

Memoria a Corto Plazo en Personas de la Tercera Edad

Solutions Focused Therapy and Treatment Adherence in Childhood

Epilepsy in a Aymara Family

Ximena Peres Arenas *, Sandra Luna Pizarro Guerra **

RESUMEN

En los últimos años se ha dado más importancia al tema del envejecimiento en todo el mundo, las personas que superan los 60 años tienen oportunidades únicas para crecer, desarrollarse y cambiar. Las personas de la tercera edad poseen recuerdos y una historia más larga, conservan la capacidad y deseo humano de controlar el entorno y la necesidad de amar y ser amados. El modo en que cumplen sus necesidades evolutivas depende en gran medida de cómo han cumplido las etapas de su vida. El adulto mayor en la sociedad en la cual vivimos ha sido y es discriminado. Esta discriminación se atribuye a nuestra óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la capacidad física, en la competencia y la productividad. Estas cualidades se presentan de manera inversa con el paso de los años, produciendo restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida, la discriminación viene de sus propias familias, de sus hijos y de los diferentes sectores y grupos que conforman nuestra sociedad (jóvenes, niños, adultos). Con la presente investigación se quiere proporcionar una de las herramientas necesarias, que es el ejercicio mental en la tercera edad, para la prevención de la pérdida de memoria en adultos mayores y sobre todo brindar un apoyo a esta población tan discriminada y necesitada de nuestra sociedad.

Palabras Clave: Memoria, tercera edad, ejercicio mental, prevención.

ABSTRACT

In the last years one has given more importance to the topic of the aging in the whole world, the persons who overcome 60 years have the unique opportunities to grow, to

(*)Doctora en Psicología. Directora del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana. Directora de la investigación. xperesa@ucb.edu.bo

(**) Universidad Católica Boliviana "San Pablo", La Paz, Bolivia.

develop and to change. The persons of the third age possess recollections and a longer history, there preserve the capacity and human desire to control the environment and the need to love and be dear. The way in which they fulfill their evolutionary needs depends to a great extent on how they have fulfilled the stages of their life. The major adult in the society in whom we live has been and discriminated. This discrimination assumes to our optics of western culture in which the social valuation is based on the physical capacity, on the competition and the productivity. With the present investigation there wants to be provided one of the necessary tools, which is the mental exercise in the third age, for the prevention of the loss of memory in major adults and especially to offer a support to this population so discriminated and needed from our society.

Key words: Memory, third age, mental exercise, prevention.

Introducción:

La población de la tercera edad en Latinoamérica se va incrementando, al igual que en el resto del mundo, muy especialmente en aquellos países con mayor población, como ser Brasil, México y Argentina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que al margen de la experiencia en otras partes de Latinoamérica, en los próximos años los países de esta región se verán obligados a prestar una mayor atención a las personas de la tercera edad de la zona rural. La entidad establece que Centroamérica y los países de habla hispana del Caribe, se caracterizan por “amplias” diferencias en el crecimiento de la población de ancianos.

También indica que los países del cono Sur y México tienen dos terceras partes del total de la población de ancianos de Latinoamérica y el Caribe. La OPS dice que Brasil y México juntos tienen un 50% del total de personas ancianas de la región, mientras que Uruguay tiene un 17% de personas de sesenta años o de más edad en la zona.

La entidad pone en relieve que en las próximas dos décadas todos los países de la región, excepto Paraguay, tendrán al menos un anciano por cada dos niños menores de quince años (EFE, 2005).

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982) en su Plan Internacional de acción sobre el envejecimiento, que fue adoptado unánimemente por 124 Estados Miembros de las Naciones Unidas, ofreció un diagnóstico, una declaración de objetivos y una estrategia para alcanzarlos, allí se propuso los Derechos Humanos de la Vejez. La Declaración de Hong Kong sobre el maltrato de los ancianos (1989 y revisada en 1990) habla de sus principios generales de “bienestar y respeto”, como derechos para la edad avanzada, y responsabilidad de los que atienden a los mismos. La ONU planteó desde 1979 la posibilidad de considerar como concepto representativo del desarrollo de un país – no el Ingreso per Cápita (IPC) sino el Índice de Calidad de Vida (ICV) - y a partir de 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, publicó el Informe sobre el Desarrollo Humano (IDH) con otros índices.

Ante esta problemática, en 1990 la Asamblea General de Naciones Unidas designó el 1 de octubre como el “*Día Internacional de las Personas de la Tercera Edad*”. En 1991 asumió los “Principios de Naciones Unidas para las Personas de la Tercera Edad” (Resolución 49/91), alentando a los gobiernos a incorporarlos en los programas nacionales cuando sea posible.

Entre los principios asumidos están: interdependencia (acceso a servicios básicos); participación, cuidado, autosuficiencia (acceso a diversas fuentes para el desarrollo personal, cultural, educacional, espiritual así como a la recreación); dignidad y seguridad.

Consciente de que el envejecimiento de la población mundial “representa un inigualado pero urgente reto en política y programas para los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos privados, la Asamblea General decidió en su resolución 47/5, que contiene la Proclamación sobre Envejecimiento, que el año 1999 sea observado como el “Año Internacional de las Personas de la Tercera Edad”.

El objetivo es promover los Principios de Naciones Unidas sobre las Persona de la Tercera Edad y su inclusión en la política, programas, prácticas y acciones fomentando así el concepto inclusivo de una “sociedad para todos”. Este concepto, examinado en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social en Copenhague en marzo de 1995, a la que asistieron 117 Jefes de Estado y de Gobierno, reconoce que:

- *Las sociedades incluyentes respetan los derechos humanos y las libertades fundamentales, la diversidad cultural y religiosa, la justicia social, la participación democrática y la vigencia de la ley. Las generaciones más jóvenes y más viejas están habilitadas para dedicarse la una a la otra y compartir los frutos de esa dedicación guiadas por los principios de reciprocidad y equidad.*
- *El envejecimiento es un proceso multidimensional, multisectorial y multigeneracional que abarca la situación de las personas de la tercera edad, el desarrollo de una vida individual y las relaciones entre generaciones (Centro de información de Naciones Unidas y OPS).*

La categoría tercera edad, según sus premisas, es una etapa en la que las personas deben abrirse a lo nuevo, a las formas de relacionarse (con la pareja, la familia, con la comunidad), rescatar antiguos proyectos de vida e iniciar otros, involucrarse en el aprendizaje de nuevas habilidades, etc. La categoría tiende a oponerse a la concepción de vejez asociada a la decadencia y a la declinación.

