon, T. (2018) Obesity and the food system transformation in Latin America. Obes Rev 2018; 19: 1028–64

Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. Journal of Clinical Psychology 65(2), 131-146. DOI: 10.1002/jclp.20563

Puello, E. C., Sánchez, A. A. y Flórez, M. (2017). Nivel de felicidad en un grupo de adultos mayores de Montanería, pertenecientes a un programa de danza. Consultado el 08/08/2021. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1094856/nivel-de-falicidad-adulto-mayor.pdf

Raleigh, M.J., McGuire, M.T., Brammer, G.L., Pollack, D. B. et al. (1991). Serotonergic mechanisms promote dominance acquisition in adult male vervet monkeys. Brain Res 1991; 559:181–190.

Ramírez, M., y Lee S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Polis: Revista Latinoamericana, n° 33, 2012. Consultado el 06/01/2016. Disponible en: https://polis.revues.org/8594

Ramírez, J. H., García, C. F., Vizcaíno, J. A., Cárdenas, J. M., Gutiérrez, F. J., Murga, H. M. y Villagrán (2012). ¿Qué son y para qué sirven los antioxidantes? Revista la Ciencia y el Hombre Volumen XXV Número 2. Consultado el 01/07/2021. Disponible en: https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol25num2/articulos/antioxidantes/

Ramseyer, A. M. (2013). La risa y el humor en la vejez. Facultad de Psicología y Relaciones humanas. Universidad Abierta Interamericana, Reconquista, Santa Fe, Argentina. Consultado el 29/05/2015. Disponible: http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112376.pdf

Reardon, T., y Timmer, C. P. (2018). The economics of the food system revolution. Annu Rev Resour Econ; 4: 225–64. 53. Popkin BM, Reardon T. Obesity and the food system transformation in Latin America. Obes Rev 2018; 19: 1028–64.

Rico, M. G. Rico, O. y Vega, G. B. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 56, núm. 3, 2018 Instituto Mexicano del Seguro Social, México Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174017

Rivera-Ledezma A. y Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores. *Salud Mental (28) 6.*

Ramos, 2010. Ser adulto mayor un hermoso desafío. Centro para el Desarrollo Humano integral. San José, Costa Rica. Consultado el 17/02/2015. Disponible en: http://cedhi.co.cr/adulto-mayor/ser-adulto-mayor-un-hermoso-desafio/

Reed, P. (1991). Toward a nursing theory of selftranscendence Deductive reformulation usin developmental theories. Advances in Nursin Science, 13 (4), 64-77.

Riverón, K. y Jocik, G. (2013). Sociedad y persona adulta mayor: Significados para percibir bienestar subjetivo. Revista de Ciencias Sociales (CR) Vol. III, núm. 141, 2013, pp. 87-95. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Rodríguez, M. (2008). Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica Vol. 8, No. 10-11, 2008 ISSN 1409-0112 31-39 La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Consultado el 21/06/2021. Disponible en: file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/Dialnet-LaPercepcionDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf

Rodríguez, C. D. (2011). Vejez y envejecimiento. Editorial Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia.

Rose, B., D., Post TW. (2001). Clinical Physiology of Acid-Base and Electrolyte Disorders, 5th edition. New York: McGraw-Hill Inc.

Roses, M. (s,f,). Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos. Consultado el 16712/2014. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26266.pdf

Robalino, J. (2012). Los trastornos cognitivos en adultos mayores. Instituto de Neurociencias de Guayaquil. Revista Médica 09 de Julio de 2012 09:26. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://institutoneurociencias.med.ec/blog/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20sin%20enfermedad,actividades%20de%20la%20vida%20diaria.

Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. P. y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 11 No. 2, 24-49, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

Rodríguez, M. & Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y el Alzhéimer. Revista Anales de Psicología, 20 (2). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Roe CM, Xiong C, Miller JP, Morris JC. (2007). Education and Alzheimer disease without dementia: support for the cognitive reserve hypothesis. Neurology. 2007 Jan 16;68 (3):223-8. PMID: 17224578 [PubMed - indexed for MEDLINE] Consultado el 06/12/2014. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17224578

Rojas, M. (2009). Economía de la felicidad. Hallazgos relevantes respecto al ingreso y el bienestar. Fondo de Cultura económica, Trimestre Económico, México. Consultado el 01/01/2016. Disponible en: http://www.fondodeculturaeconomica.com/Editorial/Trimestre/Articulos.aspx?articulo=2

Rojas, C. y Riffo, B. (2018). Procesamiento léxico-semántico en el envejecimiento e influencias sociodemográficas: una mirada actual. Logos vol.28 no.1 La Serena jun. 2018 versión impresa ISSN 0716-7520versión On-line ISSN 0719-3262. Consultado el 19/06/2021. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-32622018000100003

Roh, H.W., Hong, C.H., Lee, Y., Oh, B.H., Lee, K.S. y Chan, K.J. et al. (2015). Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. PLoS One. 2015; 10 (7):e0132838. Consultado el 18/07/2021. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2525085&pid=S1134-928X201600030000400012&lng=es

Roque-Falcón, L. (2016). La espiritualidad como recurso de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas. En J. A. González-Rivera (Ed.), Espiritualidad en la psicoterapia y la consejería: Del debate a la integración (pp. 155- 176). San Juan, PR: Editorial Psicoespiritualidad.

