



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Evaluación de un programa de estimulación cognitiva en un grupo de
Adultos Mayores de la ciudad de Loja**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: González Armijos, María Soledad

DIRECTORA: Cisneros Vidal, María Aránzazu, Mgtr.

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Aránzazu Cisneros Vidal

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Evaluación de un programa de estimulación cognitiva en un grupo de Adultos Mayores de la ciudad de Loja realizado por María Soledad González Armijos, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo María Soledad González Armijos declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Evaluación de un programa de estimulación cognitiva en un grupo de Adultos Mayores de la ciudad de Loja, de la Titulación de Psicología, siendo María Aránzazu Cisneros Vidal directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....
Autor: González Armijos María Soledad
Cédula: 1104914302

DEDICATORIA

A Papá Dios

Refugio seguro en medio de las tribulaciones

Consuelo cuando todo parece difícil

Y amor inagotable que sana todo dolor.

A mi madre

Manos que se han deshecho por mi

Luchadora incansable que ha forjado quien soy

Bendición infinita que no tendré como pagar.

A mi abuelita

La segunda madre que mi Señor me regaló

Huella imborrable de mi vida

Candor que descendió del cielo y se hizo mujer.

A Dandy

Ojitos amarillos cafés y verdes en el sol

Uñitas que adoro oír cuando llego a casa

Alegría de mis días soleados y nublados.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Papá Dios por brindarme fortaleza en los momentos difíciles y por el amor infinito con que me ha amado.

Agradezco a mi madre y a mi abuelita por acompañarme a lo largo de estos años y por todos los sacrificios que han hecho para que yo haya llegado hasta aquí. Sé que sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja y a cada uno de los docentes que han contribuido en mi formación académica.

Agradezco de forma especial a mí directora de tesis, Mgtr. María Aránzazu Cisneros Vidal, por su paciencia, por compartir sus conocimientos, a través de los cuales he aprendido mucho, y por sus consejos que me han orientado a lo largo del desarrollo de este trabajo.

Agradezco al Centro de Día, a su personal y a cada uno de los adultos mayores. Gracias por la apertura y por la colaboración brindada. Me llevó en mi corazón cada una de las experiencias que vivimos juntos.

Agradezco a mis compañeros de aula y a mis amigos. Gracias por aportar no solo en mi formación profesional sino también por participar en mi crecimiento como persona.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1. Envejecimiento.	6
1.2. Modelos de envejecimiento.	7
1.2.1. Envejecimiento exitoso.	7
1.2.2. Envejecimiento saludable.	8
1.2.3. Envejecimiento activo.	9
1.3. Envejecimiento y deterioro cognitivo.	10
1.3.1. Deterioro cognitivo leve.	10
1.3.2. Deterioro cognitivo moderado.	12
1.4. Deterioro de las funciones cognitivas en el envejecimiento.	14
1.4.1. Lenguaje.	14
1.4.2. Memoria.	15
1.4.3. Atención.	17
1.4.4. Funciones ejecutivas.	18
1.5. Estimulación cognitiva en adultos mayores.	19
1.5.1. Estrategias de estimulación cognitiva.	21
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	27
2.1. Objetivos.	28
2.1.1. General.	28
2.1.2. Específicos.	28
2.2. Hipótesis de investigación.	28
2.3. Diseño de investigación.	28
2.4. Contexto.	28
2.5. Muestra.	29
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	30
2.6.1. Métodos.	30
2.6.2. Instrumentos.	30
2.7. Procedimiento.	34
2.8. Recursos.	35
2.9. Análisis de datos.	36
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
3.1. Resultados obtenidos.	38
3.1.1. Variables sociodemográficas.	38
3.1.2. Análisis de las fichas de registro del programa OnMente.	42
3.1.3. Resultados obtenidos en la evaluación inicial y retest.	45
3.2. Discusión de resultados.	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Definiciones de Envejecimiento	6
Tabla 2: Clasificación de intervenciones cognitivas de acuerdo al tipo de deterioro	13
Tabla 3. Sistemas de la memoria propuestos por dos modelos y sus cambios en el envejecimiento	16
Tabla 4. Variables sociodemográficas de los adultos mayores	29
Tabla 5. Estructura de CAMDEX-R	31
Tabla 6. Estructura del programa OnMente	34
Tabla 7. Actividades de Atención	42
Tabla 8. Actividades de Funciones Ejecutivas	43
Tabla 9. Actividades de Lenguaje	44
Tabla 10. Actividades de Gnosias	44
Tabla 11. Actividades de Memoria	45
Tabla 12. Resultados de la evaluación inicial y retest	46
Tabla 13. Correlaciones entre Nivel de Instrucción, Alfabetismo, MMSE, CAMCOG y GDS-FAST	49
Tabla 14. Prueba <i>t</i> de grupos de acuerdo a nivel de instrucción y alfabetismo	49
Tabla 15. Medias de MMSE y CAMCOG	50
Tabla 16. Prueba <i>t</i> de MMSE y CAMCOG	50
Tabla 17. Medias de las áreas cognitivas del CAMCOG	51
Tabla 18. Prueba <i>t</i> de las áreas cognitivas del CAMCOG	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Lugar de residencia de los adultos mayores	38
Figura 2. Tipos de ingresos de los adultos mayores	39
Figura 3. Red social amplia de los adultos mayores	39
Figura 4. Frecuencia de las visitas de los adultos mayores a sus amistades	40
Figura 5. Frecuencia con la participan los adultos mayores en juegos (dómino, cartas u otros)	40
Figura 6. Frecuencia con la que leen los adultos mayores	41
Figura 7. Frecuencia con la que realizan actividad física (3 veces por semana) los adultos mayores	41

RESUMEN

La estimulación cognitiva es una herramienta importante para el mantenimiento del estado cognitivo de los adultos mayores. El presente estudio evalúa la efectividad del programa de estimulación cognitiva OnMente. El diseño metodológico usado es de tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo, cuasi experimental y longitudinal. La muestra estuvo conformada por 13 adultos mayores pertenecientes a un Centro de Día de la ciudad de Loja.

Dentro del proceso se identificó el estado cognitivo de los adultos mayores, a través de una valoración inicial. Luego se aplicó las actividades del programa y finalmente se realizó un retest. Los instrumentos usados fueron: Prueba de Exploración Cambridge, Escala de Deterioro Global y Programa OnMente.

En cuanto a los resultados obtenidos se destaca que el programa evaluado, logró mantener a más de la mitad de la muestra, en el mismo nivel o estadio en que se ubicaban cuando se realizó la evaluación inicial. Por lo cual se considera al programa OnMente como útil para la estimulación cognitiva de los adultos mayores, que presentan deterioro cognitivo leve y moderado.