Evidentemente, la expresión ‘tercera edad’ históricamente se relaciona con la intención de cambiar las connotaciones negativas existentes en torno a la vejez, afirmando esta etapa como la más propicia para la autorrealización, dada por la supuesta ventaja de la experiencia de vida acumulable.

El concepto de tercera edad está asimismo comprometido con un ideal de transformación del envejecimiento en un problema social, donde son necesarias nuevas definiciones, nuevas formas de categorización que opongán un nuevo vocabulario a un antiguo modo de tratamiento de “los viejos”. De este mismo modo, se busca invertir algunos sentidos sociales alrededor de este periodo de la vida y de la jubilación. Antes entendido como una

etapa de descanso y resguardo, estar retirado viene ahora a significar un periodo de actividad, realización personal, entretenimiento y diversión.

Para alcanzarlo, el recurso más indicado por los expertos es la adhesión a espacios sociales de asociación e integración, aspecto fundamental de los programas y proyectos asociados a la categoría tercera edad.

En las últimas dos décadas, en todo el mundo, los clubes y grupos de convivencia, escuelas y universidades de tercera edad se multiplicaron. En Latinoamérica, Uruguay fue pionero al desarrollar, en 1983, el proyecto de Universidad Abierta para la Tercera Edad, experiencia que se extendió inicialmente a Brasil (que ya contaba con grupos de convivencia para retirados) y a Paraguay; más tarde a Bolivia, Chile y Argentina y actualmente se encuentra la propuesta en casi todos los países del continente. Varias han sido las investigaciones que demuestran el éxito de tales propuestas, hecho identificado no solo por los investigadores, autoridades o expertos en el tema, sino también por aquellos que participan de ellas (Brigeiro, 2005).

Envejecer con salud requiere otras condiciones durante el curso de la vida, como el acceso a la educación, al trabajo y al descanso, bienes materiales y culturales dignos, políticas inclusivas, etc. El 'envejecimiento exitoso' es descrito como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo para enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas. Dicho paradigma propone, primero, que los temores de pérdidas funcionales son con frecuencia superestimados; segundo, que muchas de las pérdidas funcionales verificadas con el paso del tiempo pueden ser evitadas y, tercero, que muchas pérdidas funcionales de los adultos mayores pueden ser recuperadas.

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del

organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte.

La memoria humana, a diferencia de la memoria de los animales que actúa principalmente sobre la base de sus necesidades presentes, puede contemplar el pasado y planear el futuro (Ballesteros, 2002).

La memoria humana es la función cerebral resultado de conexiones sinápticas entre neuronas, que permite retener experiencias pasadas. Los recuerdos se crean cuando las neuronas integradas en un circuito refuerzan la intensidad de las sinapsis (Ballesteros, 2002).

Estas experiencias, según el alcance temporal con el que se correspondan, se clasifican, convencionalmente, en memoria a corto plazo (consecuencia de la simple excitación de la sinapsis para reforzarla o sensibilizarla transitoriamente) y memoria a largo plazo (consecuencia de un reforzamiento permanente de la sinapsis gracias a la activación de ciertos genes y a la síntesis de las proteínas correspondientes) (Ballesteros, 2002).

El aprendizaje se define en términos de los cambios relativamente permanentes debidos a la experiencia pasada, y la memoria es una parte crucial del proceso de aprendizaje, sin ella, las experiencias se perderían y el individuo no podría beneficiarse de la experiencia pasada. A menos que, de cierta manera, el aprendizaje previo pueda grabarse, no podría utilizarse en fecha posterior y por ello no se estaría en posición de beneficiarse de la experiencia pasada. Sin embargo, es muy difícil tratar de definir el aprendizaje y la memoria de manera independiente uno de otra, ya que ambos representan dos lados de la misma moneda: a) el aprendizaje depende de la memoria para su permanencia y, de manera inversa, b) la memoria no tendría "contenido" si no tuviera lugar el aprendizaje (Ballesteros, 2002).

Uno comienza a perder células cerebrales, en pocos números a la vez, al cumplir veinte años. Su cuerpo también comienza a fabricar menos sustancias químicas de las que sus células cerebrales necesitan para funcionar. Mientras más viejo uno esté, más pueden estos cambios afectar a la memoria (Ballesteros, 2002).

El envejecimiento puede afectar la memoria cambiando la forma como el cerebro almacena la información, haciendo más difícil recordarla. La memoria a corto plazo y la memoria remota usualmente no son afectadas por el envejecimiento, pero la memoria reciente puede verse afectada, por ejemplo olvidando nombres de las personas que conoció recientemente; estos son cambios normales (Ballesteros, 2002).

Muchas personas experimentan fallas de la memoria, algunas de carácter grave y otras no. Las personas que sufren cambios graves de la memoria, la personalidad y el comportamiento pueden sufrir de un tipo de enfermedad cerebral llamada demencia. La demencia afecta de forma grave la capacidad que tiene la persona de llevar a cabo sus actividades diarias. La enfermedad de Alzheimer es uno de los muchos tipos de demencia que se conocen (Ballesteros, 2002).

El término demencia describe un grupo de síntomas causados por cambios en la función del cerebro. Los síntomas de la demencia pueden ser, entre otros: hacer la misma pregunta en forma repetida, perderse en lugares conocidos, no estar en capacidad de seguir instrucciones, estar desorientado, perder el sentido del tiempo, confundir lugares y personas, y descuidar la seguridad personal, la higiene y la alimentación. Las personas con demencia pierden sus facultades mentales a ritmos diferentes. La demencia la causan muchas afecciones, algunas de las cuales pueden revertirse y otras no. Asimismo, muchas afecciones médicas diferentes pueden causar síntomas parecidos a la enfermedad de Alzheimer, sin que tengan nada que ver con la misma. Algunas de estas afecciones pueden ser tratables. Las afecciones reversibles pueden ser causadas por fiebre alta, deshidratación, déficit vitamínico, mala alimentación, reacciones adversas a los medicamentos, problemas con la tiroides o lesiones menores en la cabeza. Este tipo de dolencias pueden ser graves y un médico las debe tratar lo más pronto posible (Ballesteros, 2002).