Rubia, F. J. (2013). Revista electrónica de Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura. Consultado el 23/03/2015. Disponible: en http://www.tendencias21.net/La-espiritualidad-humana-tiene-su-origen-en-estructuras-cerebrales_a17073.html

Rusu, M. (2019). The Process of Self-Realization-From the Humanist Psychology Perspective. Psychology. 2019; 10: 1095-1115. DOI: https://doi.org/10.4236/psych.2019.108071. 6.

Salas, Emma. 2001. El Adulto Mayor y las Problemáticas Derivadas, un desafío para la educación. Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/ docs/emma_1.htm> (27 de julio de 2007).

Saller CF, Stricker EM. Hyperphagia and increased growth in rats after intraventricular injection of 5,7-dihydroxytryptamine. Science 1976; 192:385–387.

San Martín (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Doctoranda. Doctorado en Psicología UP.

Sáenz, S. M. y Ruiz, M.J. (2006). Revista de Radiobiología 6 (2006) 131 – 135. Dpto. de Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, España. Consultado el 19/12/2014. Disponible en:http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/Numeros/RB6(2006)131-135.pdf

Sánchez, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan, 4(4), 6-9.*

Sánchez, I.Y. y Pérez, V.T. (2008). Funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina Integral, 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252008000200011&script=sci_arttext&tlng=es. (Consulta: junio 2013)

San Martín, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año V, Número 8, V1 (2008), pp. 103 - 120 Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Consultado el 05/10/2016.

Disponible en: http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf

Santos, M.A. Corpo envelhece, espírito transcende: qual a contribuição da espiritualidade para a subjetividade do idoso? Pretextos. 2020; 5(9): 260-74. Disponible en: http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22275

Sánchez, I. Y. y Pérez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr v.24 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011

Zangrossi H Jr, Viana MB, Zanoveli J, Bueno C et al. (2001). Serotonergic regulation of inhibitory avoidance and one-way escape in the rat elevated T-maze. Neurosci Biobehav Rev 2001; 25:637–645.

Santiesteban, I., Pérez, M. y García, N. (2008). Teorías y cambios del envejecimiento. Facultad de Ciencias Médicas. "Médicas Mariana Grajales Coello". Holguín, España.

Sardinero, A. (2010). Estimulación cognitiva para adultos. Guía básica / Estimulación cognitiva para adultos. 60 fichas de ejercicios prácticos con soluciones, Editor: GESFOMEDIA, pp. 105 / 66

Seligman, M. (2005).La auténtica felicidad, Ediciones B., Barcelona, España.

Seppala y otros (2014). 18 razones para probar la bondad amorosa. Centro para la Compasión y el Altruismo, investigación y Educación. Universidad de Stanford. Consultado el 01/01/2015. Disponible en: http://translate.google.co.cr/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.emmaseppala.com/&prev=search

Sabio, I. (2004). Guía de cuidados de la salud para adultos mayores. Dirección de Desarrollo Institucional, Programa del Adulto Mayor, Buenos Aires, Argentina.

Shohamy, D., Wimmer, G.E. (2013). Dopamine and the cost of aging. Nat Neurosci. 2013 May; 16(5):519-21. doi: 10.1038/nn.3385. PubMed PMID: 23619753. Department of Psychology, Columbia University, New York, New York, USA.

Sibaja, J. Sánchez, T., Carvajal, M. J. y Fornaguera, J. (2016). De la neuroplasticidad a las propuestas aplicadas de estimulación temprana y su implementación en Costa Rica. Revista Costarricense de Psicología, ISSN 0257-1439, ISSN-e 1659-2913, Vol. 35, Nº. 2, 2016 (Ejemplar dedicado a: Revista Costarricense de Psicología (Julio-Diciembre 2016)), págs. 141-159.