PALABRAS CLAVES: Adultos mayores, programa de estimulación cognitiva, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

Cognitive stimulation is an important tool for the maintenance of the cognitive status of older adults. The present study evaluates the effectiveness of the OnMente cognitive stimulation program. The methodological design used is quantitative, descriptive, correlational, quasi-experimental and longitudinal. The sample was composed of 13 older adults belonging to a Day Center of the city of Loja.

Within the process identified the cognitive state of older adults, through an initial assessment. Then applied the program activities and was finally carried out a retest. The instruments used were: Scan Test Cambridge, Scale of Global Deterioration and OnMente Program.

With regard to the results obtained, it was stressed that the program evaluated, managed to keep more than half of the sample, at the same level or stage in which were located at the time of the initial evaluation. Therefore OnMente program is considered as useful for cognitive stimulation of older adults, who have mild to moderate cognitive impairment.

KEYWORDS: older adults, cognitive stimulation program, cognitive impairment

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) afirma que la población de personas mayores a los 60 años incrementará de forma notable. Se estima que entre 2015 y 2050 el aumento será casi del doble, es decir de un 12% a un 22%.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011) sostiene que tanto en América Latina y el Caribe existen cambios importantes en el perfil demográfico de la población de adultos mayores. Se considera que la esperanza de vida para el 2050 se incrementará, de manera que 81% de las personas que nacen en esta región superará los 60 años mientras que el 42% sobrepasará los 80 años.

A nivel de Ecuador, a través del último Censo de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2010), se puede conocer que los habitantes que tienen más de 65 años han aumentado, debido al incremento de los índices de natalidad en estas generaciones. Mientras que en Loja, localidad en la cual se desarrolló esta investigación, el 6,89% de la población del cantón es Adulta Mayor, con una tasa de Envejecimiento del 23,09.

Todos los datos anteriormente mencionados reflejan la transición demográfica que está teniendo lugar a nivel mundial y de forma particular en Ecuador y en la región sur del país. Esto supone que tanto los estados, las organizaciones, como la sociedad en general necesitarán estar preparados en diversos ámbitos para atender a esta población creciente.

Asistir a la población de adultos mayores involucra garantizar y proporcionar condiciones en las que sea posible el bienestar y la calidad de vida. Para los adultos mayores es trascendental la autonomía; y durante el envejecimiento esta área precisamente sufre importantes cambios debido al normal proceso de deterioro o por la presencia de enfermedades. Rikli y Jones (2000) afirman que el envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales. Los mismos que en conjunto producen pérdidas de las destrezas para realizar actividades de forma independiente (citados en Rodríguez, 2011).

Los cambios cognitivos en la vejez afectan de forma significativa la vida de los adultos mayores. Por ello son valiosas todo tipo de actividades que tengan como fin mejorar o desarrollar la salud mental de los gerontes. Uno de los métodos que permite paliar los efectos del deterioro cognitivo son los programas de estimulación.

Por todo lo expuesto se consideró oportuno realizar esta investigación, cuyo fin es determinar la efectividad del Programa de Estimulación Cognitiva OnMente en un grupo de Adultos Mayores de la ciudad de Loja.

El diseño metodológico usado es de tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo, cuasi experimental y longitudinal. La muestra estuvo conformada por 13 adultos mayores pertenecientes a un Centro de Día de la ciudad de Loja. Dentro del proceso se identificó el estado cognitivo de los adultos mayores, a través de una valoración inicial. Luego se aplicó las actividades del programa y finalmente se realizó un retest. Los instrumentos usados fueron la Prueba de Exploración Cambridge [CAMDEX-R] y la Escala de Deterioro Global [GDS-FAST].

Adicionalmente es imprescindible señalar las limitaciones que se presentaron en este estudio. Lo ideal hubiese sido trabajar con una muestra más amplia pero se dieron inconvenientes como: a) asistencia esporádica al centro, b) retiro del centro por enfermedad física y c) otros motivos. Y la investigación se concentró únicamente en un sitio, es necesario que para futuros estudios se considere trabajar con muestras más diversas.

A pesar de ello este trabajo brinda un aporte valioso, en el sentido de que genera nuevo conocimiento que puede permitir el desarrollo de más investigaciones, enfocadas al tema de la estimulación en adultos mayores a través de programas. Asimismo introduce el cuestionamiento de si existen herramientas de estimulación cognitiva, que estén realmente adaptadas o que sean efectivas para la población de gerontes analfabetos.

Esta tesis se encuentra compuesta por tres capítulos. En el primer capítulo se aborda el marco teórico que sustenta esta investigación, en el segundo capítulo se expone la metodología usada así como el proceso de recolección de datos y los instrumentos con sus características. Y finalmente en el tercer capítulo se describen los resultados obtenidos y se realiza la discusión.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Envejecimiento.

Definir el término envejecimiento resulta dificultoso, ya que no existe un consenso universal de que significa. Lo cual se debe a su generalidad como concepto y a las múltiples interpretaciones que se le ha dado desde diferentes enfoques. Sobre este punto autores como Cardona y Peláez (2012), opinan que:

El concepto que cada individuo tiene de la vejez es una construcción cultural que involucra las formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad funcional, los modelos de conducta, la educación, la religión, la marginación, la ética, la política y otros ámbitos de organización social y cultural (p. 337).

Al estar tantos aspectos involucrados en la conceptualización del envejecimiento, no es de extrañar que no exista una definición única. Para conocer los criterios de algunos autores sobre este tema véase la Tabla 1.

Tabla 1. Definiciones de Envejecimiento

Autor/Año	Definición
Robles (2006)	Proceso de declive funcional, cognitivo, social, económico y político, el cual culmina con la muerte. La enfermedad crónica, por su parte, añade más dependencia a la vejez porque produce incapacidades de tipo biológico y funcionales progresivas e irreversibles, y finaliza también con la muerte.
Barraza y Castillo (2006)	Proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.
Reyes y Castillo (2011)	Proceso que se caracteriza por alteraciones somáticas morfofuncionales y psicológicas que provocan la disminución de las facultades físicas y cognoscitivas, que se agravan generalmente por la pérdida progresiva de seres queridos, la disminución de recursos económicos y la pérdida de jerarquía en el seno de la familia que potencializan el deterioro de la personalidad del anciano.
Rodríguez (2011)	Proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos.
Alvarado y Salazar (2014)	Proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana.