En ocasiones, las personas mayores sufren problemas emocionales que pueden confundirse con demencia. Los sentimientos de tristeza, soledad, preocupación o aburrimiento pueden ser más comunes entre las personas mayores que se enfrentan a la jubilación o que están sobrellevando la muerte de un cónyuge, pariente o amigo. El

proceso de adaptación a estos cambios hace que algunas personas se sientan confundidas o se vuelvan olvidadizas. Estos problemas emocionales pueden aliviarse con el apoyo de familiares y amigos o con la ayuda profesional de un médico o un consejero (Ballesteros, 2002).

Dentro de los programas que pueden aplicarse en los espacios destinados a las personas de la tercera edad, nos encontramos con las técnicas para desarrollar memoria, las cuales se convierten en un método psicoterapéutico que puede ser utilizado en la recuperación de las capacidades físicas y mentales y el trabajo del auto concepto (tanto físico como personal) (Ballesteros, 2002).

También son llamadas técnicas mnemónicas o recursos de mnemotécnica (método para potenciar nuestra memoria) y por medio de ellas se aprende algunas claves y pautas para desarrollar atención, concentración y visualización durante la captación y codificación de la información que se recibe. Ayudan a simplificar, organizar y dar sentido a esta información para que después recordar no se haga difícil (Ballesteros, 2002).

La mente es un instrumento delicado que hay que aprender a utilizar. O se la deja funcionar como una caja negra o se la blanquea bajo el concepto que la verdad abre la puerta del saber (Ballesteros, 2002).

Con la presente investigación se quiere proporcionar una de las herramientas necesarias, que es el ejercicio mental en la tercera edad, para la prevención de la pérdida de memoria en adultos mayores y sobre todo brindar un apoyo a esta población tan discriminada y necesitada de nuestra sociedad. Es en este contexto, importante introducir en la población adulta mayor ejercicios mentales, con el fin de generar y proporcionar un insumo para tener una vejez más satisfactoria y feliz.

Por lo tanto cuando de hábitos se trata, lo mejor es aprender a cambiar, para adaptarlos a las necesidades diferentes que requieren las diferentes etapas de la vida. Como no existe mejor práctica que una buena teoría, los ejercicios mentales bien seleccionados y debidamente ejecutados incrementan el desarrollo de la memoria.

El ejercicio base para el desarrollo de la memoria es la concentración: el proceso a través del cuál seleccionamos algún estímulo de nuestro ambiente entre todos e ignoramos todos los demás. La respuesta de relajación es un paso intermedio entre una situación vivida y la concentración. Para iniciar la actividad deben descargarse antes las tensiones.

Los ejercicios de concentración asocian una postura física de quietud con una actividad mental centrada en un objetivo. Para calmar la agitación mental, hay técnicas sencillas: fijar la atención en un objeto, repetir un sonido, mirar una figura geométrica, oler un perfume, pensar en un recuerdo, escuchar sonidos exteriores, para hacer foco luego en el silencio interior. El ejercicio clave es la respiración. Estos ejercicios visuales y auditivos llevan a concentrarse en la realización que es la clave del desarrollo de la memoria.

En los últimos años se ha dado mayor importancia al tema del envejecimiento en todo el mundo. Gracias a éste está de moda, hay cada vez mas investigaciones al respecto; entre las diferentes investigaciones, se han realizado estudios sobre la actividad física en esta etapa de la vida.

Muchos estudios concuerdan que cualquier tipo de actividad física en la tercera edad genera beneficios importantes en la salud y prevención de enfermedades. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.

Otro hallazgo interesante es que se ha encontrado que el ejercicio es beneficioso para la salud mental en la tercera edad, mejorando el autocontrol, autoestima, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales.

Las calles de la ciudad de La Paz cumplen una función de hogar para muchos adultos mayores. Se trata de un espacio, que al no ser propio y no estar adecuado a las necesidades de la población adulta mayor, es adaptado por ellos mismos. Es decir, el adulto mayor trata de incorporarse, mimetizarse muchas veces, con el caos y ajetreo de la ciudad, con la necesidad de tener un espacio en donde puede ser aceptado.

El adulto en la sociedad en la cual vivimos ha sido y es discriminado, esta discriminación se atribuye a nuestra óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la capacidad física, en la competencia y la productividad. Estas cualidades se presentan de manera inversa con el paso de los años, produciendo restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida. La discriminación viene de sus propias familias, de sus hijos, y de los diferentes sectores y grupos que conforman nuestra sociedad. De esta manera la pregunta de investigación esta formulada de la siguiente manera: ¿Es posible desarrollar la memoria a corto plazo en personas de la Tercera Edad a través del uso de técnicas mnemónicas?

Para responder a las mismas, la presente investigación ha sido diseñada de acuerdo a la siguiente lógica: dado que se cuenta con el estudio correlacional de Luna Pizarro Guerra (2009) donde se halla una importante correlación entre los constructos de memoria a corto plazo y ejercicios para desarrollar la memoria, el presente estudio pretende incrementar y prevenir los niveles de perdida de memoria en las personas de la tercera edad.

Por tanto, las hipótesis planteadas con ese fin son las siguientes:

H Δ 1: Es posible estimular la memoria a corto plazo a través de técnicas mnemónicas en personas de la tercera edad.

H01: No es posible estimular la memoria a corto plazo a través de técnicas mnemónicas en personas de la tercera edad.

Método:

El enfoque de la investigación es cuantitativo, es un proceso secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos brincar o eludir pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura

y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinadas variables, se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis. (Hernández, Fernández y Sampieri, 2006).

El diseño es cuasi experimentales con pre y postestl. Estos diseños manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. En los diseños cuasi experimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos n se emparejan, sino dichos grupos ya están formados antes del experimento, son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento) (Hernández, Fernández y Sampieri, 2006).

Participantes:

Las personas elegidas para pertenecen a un asilo. Este establecimiento esta ubicado en la calle 27 de Achumani, el establecimiento benéfico se da hospedaje o asistencia a los ancianos o personas necesitadas, provee habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas. En la mayoría de los casos, los residentes de los asilos de ancianos tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos. Generalmente necesitan ayuda a diario.

- Población: cuenta con un total de aproximadamente 300 abuelitos.
- Muestra: la muestra es “no probabilística”, la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en formulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o

un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Hernández, Fernández y Sampieri, 2006).

- Cálculo muestrario: Se trabajo sobre las personas cuyas edades oscilan entre 65 y 75 años obteniéndose 20 personas 10 hombres 10 mujeres.