Solís, M. I. (2014). Costa Rica destaca en el mundo por su sistema de salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Consultado el 17/04/2019. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/noticia?costa-rica-destaca-en-el-mundo-por-su-sistema-de-salud

Soto-Añari, M., Flores-Valdivia, G. y Fernández-Guinea, S. (2013). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. Revista de Neurología, 56(2), 79-85. Recuperado de: http://www.neurologia.com/pdf/Web/5602/bh020079.pdf

Sperry, L. (2012). Spirituality and clinical practice: Theory and practice of spiritually oriented psychotherapy (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Tamer (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. Revista Argentina de Sociología, 6 (10), pp 91-110. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt. (Consulta: junio 2011 y agosto del 2014)

Tomioka. K., Kurumatani, N., y Hosoi, H. (2015). Social participation and the prevention of decline in effectance among community-dwelling elderly: a population-based cohort study. PLoS One. 2015; 10 (9):e0139065. Consultado el 18/07/2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2525081&pid=S1134-928X201600030000400010&lng=es

Toniol, R. (2015). Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión* Nº43, Vol XXV, 110-143

Torrejón (2006). Imaginario social de la vejez y el envejecimiento. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales, Magíster en Antropología y Desarrollo. Consultado el 31/03/2015. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_torrejon.pdf

Torrejón, C. y Reyna, E. (2012). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 267-276, 2012. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Consultado el 03/10/2012. Disponible en: http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/116/80

Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla, 21:76:86.

Ugalde y Jiménez (2020). Salud mental y adultos mayores en tiempos de covid-19. Sociedad Cubana de Psicología. Consultado el 11/08/2021. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/salud-mental-y-adultos-mayores-en-tiempos-de-covid-19/

Universidad Estatal a Distancia (2014). Programa de Gerontología. Consultado el 23705/2018. Disponible en: https://www.uned.ac.cr/ecen/gerontologia/presentacion

Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Terapia Psicológica 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71 Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Consultado el 07/08/2021. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf

Vaillant, G. (2012). Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press.

Vargas, F., Rivas, C., Nursamaa, A. y Zoltan, T. (2007). Reacciones de radicales libres con relevancia biológica en la teoría del envejecimiento. Laboratorio de Fotoquímica, Centro de Química, Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, I.V.I.C., Caracas, Venezuela.

Vargas, F. (2004). Programa de Educación para la Salud. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. [Power point en internet]. Colegio Oficial de Médicos Santa Cruz de Tenerife. http://www.comtf.es/cursos/EPS/EPS%202004%20Presentacion.ppt.

Velis, F. (2016). Neuroplasticidad. Consultado el 13/09/2016. Disponible en: http://neuroplasticidadg.blogspot.com/

Veenhoven, R. (1994) "El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención Psicosocial, 3, 87-116. http://scholar.google.com.br/scholar?q=El%20estudio%20de%20la%20satisfacci%C3%B3n%20con%20la%20vida%20. (Consulta: junio 2011)

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Consultado el 07/01/2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3

Vincezi, A. y Tudesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revista Iberoamericana de Educación ISSN: 1681-5653 Universidad Abierta Interamericana, Argentina. Consultado el 09/08/2021. Disponible en: https://rieoei.org/historico/deloslectores/2819Vicenzi.pdf

Vilaplana, M. (2007). Antioxidantes presentes en los alimentos. Vitaminas, minerales y suplementos. Revista Offarm Vol. 26. Núm. 10. Págs. 79-86 (Noviembre 2007). Consultado el 01/07/2021. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-antioxidantes-presentes-alimentos-vitaminas-minerales-13112893

Villalba, S. y Spert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. THERAPEÍA 6 [Julio 2014], 73-93, ISSN: 1889-6111. Consultado el 24/06/2021. Disponible en: file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/Dialnet-EstimulacionCognitivaUnaRevisionNeuropsicologica-5149523.pdf

Vivaldi, F. e Ibarra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Revista de Psicología, vol.30, no.2, jul. 2012, Santiago de Chile. Consultado el 22/12/2015. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

Weiger WA. Serotonergic modulation of behaviour: a phylogenetic overview. Biol Rev Camb Philos Soc 1997; 72:61–95.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. y Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry 2006; 163 (6):1001-8.

Zabala, M., Vázquez, M., y Whetsell, M. (2006) Bienestar espiritual en pacientes diabéticos Aquichán, 6 (1), 11-21. Universidad de la Sabana.

Zanz (2008). Educación no formal. Revista de Educación, núm. 338 (2005), pp. 7-8, Ministerio de Educación y Ciencia, España. Disponible en:

http://www.revistaeducacion.mec.es/re338/re338.pdf (Consulta en junio del 2014)

Zapetti, A. (1986). La sexualidad masculina. Editorial Galerna, Bs. As.

Zapetti, A. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. Revista Psicodebate. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.

Zayas SE. (2004). Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Revista de Nutrición Clínica de México. 2004; 7(2): 131- 134. Consultado el 29/09/2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6223820&pid=S0717-75182006000500006000004&lng=es

Zittermann A. (2003). Vitamin D in preventive medicine: are we ignoring the evidence? Br J Nutr 2003; 89:552-72



Muere lentamente quien no cree en el Divino Orden Supremo de la Naturaleza, quien no disfruta el canto de las aves al amanecer, quien no viaja apasionado por su propia percepción existencial, quien no vive en armonía con lo esencial, ni escucha la voz interna que cultiva el amor propio, en busca la felicidad.

Gabriel Mejía