Fuente: Robles (2006), Barraza y Castillo (2006), Reyes y Castillo (2011), Rodríguez (2011), Alvarado y Salazar (2014)

Elaboración: Autora

Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009), sostienen que existen tres vertientes comunes que se utilizan para definir la vejez. Estas son:

1. **Biológica:** incluye los cambios morfofuncionales en una línea cronológica.
2. **Psicológica:** abarca los cambios en los procesos psicológicos básicos y en la personalidad.
3. **Social:** incluye el crecimiento poblacional, la participación junto con la integración de los adultos mayores y las condiciones económicas en la vejez (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009).

Tomar como referencia solo una de estas vertientes sería un error, dado que las personas nos desarrollamos en un ambiente que contempla aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por ello sería más apropiado optar por una orientación biopsicosocial.

1.2. Modelos de envejecimiento.

Producto de la diversidad de conceptualizaciones y enfoques sobre el envejecimiento, se han generado algunos modelos que pretenden brindar una visión positiva sobre este proceso. Entre estos se incluyen:

1.2.1. Envejecimiento exitoso.

Planteado por Rowe y Khan en 1987, considera el envejecimiento como un concepto que va más allá de la buena salud y que abarca varios factores biopsicosociales (citado por López, 2013).

Según Francke, González y Lozano (2011), este modelo contempla la combinación de tres componentes principales:

- **Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez:** No solo implica la presencia o ausencia de enfermedades, sino que también toma en cuenta aquellos factores de riesgo que influyen en el apareamiento de una enfermedad.
- **Alto funcionamiento físico y cognitivo:** Engloba el mantenimiento de la salud física y mental, así como su importancia dentro de la autonomía, calidad de vida y capacidad funcional.
- **Compromiso activo con la vida:** Abarca redes de apoyo, el uso del tiempo para la realización de actividades productivas y la participación en la comunidad (Francke, González y Lozano, 2011).

Autores como Tate, Lah y Cuddy (2003), sostienen que estos tres componentes se relacionan entre sí, ya que la ausencia de enfermedad o discapacidad hace posible el mantenimiento de las funciones cognitivas y físicas, y a su vez el mantenimiento de estos, permite un compromiso activo con la vida. La combinación de los tres componentes representa plenamente el concepto de envejecimiento exitoso.

1.2.2. Envejecimiento saludable.

Este término fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998), involucra hábitos y estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades y discapacidades. En la misma línea Pérez-Castejón, Durany, Garrigós y Olivé (2007) señalan que “mantener la capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales, son los elementos que definen al envejecimiento saludable o exitoso” (p. 42).

Por otro lado Béland, de Yébenes, Rodríguez-Laso, Pastor y Puime (2006), manifiestan que el envejecimiento saludable es multidimensional y que incluye la salud física, cognitiva y la capacidad funcional. Además agregan que aquellas personas que mantienen estilos de vida sanos (ejercicio físico, uso moderado de alcohol, peso corporal adecuado, buenos hábitos de sueño) e integración social (buena red de apoyo, vida social activa, actividades comunitarias) tienen una mayor probabilidad de vivir más tiempo conservando su capacidad funcional y evitando discapacidades.

Se han citado anteriormente definiciones sobre envejecimiento saludable, sin embargo Carrasco, Foradori, Hoyl, Valenzuela, Quiroga y Marín (2010) indican por su parte que:

No obstante, actualmente no existe una definición operacional de consenso para envejecimiento saludable. Distintos elementos teóricos han sido considerados en las definiciones conceptuales, de los cuales se pueden distinguir dos tendencias, la primera de quienes ven la salud como un proceso dinámico y definen el envejecimiento saludable como un proceso continuo de adaptación positiva a los cambios individuales que ocurren con el paso de los años. La segunda que considera el envejecimiento exitoso como un estado de bienestar objetivable que incorpora tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alta funcionalidad cognitiva y física, y compromiso con la vida. (p.1077)

1.2.3. Envejecimiento activo.

El concepto de envejecimiento activo tiene como antecedentes algunas teorías, entre ellas destacan la propuesta por Cumming y Henry, en 1961, la misma que hace referencia a la desvinculación, donde el envejecimiento es una forma de retiro de la sociedad. Otra teoría importante es la creada por Havighurst, en 1961, la cual menciona que la continua realización de actividades permite que las personas experimenten bienestar (citado por Fernández, Rojo, Prieto, Forjaz, V. Rodríguez, Montes de Oca, Oddone, Á. Rodríguez y Mayoral, 2014).

Por otra parte la OMS (2002) señaló que el envejecimiento activo es un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Asimismo Walker (2008) expresó que el envejecimiento activo es “una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, etc., y también el bienestar social del individuo” (citador por Fernández et al., 2014, p.6).

Además se considera que el término activo alude a una “participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga” (Alvarado y Salazar, 2014, p.61).

Se han mencionado modelos que procuran explicar los cambios que se producen en el envejecimiento. Y se los ha descrito a cada uno por separado, sin embargo es preciso aclarar que en opinión de algunos autores todos estos modelos son similares o forman parte de una misma perspectiva.

Al respecto Ballesteros (2007), expresa que términos como envejecimiento exitoso, saludable, óptimo, satisfactorio, productivo y activo son sinónimos y pertenecen al mismo ámbito semántico. Además señala que “todas estas rúbricas verbales conforman un nuevo paradigma o nueva consideración de la vejez y el envejecimiento” (p.1).

Independientemente de que los modelos sean tratados en forma agrupada o por separado, son valiosos porque aportan la base teórica que permite comprender los procesos inmersos en el envejecimiento. Pero tampoco se puede caer en el error de intentar encuadrar el envejecimiento en una sola teoría o en un grupo de ellas. Esto se debe a que el envejecimiento es complejo y abarca un número importante de aspectos.

1.3. Envejecimiento y deterioro cognitivo.

Envejecer implica experimentar cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dentro del área psicológica tiene lugar el deterioro de las funciones cognitivas. Se entiende por funciones cognitivas al “resultante temporofuncional por la interacción entre la interconexión dinámica de distintas estructuras cerebrales, genéticamente determinadas, con el entorno” (Valdizán, 2008, p.65).

Sobre el deterioro de las funciones cognitivas en la vejez se han realizado numerosas investigaciones, orientadas tanto al declive por enfermedades como a los cambios que se producen en el envejecimiento normal. Aquí cabe precisar que se distingue entre envejecimiento normal y envejecimiento patológico, en el primero se envejece sin sufrir enfermedades físicas y mentales, mientras que en el segundo si existe la presencia de enfermedades (Ballesteros, 2007).

Ya una vez precisado que son las funciones cognitivas, es importante señalar que es el deterioro cognitivo. Según Luque, Carrasco, Peña, Blázquez y de León (2010) se entiende el deterioro cognitivo como “la disminución mantenida en el rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado” (p. 6).