Ambiente:

La implementación se llevó a cabo en las instalaciones de un asilo particular de la Zona Sur de la ciudad de La Paz. Los ambientes fueron la Sala Audiovisual, que cuenta con equipos como televisión, reproductor de video y DVD; estos cuentan con un amplio espacio para movimientos y butacas; además de un sector del patio de dicho asilo, todos los ambientes cuentan con buena iluminación, espacio, ventilación, etc.

Variables:

La variable dependiente definida como Memoria a Corto Plazo, es el sistema donde el individuo maneja la información a partir de la cual está interactuando con el ambiente. El desarrollo de la memoria es la concentración: el proceso a través del cuál seleccionamos algún estímulo de nuestro ambiente entre todos e ignoramos todos los demás.

La variable independiente definida como las técnicas mnemónicas o recursos de mnemotecnia (método para potenciar la memoria) y por medio de ellas aprendes algunas claves y pautas para desarrollar atención, concentración y visualización durante la captación y codificación de la información que se recibes.

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron:

1. Batería de Evaluación Neurocognitiva Integral (BENI para adultos)
2. Ejercicios para mejorar la memoria (Anna Puig).

Batería de Evaluación Neurocognitiva Integral (BENI) (para adultos): Es un conjunto sistematizado de 97 pruebas o técnicas neuropsicologías aptas para la evaluación de pacientes que adolecen de patologías focales, multifocales y degenerativas del cerebro cuya edad oscile entre los 17-18 años hasta los 80-85 años, con un nivel cultural mínimo de escolaridad primaria (7 años) o su equivalente y apta para la detección de los siguientes síndromes: 1. Síndromes afásicos 2. Síndromes agnósicas 3. Síndromes apráxicos 4. Síndromes amnésicos 5. Síndromes disatencionales 6. Síndromes agráficos 7. Síndromes aléxicos 8. Síndromes acalculicos 9. Síndromes prefrontales 10. Síndromes demenciales. El criterio evaluativo utilizado en la BENI es una amalgama y complementación del criterio de evaluación cualitativa o clínica (es decir: dirigido a la captación de los signos y síntomas que conforman el síndrome neuropsicológico del paciente) con una posterior tipificación cuantitativa o estadística (es decir: dirigida a tipificar el nivel de alteración -leve, moderado o grave- que padece, en función de los datos aportados por las investigaciones experimentales y psicométricas en lo referido a la producción esperable del paciente teniendo en cuenta su nivel cultural).

Ejercicios para mejorar la memoria (Anna Puig): Esta dirigido a personas mayores y adultos que tengan dificultades con su memoria o que simplemente estén interesados en incrementarla. De esta forma se trabaja la perdida de memoria durante el proceso de envejecimiento, es decir, las personas adultas o personas mayores pueden disponer de instrumentos adecuados que favorezcan la utilización de recursos para compensar dicha perdida. Asimismo, los adultos o personas mayores interesados en simplemente mejorar su

capacidad cognitiva, pueden hacer uso de esta material, generando así hábitos de conducta que favorecerán la prevención del deterioro cognitivo que se produce a lo largo del ciclo vital. Se presentan 180 ejercicios de dificultad creciente que inciden en diferentes capacidades cognitivas (atención, lenguaje, cálculo) y refuerzan diferentes mnemotécnicas (asociación, visualización y organización). Los ejercicios se estructuran en grupos de cinco y se distribuyen en 36 sesiones. En cada una de las sesiones, primeramente se trabaja atención, seguidamente la asociación después la visualización, el lenguaje y la organización o calculo para finalizar.

Los ejercicios para mejorar la memoria miden las siguientes escalas:

- *AtenciónAsociación*
- *Visualización*
- *Lenguaje*
- *Organización o Cálculo*

Análisis de Datos:

Se eligió el estadístico de contraste bajo los siguientes criterios: de las técnicas mnemónicas que miden diferentes dimensiones de memoria, se tomo en consideración las siguientes: atención, asociación, visualización, lenguaje y organización o calculo; la muestra estuvo conformada por 20 participantes de la tercera edad elegidos al azar y distribuidos en dos grupos, uno experimental con 10 participantes y el otro control, también con 10 participantes, ambos casos pertenecen a la categoría de muestras pequeñas, es decir, menos a 30 observaciones; por lo tanto el estadístico de contraste no paramétrico adecuado para este tipo de diseños de investigación es la T de Student.

Con base en estas condiciones se presentan los resultados correspondientes a cada una de las dimensiones de la variable memoria a corto plazo. Se exponen en primer lugar, mediante histogramas de frecuencia.

Resultados:

Técnicas Mnemónicas en las personas de la Tercera Edad

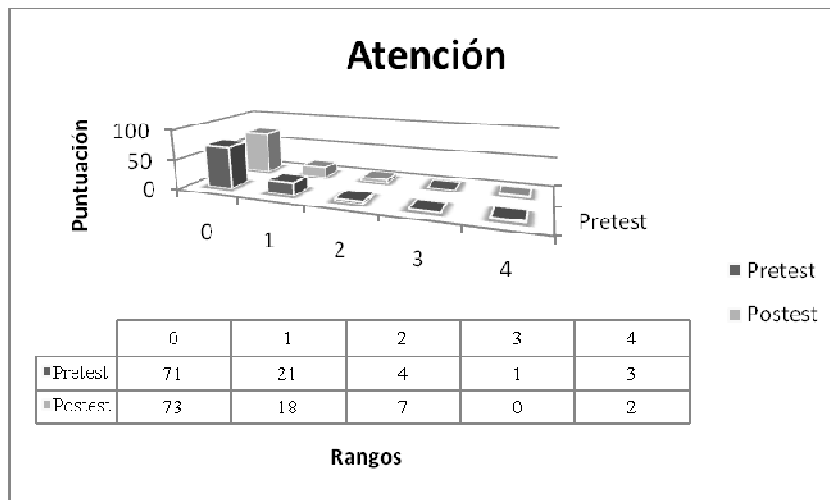


Figura 1 – Atención durante el pre test y el post test

En la Figura 1 se puede ver que tanto en el pretest como en el posttest obtuvieron las puntuaciones más altas en el ítem N° 0, indicando que son capaces de retener los elementos de la serie y si cometen errores son capaces de corregirlos espontáneamente o con ayuda del evaluador.

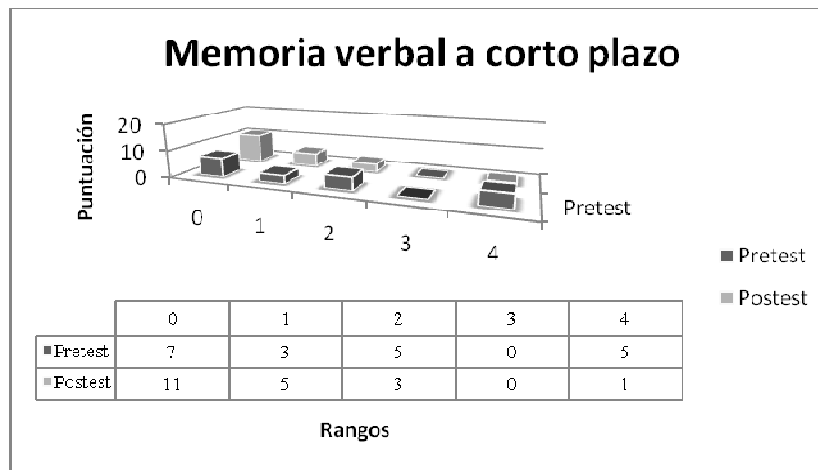


Figura 2 – Memoria verbal a corto plazo durante el pre test y el post test

En la Figura 2 se aprecia que tanto en el pretest como en el postest los ancianos obtuvieron las puntuaciones más altas en el ítem N° 0 que indica que pueden retener seis o más elementos de la serie, aunque puede haber una falla en una o dos palabras o su equivalente a un máximo de 25% de errores, sin embargo, estos pueden ser corregidos espontáneamente o con la ayuda del evaluador.

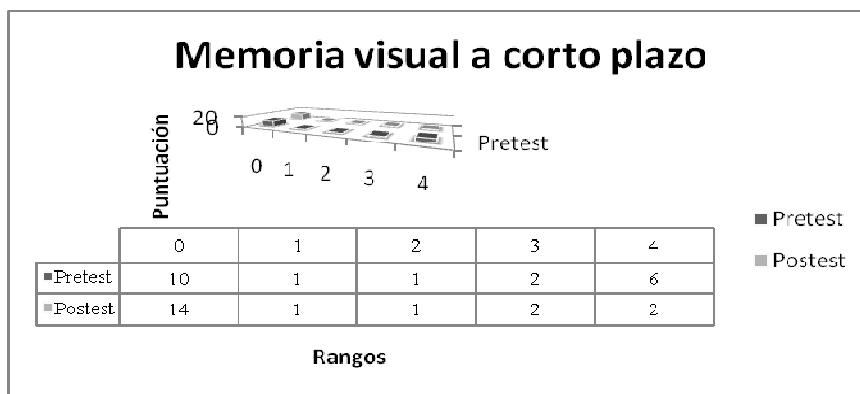


Figura 3 – Memoria visual a corto plazo durante el pre test y el post test

En la Figura 3, se observa que las puntuaciones más altas están en el ítem N° 0 tanto en el pretest como en el postest, donde todos los ancianos erraron en dos figuras (o su equivalente a un máximo de 32% de errores) respetando forma y tamaño sin dificultades y en caso de fallar en una figura fueron capaces de corregir espontáneamente o con la ayuda del evaluador.

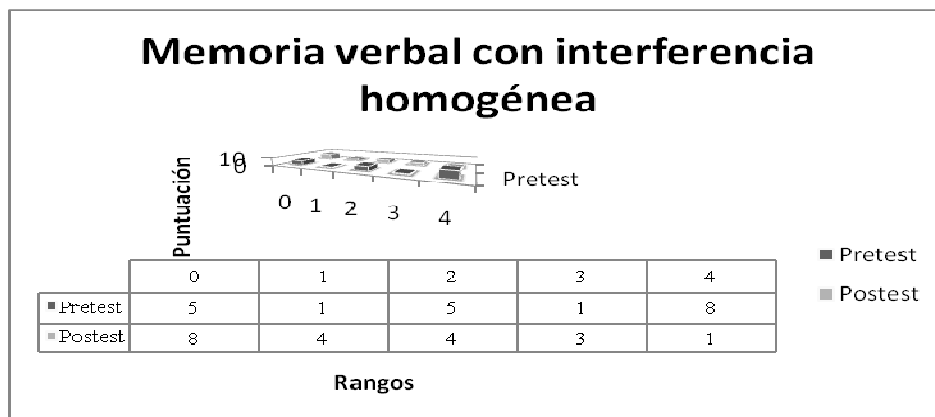


Figura 4 – Memoria verbal con interferencia homogénea durante el pre test y el post test

En la Figura 4 se identifica que las mejores puntuación se encuentran en el ítem N° 0, donde los ancianos en general tuvieron una retención y evocación completa de ambas series de palabras con desórdenes de algunas de ellas y en caso de cometer algún error fueron capaces de corregirlo espontáneamente.

Del mismo modo obtuvieron casi la misma puntuación en el ítem N° 2 en ambos casos, esto quiere decir que los ancianos tuvieron una retención inmediata de ambas series de palabras con evocación de parte de ambas series, hubo una que otra contaminación, perseveraciones y falsos reconocimientos, latencias de intensidad moderada y hay que mencionar que los ancianos no pudieron reconocer sus errores.

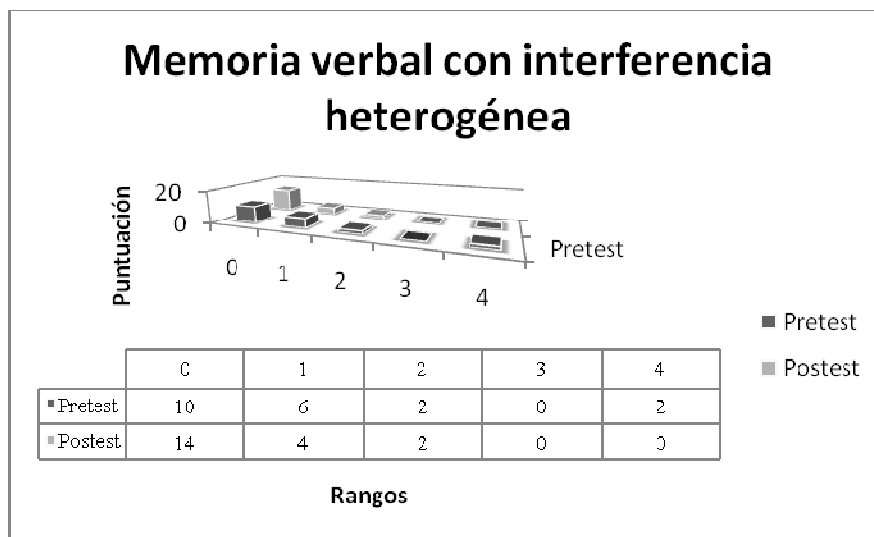


Figura 5 - Memoria verbal con interferencia heterogénea durante el pre test y el pos test

La Figura 5 muestra que tanto en el pretest como en el posttest los ancianos obtuvieron las puntuaciones más altas en el ítem N° 0 que señala que pudieron haber fallado en una palabra (o su equivalente a un máximo de 20% de errores) por cada prueba en tiempo y forma adecuados. Corrigen los eventuales errores espontáneamente o con ayuda del evaluador.