Nuevamente Luque et al. (2010) aportan citando algunas posibles causas del deterioro cognitivo, entre ellas mencionan: “demencias degenerativas, depresión, enfermedades cerebrovasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, cambios posneuroquirúrgicos, etc.; aunque, sin duda, las demencias degenerativas son la principal causa de deterioro cognitivo en la población de mayores” (p. 6). Para identificar a aquellos adultos mayores que podrían desarrollar demencia se usa un el concepto de deterioro cognitivo leve.

1.3.1. Deterioro cognitivo leve.

De acuerdo a Noa, Llibre, Sánchez y Sosa (2011) este término se define como “una alteración de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicársele el diagnóstico de demencia” (p. 30).

Mientras que Roselli y Ardila (2012) afirman que el deterioro cognitivo leve (DCL) es un punto intermedio entre el funcionamiento cognitivo normal y el inicio de una demencia degenerativa, como la enfermedad de Alzheimer (EA). Por otro lado Sánchez-Rodríguez y Torrellas-Morales (2011) sostienen que el DCL es:

Un síndrome que puede presentar déficit cognitivos más allá de lo que cabría esperar, considerando la edad y el nivel cultural del paciente, donde puede o no haber interferencias con la vida diaria y que no cumple los criterios de demencia, y se diferencia del envejecimiento normal en que éste no es progresivo. (p. 300)

De lo anteriormente citado se puede recalcar dos cuestiones. La primera es que existe un posible nexo entre adolecer DCL y el desarrollar EA. Para Nelson y O'Connor (2008) una gran mayoría de los pacientes que reciben un diagnóstico de DCL eventualmente será diagnosticada de demencia, y solo un pequeño porcentaje no.

Y la segunda cuestión es que se considera las dificultades de memoria como principal indicador de que se tiene DCL. Otero y Fontán (2003) señalan cinco criterios diagnósticos de DCL, que fueron establecidos por Petersen, y que precisamente atañen a la memoria:

- 1) Síntomas subjetivos de pérdida de la memoria;
- 2) Estos síntomas son confirmados por terceros, informantes válidos.;
- 3) El estudio neuropsicológico de la memoria muestra un descenso consistente pero moderado en el testado;
- 4) Las actividades de la vida diaria (AVD) permanecen normales (no cumplen criterios de diagnóstico de demencia);
- 5) Esta situación no puede ser explicada por otra causa médica. (citado por Otero y Fontán, 2003, p. 8)

A pesar de lo que se ha referido, en el DCL también se pueden presentar alteraciones en otras funciones diferentes a la memoria. Por lo cual se han establecido tres principales subtipos. Roselli y Ardeli (2012) los señalan:

- (a) El primer subtipo, correspondería al DCL clásico con alteraciones objetivas únicamente en la memoria;
- (b) el segundo grupo de DCL no incluiría alteraciones de memoria sino dificultades en algún otro dominio cognitivo, dentro de los que se incluyen atención, lenguaje, funciones ejecutivas o funciones visoespaciales);
- (c) El tercero implicaría trastornos en al menos dos dominios cognitivos. (p. 153)

Con todo lo expuesto es razonable decir que el estudio y la detección del deterioro cognitivo leve es importante. Para Otero y Fontán (2003) el diagnóstico adecuado de DCL es vital porque implica:

- a) Un pronóstico posiblemente ominoso. Como veremos un alto porcentaje de sujetos con DCL desarrollan EA en el curso del tiempo por lo cual deben someterse a un control periódico.
- b) Una responsabilidad ética para

el médico ya que supone para el paciente una serie de posibles decisiones a futuro. c) Eventualmente un tratamiento específico (p.8).

1.3.2. Deterioro cognitivo moderado.

La Escala de Deterioro Global [GDS] de Reisberg (1988), señala que el déficit cognitivo moderado corresponde con una demencia en estado leve. Asimismo indica que este tipo de deterioro viene a continuación del deterioro cognitivo leve. Además considera que dentro del deterioro cognitivo moderado se producen dificultades en memoria (hechos cotidianos e historia personal), concentración y planificación. A pesar de esto no se originan problemas en orientación, reconocimiento de rostros familiares y la capacidad para viajar a lugares conocidos.

Sobre la demencia en estado leve, Díaz y Sosa (2010) manifiestan:

Es la fase inicial en las demencias, un síndrome cuyas afectaciones intelectuales repercuten en las actividades sociales y laborales del sujeto y donde su detección y tratamiento temprano resulta vital para la lentificación del curso involutivo de esta y el mantenimiento de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria. (pp. 1-2)

Por otro lado la escala de Clasificación de la Demencia Clínica [CDR] de Hughes, Berg, Danziger, Coben y Martin (1982), expresa que el deterioro moderado incluye una pérdida de la memoria más profunda que la que se produce en el deterioro leve. Así como desorientación en espacio y lugar, falta de buen juicio e independencia, dificultades con el manejo de problemas y la disminución de intereses (Dementia Care Central, s.f.).

En la misma línea Centromente (2016) refiere que

El deterioro cognitivo moderado se caracteriza por una agudización de los problemas que se habían detectado anteriormente y por tanto, conlleva una dependencia por parte de su familia. Estos problemas pueden ser una mayor alteración de la memoria y del lenguaje, cambios en el carácter y mayor afectación para las actividades de la vida diaria. (párr. 1-2)

Sobre este mismo tema Bueno, Cerrato y Lezaun (2006), sostienen:

La etapa más temprana es el deterioro cognitivo leve, en el que los pacientes desarrollan amnesia pero son funcionalmente autónomos para las actividades de la vida diaria (AVD). En los pacientes en estadios de leve a moderado,

aparecen los déficit en otros dominios cognitivos y las AVD instrumentales están totalmente afectadas. Finalmente, los pacientes con deterioro de moderado a grave tienen una alteración cognitiva mayor que puede alterar su funcionamiento en las AVD incluso básicas. (p. 42)

Como contribución en este apartado Díaz y Sosa (2010), han elaborado un compendio de intervenciones tanto para el deterioro leve y moderado. El mismo que se presenta a continuación:

Tabla 2. Clasificación de intervenciones cognitivas de acuerdo al tipo de deterioro

Entidad del sujeto	Deterioro cognitivo leve e incipiente demencia	Demencia leve y deterioro cognitivo moderado
Tipo de intervención terapéutica	Animación gerontológica, Reeducación neuropsicológica y Estimulación cognitiva	Reeducación neuropsicológica y Estimulación cognitiva
Lugar	-Hospital de día geriátrico -Sala de rehabilitación -Centro comunitario de salud mental -Círculo de abuelo -Hogar de ancianos -Hogar	-Hospital de día geriátrico -Hogar de ancianos -Sala de rehabilitación -Centro comunitario de salud mental -Hogar
Responsables	Equipo multidisciplinario (neuropsicólogo, psicogeriatra, logopeda, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerontólogo y personal debidamente entrenado)	Equipo multidisciplinario (neuropsicólogo, psicogeriatra, logopeda, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerontólogo y personal debidamente entrenado)
Programas/ Técnicas	-Actividades sociolúdicas -Talleres de entrenamiento de la memoria -Talleres de estimulación cognitiva -Psicoestimulación a través de las artes -Propuestas de adaptación al entorno físico -Psicoterapia específica	-Terapia de orientación a la realidad -Terapia de reminiscencia -Psicoestimulación a través de las artes -Propuestas de adaptación al entorno físico -Métodos de comunicación -Terapia de validación -Talleres de entrenamiento de la memoria -Psicoterapia específica

Fuente: Adaptado de Díaz y Sosa (2010)

Elaboración: Autora

Es importante recalcar que no se ha establecido una definición concreta de deterioro cognitivo moderado. Tampoco se han realizado muchas investigaciones y artículos científicos en torno a este término. Principalmente se lo puede encontrar dentro de escalas e instrumentos que valoran la función cognitiva. Por ejemplo en el test Mini Examen del Estado Mental de Folstein (1975) la puntuación que va desde 11 a 20 indica un daño

cognitivo moderado (Universidad Complutense de Madrid, s.f.). Mientras que en la prueba Short-Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer (1975) sitúa que entre 5 y 7 errores existe deterioro moderado (Biología y Salud Mental, s.f.).

1.4. Deterioro de las funciones cognitivas en el envejecimiento.

El proceso de envejecimiento es muy variable y no se produce deterioro en todas las habilidades cognitivas con la misma intensidad, debido a las diferencias individuales y al tipo de envejecimiento que tenga cada persona. A pesar de ello si se han señalado ciertas conclusiones, la primera se refiere al enlentecimiento y menor eficiencia de las funciones cognitivas al envejecer. Luego se ha establecido que las personas mayores recurrentemente aluden problemas de memoria. En cuanto al funcionamiento intelectual se puede decir que la inteligencia fluida decrece a partir de los 30 años, mientras que la inteligencia cristalizada se mantiene constante e inclusive puede incrementarse en edades avanzadas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Zarragoitia (2007) también menciona algunas funciones que sufren afectaciones en el envejecimiento, afirma que estas son: “la atención selectiva, nombrar objetos, fluencia verbal, destreza viso-espacial compleja y análisis lógico” (p. 45).

Lo que se ha mencionado solo es un pequeño esbozo de como las funciones cognitivas se ven afectadas por el envejecimiento. Sin embargo para una mejor comprensión de esta temática, se abordara por separado cada una de las principales funciones cognitivas y los declives que se producen en estas.

1.4.1. Lenguaje.

El lenguaje involucra un conjunto de procesos complejos que permiten al ser humano establecer relaciones sociales, contestar interrogantes sobre su entorno y resolver situaciones cotidianas (Véliz, Riffo y Arancibia, 2010).

Dentro de la comprensión y producción del lenguaje se producen algunos efectos debido al envejecimiento. Los más significativos según Véliz et al. (2010) serían:

- **Reconocimiento auditivo y visual de palabras:** lo cual se produce por la pérdida de la agudeza auditiva y visual en los adultos mayores. Las dificultades en el reconocimiento auditivo conllevan que se presenten inconvenientes para identificar estímulos auditivos y para percibir el habla en ambientes ruidosos, además tiene lugar la pérdida de la sincronía auditiva temporal. Mientras que en el reconocimiento visual de palabras se ve afectada la lectura especialmente en condiciones de poca

iluminación y contraste, así como en aquellas condiciones donde se presentan distractores visuales. El tiempo de respuesta en tareas de decisión léxica es también mayor en adultos mayores.

- **Producción fonológica:** en esta área los adultos mayores presentan dificultades en la recuperación fonológica, que se explica con el efecto “punta de la lengua”, donde de forma temporal no se puede emitir una palabra conocida. Esto se produciría por un fallo en el acceso léxico y en las personas mayores sucede con más frecuencia.
- **Procesamiento en el nivel léxico-semántico:** En esta área no se produce cambios importantes, el nivel léxico-semántico permanece estable aun en edades avanzadas. Los adultos mayores presentan riqueza de vocabulario y preservan las representaciones conceptuales.
- **Procesamiento de oraciones:** En este apartado los adultos mayores presentan dificultades en la comprensión de oraciones complejas y también requieren más tiempo para procesar el contexto oracional de una palabra.
- **Procesamiento del discurso:** Aquí se debe resaltar los modelos de situación, que son representaciones mentales que incluyen la información obtenida del texto así como las experiencias previas. Los gerontes dentro de la comprensión de un discurso conservan los denominados modelos de situación, pero presentan una diferencia con la población joven. Los adultos mayores prefieren usar las experiencias previas para comprender un discurso, mientras que los jóvenes le dan prioridad a la información brindada por el texto. Y en la producción del discurso se evidencia que los adultos mayores experimentan una disminución de la densidad de las ideas. Otro aspecto notable es la verbosidad y cambio de tema frecuente en su conversación, lo cual se produce porque los adultos mayores prefieren mencionar experiencias de su vida que hablar de hechos en concreto (Véliz et al., 2010).

Conocer las alteraciones que se producen en el lenguaje durante la vejez permite tanto a técnicos, profesionales y familiares comunicarse de mejor manera con los adultos mayores. Lo cual es vital, para Véliz et al. (2010) “el modo como se habla a los ancianos tiene un impacto poderoso en los sentimientos que ellos desarrollan hacia sí mismos y en la percepción que sobre ellos se tiene” (p.91).

1.4.2. Memoria.

La memoria es una de las funciones cognitivas que más preocupan tanto a los adultos mayores como a sus familiares. Los síntomas subjetivos que a menudo manifiestan sufrir los gerontes pueden ser indicio de una posible demencia o bien formar parte de los cambios que se producen en el envejecimiento. Por ello es importante determinar qué cambios se

pueden considerar normales y cuales anuncian el inicio de una demencia (Labrada et al., 2015).

Según López (2011) la memoria no se puede considerar como una unidad, al contrario involucraría un conjunto de subsistemas que realizan funciones diferenciadas. En la misma línea Cabrera y Chica (2013) indican que la memoria es un “proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar la información (p. 1769). A lo largo de los años se han desarrollado diversas propuestas sobre cómo se encuentra estructurada la memoria. A continuación se presentan dos de estas propuestas.