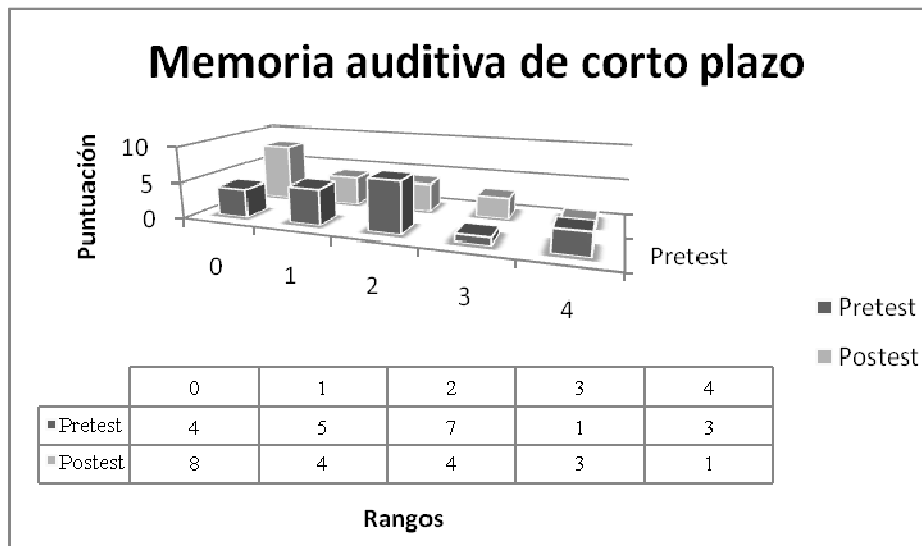


Figura 6 - Memoria auditiva de corto plazo (memoria de cifras)

En la figura 6 se puede ver que la mayor puntuación de 8 se encuentra en el ítem N° 0; es decir, los señores fallaron en una o dos cifras (o su equivalente a un 25% máximo de errores) y sobre todo lograron corregir los eventuales errores que pudieran cometer. En el ítem N° 1 y 2 las puntuaciones son de 4, señala que pueden fallar de cuatro a cinco cifras, existen perseveraciones, falsos reconocimientos, adivinación, contaminación, latencias de intensidad moderada y no pueden corregir los errores. En los ítems N° 3 la puntuación es de 3, quiere decir que pueden fallar en seis cifras, asociaciones semánticas incontroladas, fenómeno de primacia o recencia alguna que otra confabulación y sobre todo perplejidad.

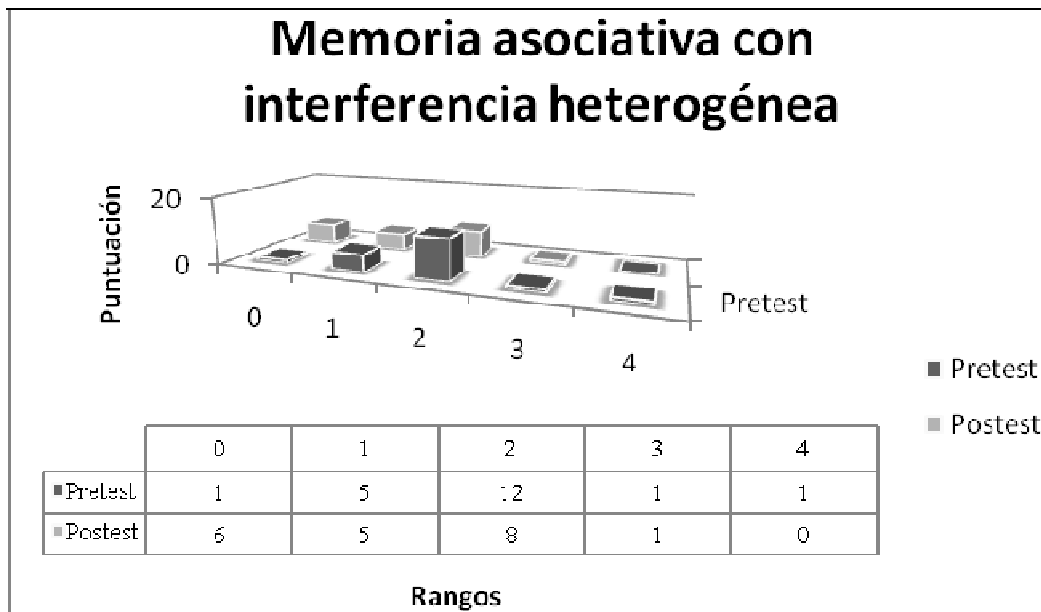


Figura 7 - Memoria asociativa con interferencia heterogénea

En la figura 7 se muestra que la mayor puntuación obtenida por los ancianos es de 8 y se encuentra en el ítem N° 2, señala que falla en cuatro o cinco palabras (o su equivalente a un máximo de 62% de errores); contaminación, perseveración, falsos reconocimientos y adivinación y sobre todo no es capaz de corregir sus errores. En el ítem N° 1 la puntuación fue de 5, quiere decir que fallaron en tres palabras, hubo latencias de intensidad leve, dubitación, efecto relativamente negativo de la tarea interfiriente, lentificación y decaimiento de los trazos o huellas mnésicas, hay un intento de corregir los errores.

En este gráfico la puntuación de 6 se encuentra en el ítem N° 0, señala que falla en una o dos palabras (o su equivalente a un máximo de 25% de errores); con respecto al orden de las palabras, en caso de cometer errores los corrigen espontáneamente o con ayuda del evaluador.