Tabla 3. Sistemas de la memoria propuestos por dos modelos y sus cambios en el envejecimiento

Modelo de Registros Sucesivos (Atkinson & Shiffrin, 1968)	Cinco Sistemas Principales de Memoria (Schacter & Tulving, 1996)	Efectos del envejecimiento
Registros sensoriales	Sistema de representación perceptual	Declive de los sistemas sensoriales (audición y visión) que quizá no explique los déficit diferenciales en sistemas mnémicos posteriores
Memoria a corto plazo	Memoria primaria	Cambios menores en la memoria primaria hasta los 90 años
	Memoria operativa	Declive sustancial de la memoria operativa
Memoria a largo plazo	Memoria episódica	Declive de la memoria episódica, probablemente compensado por apoyo ambiental
	Memoria semántica	Memoria semántica estable hasta los 70 u 80 años y declive gradual posterior, excepto palabras y nombres específicos cuyo declive comienza ante
	Memoria procedimental	Muy pocos cambios con la edad o las lesiones cerebrales

Fuente: López (2011)

Elaboración: Autora

De acuerdo a Labrada et al. (2015) “en los adultos mayores no todos los procesos de la memoria se deterioran en la misma medida con el paso de los años” (p.22). Además estos autores agregan:

Se concluye que el proceso de memoria en los adultos mayores de más de 69 años se caracterizó por presentar mayores dificultades en la memoria visual a largo plazo, sin evidenciar un marcado deterioro de la memoria verbal:

sensorial, a corto plazo. Existen mejorías en la memoria verbal a largo plazo cuando se ofrecen pistas que favorecen el reconocimiento. Existe relación entre la edad y el deterioro de la memoria visual, no así con el sexo. (p.23)

Sobre esta misma cuestión, López (2011) afirma que “el envejecimiento tiene un efecto selectivo y así, la memoria operativa y la memoria episódica decaen significativamente a lo largo de la vida, en tanto que por el contrario, la memoria semántica llega a aumentar significativamente” (p. 25).

Por su parte Hernández-Ramos y Cansino (2011), manifiestan que la memoria de trabajo verbal en los adultos mayores se encuentra preservada, mientras que la memoria de trabajo espacial tiene menor eficiencia que la visual cuando se realizan tareas de alta complejidad. Y al parecer la memoria de trabajo visual sería la que sufre mayor deterioro, afectando el reconocimiento de estímulos familiares (rostros) y figuras abstractas.

Mientras que Ardila (2012), sostiene que en el envejecimiento el tipo de memoria que más se deteriora, es la memoria reciente, debido a la reducción de la capacidad para almacenar información. De manera que aunque un adulto mayor puede procesar información inmediata le cuesta convertirla en “huellas a largo plazo” (p.7). Para este autor también sufren declives la memoria sensorial y la memoria temporal o secuencial. Además los adultos mayores tienen un menor desempeño en pruebas de memoria cuando se encuentran en condiciones donde se trabaja con velocidades altas y con un tiempo determinado. Mucho tendría que ver con esto la disminución de la velocidad de procesamiento de la información que tiene lugar en la vejez.

Finalmente es importante destacar que ciertos factores como el nivel de escolaridad, la cultura y la realización de actividades estimulantes; podrían influir en la preservación de algunos tipos de memoria y producir diferencias en el deterioro entre adultos mayores (Labrada et al., 2015).

1.4.3. Atención.

La atención vista desde la perspectiva de Sánchez, Fernández-Cueli, T. García, P. García y Rodríguez (2011), se puede considerar como “un mecanismo que controla y distribuye los recursos mentales de los que dispone el sistema cognitivo en cada momento” (p.69).

En el envejecimiento algunos componentes de la atención experimentan alteraciones, en primer lugar dentro de la atención selectiva los adultos mayores sufren enlentecimiento y presentan dificultad para enfocarse en estímulos objetivos cuando existen distractores, la

dificultad es más marcada en tareas donde se debe procesar información relevante e irrelevante (Sánchez, 2011).

Luego en la atención sostenida se advierte que los adultos mayores tienen una menor precisión que la población joven en detectar el inicio de las tareas de vigilancia, en las cuales se requiere mantener la atención para detectar objetos o sucesos que ocurren en periodos de tiempo impredecibles. Asimismo la atención dividida presenta cambios, en tareas sencillas no se evidencia diferencia entre adultos mayores y jóvenes, sin embargo en tareas complejas si se da un menor desempeño por parte de los adultos mayores (Sánchez, 2011).

También Cabrera y Chica (2013) consideran que los adultos mayores tienen enlentecimiento en tareas de atención dividida, al respecto mencionan que “se ha documentado dificultad en tareas que requieren inversión de secuencias de números o letras o que requieren inhibir información irrelevante presentada por el mismo o por diferente medio sensitivo” (pp. 1768-1769).

Al igual que los anteriores autores, Tortajada y Villalba (2014) consideran que existe una disminución de la capacidad atencional en los adultos mayores. Por lo cual expresan:

El envejecimiento afecta a algunos tipos de atención más que a otros. La atención dividida (capacidad de atender o realizar dos o más tareas de manera simultánea) se ve afectada con el envejecimiento incluso en las tareas más simples. De igual modo, la atención mantenida (vigilancia) disminuye su potencialidad. Se han sugerido diversos mecanismos para explicar esta disminución del nivel de atención relacionados con el descenso de los potenciales sensoriales evocados, la potencia relacionada con la fuerza del estímulo o por el incremento de la capacidad de distracción de las personas mayores. (p.86)

Otra explicación posible para los déficits atencionales, en adultos mayores, se basa en el hecho de que la atención se relaciona con diferentes funciones cognitivas. De manera que las dificultades en memoria pueden afectar la atención y viceversa (Sánchez, 2011).

1.4.4. Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente. Estos procesos cognitivos se vinculan al funcionamiento de los lóbulos

frontales. Las principales funciones ejecutivas son la capacidad para formar conceptos, el razonamiento lógico y abstracto, la flexibilidad cognitiva, la solución de problemas, la toma de decisiones, el proceso inhibitorio y el atencional. Además, son muy importantes para el control emocional y la conducta socialmente correcta. (Tortajada y Villalba, 2014, pp.87-88)

Estas funciones también se ven afectadas en el envejecimiento, para Cabrera y Chica (2013) la disminución del funcionamiento ejecutivo de los adultos mayores se ve representada en aspectos como “excesiva rigidez mental, alteración de la atención, enlentecimiento del procesamiento de la información y dificultades para la toma de decisiones” (p.1771).

De la misma forma Correia (2012) considera que los adultos mayores presentan inconvenientes en esta área, en particular adolecen dificultades en el procesamiento inhibitorio de recuerdos y estímulos irrelevantes, lo que afecta al rendimiento en tareas de recuerdo y a la memoria de trabajo. Además los adultos mayores demuestran falta de flexibilidad mental.

Por otra parte Rosa (2012) afirma que en los adultos mayores hay complicaciones en resolver tareas propias de la vejez que requieren planificación. En comparación con la población joven, los gerentes requieren más tiempo para resolver problemas y su eficacia es menor. También esta autora agrega que la fluencia verbal presenta una disminución en adultos mayores, a pesar de lo anteriormente mencionado, la fluencia verbal sería el componente de las funciones ejecutivas que más resiste al envejecimiento.

La bibliografía sobre esta temática permite notar que las diferentes dificultades producidas en cada una de las habilidades cognitivas no disponen de una explicación causal única. Y dado que las destrezas cognitivas interactúan y trabajan de forma interconectada no es de extrañar que un cambio o afectación en una de ellas afecte a muchas otras.

1.5. Estimulación cognitiva en adultos mayores.

El hecho de que una importante parte de la población mundial tenga 65 años o más, sumado a las proyecciones de que el número de adultos mayores aumentará de forma exponencial; permite tomar consciencia de que tanto los estados, las organizaciones, como la sociedad en general necesitarán estar preparados en diversos ámbitos para atender a esta población creciente.

Uno de los problemas alarmantes que experimentan los gerontes son las demencias. La OMS (2016), señala que en el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.

A la luz de lo mencionado, es válido expresar lo primordial de asegurar el bienestar de los gerontes, y que todo tipo de actividades que tengan como fin mejorar o desarrollar la salud mental de los adultos mayores, son valiosas. Entre las opciones viables para trabajar con adultos mayores, en el área cognitiva, se encuentra la estimulación cognitiva.

De acuerdo a García-Sánchez, Estévez-González y Kulisevsky (2002), “la base científica de la estimulación cognitiva en el envejecimiento, en general, y las demencias, en particular, se centra en la capacidad plástica del cerebro, el potencial y reserva cerebral y los principios de la rehabilitación neuropsicológica”(p.374). Por su parte otros autores como Jara (2008) añaden que las personas disponen de una reserva que se activa en la vejez para paliar los efectos del deterioro, lo que dicho de otra manera supone que “en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciabile” (p.7).

Con lo ya citado anteriormente se puede definir que es la estimulación cognitiva, para Lizano (2008) consiste en:

El trabajo que se lleva a cabo con las personas adultas mayores (pacientes o interesados), donde se trabajan actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, orientación espacial y temporal, operaciones aritméticas, praxias y gnosias), por medio de programas de ejercicios mentales, creativos y prácticos. Consiste, además, en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, promover la recuperación de habilidades “dormidas” u olvidadas y reactivar el interés por mantenerse intelectualmente activo, con la intención de mejorar o conservar el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia futura. (p.28)

En este punto es preciso recalcar que la estimulación cognitiva es más que la repetición monótona de una serie de ejercicios. Para Jara (2008) la estimulación cognitiva debe

buscar la conservación de las destrezas cognitivas, propiciar un ambiente estimulante y optimizar “las relaciones interpersonales de los sujetos” (p. 9).

1.5.1. Estrategias de estimulación cognitiva.

Existen diversas formas o estrategias para brindar estimulación cognitiva a los adultos mayores. Cada una de ellas tiene finalidades diferentes y se ajustan a un contexto determinado. Entre los principales están:

a) Terapia de reminiscencia.

Consiste en un “método agradable, bien aceptado y de fácil aplicación ya que a partir de viejas fotografías, libros, revistas, vestimentas, artículos domésticos, etc. se rememoran acontecimientos históricos y vitales del paciente” (García-Sánchez et al., 2002, p.376).

Su aplicación puede ser individual o grupal, aunque si se opta por la segunda modalidad se debe procurar que el grupo sea homogéneo en cuanto a edad y afinidades. Más allá de ejercitar la memoria también estimula la comunicación, las relaciones interpersonales, la autoestima y refuerza la identidad. Podría ser útil en adultos mayores con demencia, ya que en ellos los recuerdos de su infancia o juventud se encuentran mejor consolidados (Jara, 2008).

Parra, Cernuzzi, D’Andrea y Casati (2013) expresan otros beneficios de la terapia de reminiscencia:

Estudios han encontrado que visitar las memorias pasadas puede aumentar la satisfacción de vida, disminuir o prevenir la depresión y ayudar con la orientación cognitiva de los adultos mayores. En menor medida, otros estudios han observado que la práctica de la reminiscencia permite también mejorar las interacciones sociales en las personas de edad. (pp. 1-2)

Estos autores que han sido citados anteriormente, luego de reconocer lo valioso de este tipo de terapia, desarrollaron una aplicación para Tablet, llamado Reminiscens. Esta herramienta permite “la estimulación de los recuerdos a través de la exploración de las historias de vida personales y de recursos multimediales históricos que sirvan de contexto a las propias historias” (Parra et al., 2013, p. 2).

Para desarrollar el prototipo los creadores trabajaron en 4 talleres en Trento (Italia) con un total de 20 participantes por cada taller. Los participantes tenían una edad comprendida entre los 60 y 84 años. Una vez que estuvo finalizado el prototipo realizaron un estudio

longitudinal de 3 meses de 74 sesiones con 33 adultos mayores. Al finalizar el estudio concluyeron que “Reminiscens llenó la expectativas como medio de estimulación de la interacción intergeneracional. Más allá de sus características específicas, el valor principal radica en ofrecer un instrumento de colaboración como pares entre el adulto mayor y el joven” (Parra, Cernuzzi y D’Andrea, 2014, p.4).

Es importante que se diseñen este tipo de herramientas porque además de que estimulan a los adultos mayores de formas alternas a las tradicionales, también permiten que los gerontes se vinculen a los avances tecnológicos y se sientan parte de la sociedad que evoluciona.

b) Orientación a la realidad.

Autores como Leturia y Yanguas (1999) afirman que:

Es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan con personas con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismo y de su entorno. (citado por Jara, 2008, p.10)

Puede trabajarse de forma individual o en grupos, este método se centra “principalmente en la información referente al espacio y lugar donde se halla el paciente, el tiempo en el que vive, y los datos personales y circunstanciales relevantes para el paciente” (García-Sánchez et al., 2002, p.376).