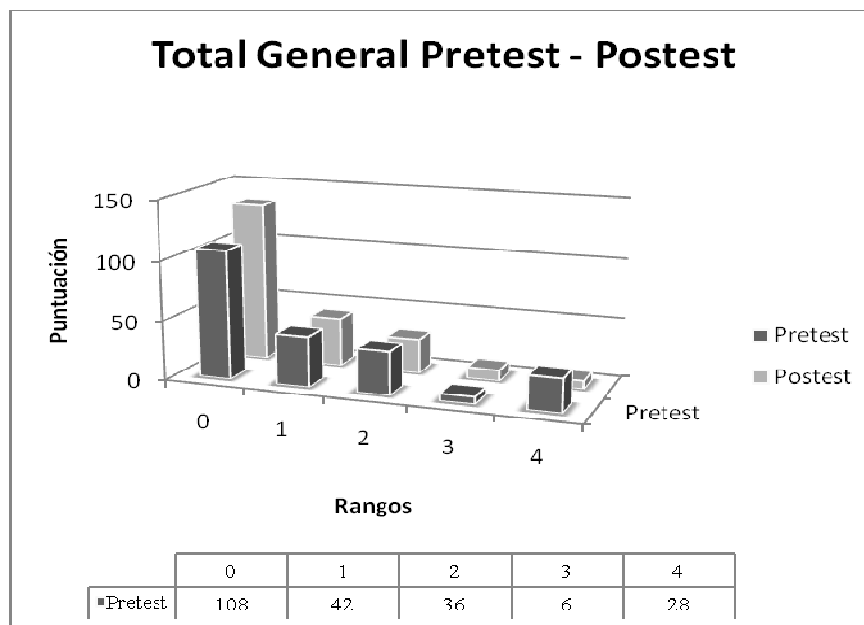


Figura 8 – Total general Pretest – Postest

En la figura 8 se puede ver que la puntuación más alta obtenida en toda la prueba del pretest es de 108 que también se ubica en el ítem N° 0, indicando que el deterioro de la memoria en los ancianos del asilo es muy baja o casi inexistente; las personas son capaces de retener los elementos de la serie por su propia cuenta o muchas veces con ayuda del evaluador. La siguiente puntuación de 42, se encuentra en el ítem N° 1 que indica que en algunos residentes el deterioro de la memoria es de manera leve, hay cierta lentificación al realizar la tarea y por más de que intentan corregir los errores no lo hacen con éxito; esto puede estar afectado por el entorno social y hasta psicológico en el que viven los residentes. Una puntuación de 36 se encuentra en el ítem N° 2, que indica que si hay un moderado deterioro de la memoria puede deberse a que hay contaminaciones o interferencias en el momento que se está desarrollando la memoria. En el ítem N° 3 se obtuvo una puntuación de 6 que significa que los ancianos pueden haber fallado en un máximo de 6 palabras o cifras existen asociaciones semánticas patológicas y algunos fenómenos de recencia o primacia. No son capaces de corregir sus errores. Por ultimo en el ítem N° 4 se obtuvo en el pretest una puntuación de 28 en este rango se pudo observar que algunos ancianos no pudieron responder a la tarea planteada y que tampoco pudieron retener ningún elemento de la serie de palabras o cifras.

En la figura 8 se observa que la puntuación más alta obtenida en el postest es de 134 que también se ubica en el ítem N° 0, indicando que el deterioro de la memoria en los ancianos del asilo es muy baja o casi inexistente; las personas son capaces de retener los elementos de la serie por su propia cuenta o muchas veces con ayuda del evaluador.

La siguiente puntuación de 41, se encuentra en el ítem N° 1 que indica que en algunos residentes el deterioro de la memoria es de manera leve, hay cierta lentificación al realizar la tarea y por más de que intentan corregir los errores no lo hacen con éxito; esto puede estar afectado por el entorno social y hasta psicológico en el que viven los residentes. Una puntuación de 29 se encuentra en el ítem N° 2, que indica que si hay un moderado deterioro de la memoria puede deberse a que hay contaminaciones o interferencias en el momento que se está desarrollando la memoria.

Se puede decir que en la aplicación de la prueba tanto como en el pretest como en el postest las puntuaciones más altas se obtuvieron en el ítem N° 0, es decir que los ancianos si pudieron retener elementos de series o cifras esta puntuación puede verse afectada por un sentimiento de culpa al haber sido abandonados por su familia que debería ser responsable de la atención del anciano.

Conclusiones y Discusión:

Para el presente estudio se tomó en cuenta una revisión del estado de la cuestión de la memoria intencional desde una doble vertiente: los procesos psicológicos básicos implicados en la memoria a corto plazo y las regiones neuronales que parecen sostener estos procesos cognitivos. Valor que se ha añadido a la demostrada importancia clínica que los problemas de olvido de intenciones tiene en la vida real de la personas para su autonomía personal y social.

A lo largo de este trabajo se ha podido comprobar que la investigación en el procesamiento de las intenciones aparece en estos momentos más orientada a los procesos de recuperación de la intención en el momento adecuado. Esto se ha constatado tanto en el aspecto cognitivo como en el aspecto neuropsicológico. El resto de la secuencia intencional ha quedado, en este sentido, bastante más abandonada. El estudio de la formación de la

memoria, los procesos que dan activación a las intenciones para que éstas se mantengan en el tiempo o la evaluación de las consecuencias de la realización de la tarea ha conllevado la realización de muy pocos trabajos experimentales.

Se debe recordar que el objetivo general planteado fue el de una elaboración de talleres para afianzar la memoria a corto plazo en personas de la tercera edad, el cual incluye las dimensiones de atención, asociación, visualización, lenguaje y organización o cálculo. Para alcanzar este objetivo se eligió como instrumento la aplicación de ejercicios para mejorar la memoria. Así mismo cabe señalar que en los resultados obtenidos entre el Pretest y el postest, hubo un incremento significativo, en líneas generales se puede afirmar que los ejercicios para mejorar la memoria tuvieron un efecto positivo en la estimulación de la memoria.

A muchas personas les resulta útil planificar las tareas, hacer listas de las cosas pendientes y utilizar notas, calendarios y otras ayudas para la memoria. También pueden recordar mejor las cosas si las conectan mentalmente con otras que tengan un significado para ellas, como nombres o canciones conocidas o los versos de un poema.

El estrés, la ansiedad o la depresión pueden hacer que una persona se olvide de las cosas más frecuentemente. Las fallas de la memoria causadas por estas emociones son generalmente temporales y desaparecen cuando estos sentimientos se superan. Sin embargo, si este estado de ánimo persiste durante largo tiempo, es importante buscar la ayuda de un profesional. El tratamiento puede incluir psicoterapia o medicamentos, o una combinación de ambos.

A medida que las personas saludables envejecen, pasan por algunos cambios físicos y mentales. Sin embargo, se puede evitar mucho dolor y sufrimiento, si las personas mayores, sus familias y sus médicos reconocen que la demencia es una enfermedad y no forma parte del proceso normal de envejecimiento.

La red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia. Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos ha sido señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando al

mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada, falta de afecto, etc.

En relación a los objetivos específicos se puede plantear que las desventajas de la atención por parte del cuidador familiar estarían relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere de especialización. La falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidado y los problemas económicos. El cuidado de los familiares a los viejos enfermos produce en los cuidadores problemas de diversa índole: influye en el desarrollo normal de sus actividades laborales, produce privaciones en el cónyuge e hijos y restringe su vida social, generando agotamiento físico, estrés y angustia.

En este sentido las políticas de salud para este grupo etáreo deberían orientarse hacia la gerontología preventiva, la cual podría detectar precozmente las alteraciones funcionales en los ancianos, de índole física, mental o social, ya que detrás de ellas suelen existir una serie de procesos patológicos no diagnosticados ni tratados que pueden mejorar o curar en un elevado porcentaje de casos, si son abordados adecuadamente.

Si esto no se tiene en cuenta, el pase a la cuarta edad se verá acompañado de situaciones de dependencia que hacen dificultosa su permanencia en el seno de la familia. Si lo analizamos desde la perspectiva del geronte, desconocemos el grado de aceptación de los mismos de permanecer alejados de su entorno familiar. Se sabe que la familia muchas veces no es la mejor de todas en las respuestas a las necesidades de los ancianos, a pesar de que en la vejez es cuando esta adquiere un papel especial debiendo proporcionar respaldo y compañía.

Artículo recibido en: Septiembre 2009

Manejado por: Editor en Jefe- IICC

Aceptado en: Diciembre 2009

REFERENCIAS

1. Adams, C. (1991). *Qualitative age differences in memory for text: A life-span. Developmental perspective*. Psychology and Aging, 6, 323-336.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*, Barcelona: Masson.
3. 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.
4. Bartlett, J.C. Y Leslie, J.E. (1986). *Aging and memory for faces versus single views of faces*. Memory and Cognition, 14, 371-381.
5. Benedet, M.J., Seisdedos, N. (1996). *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
6. Bermejo R, Vega S, Olazarán J, Fernández C, Gabriel R. (1998) *Alteración cognitiva en el anciano*. Revista Clinica Española; vol. 198, Nº 3.
7. Brebión, G.; Smith, M.J. Y Ehrlich, M. F. (1997). *Working Memory and Aging: Deficit of Strategy differences?* Aging, Neuropsychology and Cognition, 4 (1), 58-73.
8. Bront J. (1982) *Name recall as a Function of Introduction Time*. Psychological Reports 50: 377-78
9. Calero, M. D. (2000). *Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. En Fernández- Ballesteros, R. (directora). Gerontología Social. Madrid: Pirámide.
10. Craik, Fim (2002) *Cambios en la memoria humana relacionados con la edad*. En: Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwarz N., Madrid: Interamericana.

11. Dobbs, A. R. Y Rule, B. G. (1989). *Adult Age Differences in working memory*. Psychology and aging, 4 (4), 500-503.
12. E.F.E. (2005). Disponible en:
<http://www.sld.ci/sitios/gerucuba/temas.php?idv=5770>
13. Hultsch, D. F. Y Dixon, R. A. (1990). *Learning and memory in aging*. En Birren, J. E. y Schaie, K. W. Obra Completa.
14. Klatzky, R.L. (1991) *Let's be friends*. American Psychologist, 46, 43-45.
15. Kral V.A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. Can. Med. Association, 86: 257-260.
16. Makatura Cj, Lam Cs, Leahy Bj, Castillo Mt, Kalpakjian C. Z, (1999). *Standardized memory tests and the appraisal of everyday memory*. Brain Injury. May; 13(5):355-67.
17. Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A., De Andrés, M.E., Claver, M.D. (1997) *Manual de recomendaciones. Como mejorar la memoria*. Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
18. Montenegro M, Montejo P, Reinoso A., De Andrés M., Claver M. (1998) La Memoria en los Mayores. *Enginy Revista de Psicología*. 8: 129-157.
19. OMS. (1994) *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD10)* Madrid: Meditor.
20. Park D.C., Gutchess A.H. (2002). *Envejecimiento cognitivo y vida cotidiana*. En Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwarz N., Madrid: Interamericana.
21. Poon, L. W. (1985). *Differences in human memory with aging: nature, causes and clinical implications*. En Birren J.E. y Shaie, K. W. (Ed), 427-462.
22. Poon, L.W., Rubin, D.C., Wilson, B.A. (Eds). (1989) *Everyday cognition in adulthood and late life*. New York: Cambridge University Press.

23. Robinson, F.P. (1970). *Effective Study*. New York: Ed. Harper & Row.
24. Hernandez,, R. FERNANDEZ, C. BAPTISTA, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F: McGraw-Hill
25. Schacter D.L. (2003). *Los siete pecados de la memoria*. Barcelona: Ariel.
26. Schacter, D. L. (1987). *Implicit memory: history and current status*. Journal of experimental Psychology: learning, memory and cognition, 13, 501-518.
27. Sharps, M. J. Y Gollin, E. S. (1987). *Memory for object locations in young and elderly adults*. Journal of Gerontology, 42, 336-341.
28. Sunderland A, Harris J, Baddeley A. (1983). *Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study*. Journal of verbal learning and verbal behavior, 22:341-357.
29. Sunderland A, Harris Je, Gleave J. (1984). *Memory Failures Everyday Life Following Severe Head Injury*. Journal of Clin Neurol; 6, 127-142.
30. West, R.L Y Sinnott, J.D. (1992). *Everyday memory and aging: Current research and methodology*. New York: Springer-Verlag.
31. West, R.L. (1986). *Everyday memory and aging*. Developmental Neuropsychology, 2, 323-344.