Una sesión de orientación a la realidad puede incluir saludo, preguntas de identificación, preguntas de orientación temporal y espacial, recuerdo de acontecimientos diarios, ejercicios lúdicos sobre funciones cognitivas, recuerdo de las preguntas anteriormente realizadas de orientación temporal y espacial, cierre y despedida (Jara, 2008).

Además este método puede aplicarse de una forma alterna, según Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno (2003):

Otra variedad es la Orientación a la realidad de 24 horas, en las que la reorientación está presente durante todo el día y es practicada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de referencias en el ambiente, señales y otras ayudas para la memoria. (p. 408)

c) Grupos de buenos días.

Es una actividad en la que acuden dos grupos de adultos mayores, el primer grupo está compuesto por gerontes que se encuentran cognitivamente sanos mientras que el segundo grupo lo conforman gerontes que tienen demencia leve o moderada. La función del primer grupo es ayudar y estimular al segundo grupo a través de preguntas. Dichas preguntas están relacionadas con orientación tiempo-espacial, titulares de periódicos, acontecimientos vividos el día anterior, entre otros (Jara, 2008).

Esta clase de grupos permite estimular la comunicación y las habilidades sociales, integrar a los adultos mayores a un grupo, reforzar la autoestima y ejercitar tanto la orientación como la atención (Jara, 2008).

d) Musicoterapia.

De acuerdo a García-Sánchez et al. (2002) este método utiliza:

Técnicas neuropsicológicas especializadas que incluyen la estimulación sensorial, la rehabilitación de la memoria, la terapia de entonación melódica, la estimulación auditiva rítmica, la estimulación sensorial de patrones y los ejercicios motores funcionales, mediante el uso terapéutico de tocar instrumentos, cantar y bailar para facilitar la recuperación-estimulación de las funciones cognitivas alteradas o para mantener las funciones que se están deteriorando. (p.377)

De la misma manera Rebolledo (2006) sostiene que la musicoterapia es una opción válida para trabajar con los adultos mayores. Se puede usar esta técnica con diferentes objetivos, desde: “estimulación sensorial, orientación a la realidad, remotivación y reminiscencias” (p.96).

Dentro de la estimulación sensorial se trabaja para que la persona mantenga contacto con el medio que lo rodea. Mientras que en orientación a la realidad se busca que el adulto mayor, a través de la música, se oriente en información de tiempo y espacio. Por otro lado la remotivación pretende estimular áreas como el pensamiento y la interacción verbal. Finalmente en la reminiscencia se busca mejorar la autoestima, facilitar el contacto social y desarrollar relaciones interpersonales (Rebolledo, 2006).

Otros autores que han mencionado lo enriquecedor de la musicoterapia en esta población, son Denis y Casari (2014), quienes afirman que esta técnica brinda bienestar emocional. Pero a más de esto también señalan “que el musicoterapeuta integra y trabaja con la

memoria, la motricidad, el lenguaje, el pensamiento, la interacción social, los aspectos psicodinámicos y cognitivos, y por supuesto, con la afectividad” (p. 81).

e) Programas de estimulación cognitiva.

Debido a que no existe un tratamiento farmacológico que sea específico y suficiente para tratar y prevenir los efectos del deterioro cognitivo, se ha puesto la mira en otras opciones como las actividades orientadas a estimular las funciones cognitivas. Dentro de estas condiciones surgen los programas estructurados (Luque et al., 2010).

Conforme a Jara (2008), los Programas de Psicoestimulación Cognitiva destinados a adultos mayores son:

Un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, cálculo, funciones ejecutivas, praxias) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quién se le aplique. (p. 11)

Asimismo García-Sánchez et al. (2002) indican que “los programas de estimulación cognitiva tienen como objetivo la rehabilitación-estimulación de diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en aquellas deterioradas sino trabajando también aquellas otras preservadas o relativamente preservadas” (p. 376).

Francés et al. (2003) agregan que “estos programas se vienen aplicando fundamentalmente en los centros de día psicogeriátricos y en los centros residenciales, pero se están comenzando a utilizar de forma ambulatoria” (p. 412). Además se considera que la estimulación global de las funciones cognitivas, a través de programas de este tipo, es más óptima en adultos mayores con deterioro leve (García-Sánchez et al., 2002).

Los programas de estimulación cognitiva pueden desarrollarse en diferentes modalidades. Existen programas individuales, grupales, de lápiz y papel, y aquellos que hacen uso de recursos tecnológicos como los ordenadores. Jiménez (2008), sugiere otra clasificación de los programas de estimulación cognitiva. Dentro de esa clasificación constan los programas que combinan el ejercicio físico y aeróbico con los ejercicios mentales, luego están los programas que consideran la variable de participación social como fundamental para el mantenimiento cognitivo. También se incluyen los programas que hacen énfasis en variables

cognitivas y finalmente se toma en cuenta los programas que van dirigidos de forma específica a la memoria.

Sobre lo anteriormente mencionado García-Sánchez et al. (2002), aseguran que tanto los programas individuales como grupales presentan sus ventajas y desventajas. Por un lado los programas individuales permiten trabajar de forma personalizada en los déficits o deficiencias que presente cada adulto mayor, mientras que los programas grupales facilitan la socialización y ahorran tiempo. Sobre esta misma cuestión Fernández-Calvo, Contador, Serna, de Lucena y Ramos (2010), indican que los adultos mayores que sufren Alzheimer “se benefician más de la intervención cognitiva individual que de la grupal” (p. 122).

Con respecto a los programas con recursos tecnológicos orientados sobre todo a la memoria, Jiménez (2008) señala que:

El uso de ordenadores se convierte en una metodología ideal para presentar ejercicios de forma repetitiva. Sin embargo, no se dispone de estudios que demuestren un mayor beneficio para la memoria utilizando el ordenador frente a la realización de ejercicios a través de lápiz y papel en la rehabilitación de este tipo de pacientes. (p. 54)

Otro aspecto importante donde es preciso ahondar hace referencia a la efectividad y beneficios que podrían proporcionar estos programas. Para abordar este apartado se mencionara los resultados de algunas investigaciones. Calero y Navarro-González efectuaron en 2006 un estudio sobre la eficacia de un programa de entrenamiento en memoria. Para ello trabajaron con 98 ancianos, de los cuales 59 recibieron 14 sesiones de entrenamiento y 39 conformaron el grupo control. Los gerontes fueron evaluados en 3 momentos: antes del entrenamiento, después del entrenamiento y 9 meses luego de haberse aplicado este. Los resultados obtenidos mostraron que los adultos mayores que participaron en el entrenamiento mejoraron su rendimiento cognitivo mientras que aquellos que no formaban parte de este grupo, sufrieron declives.

También Garamendi, Delgado y Amaya en un estudio realizado en 2010 con 68 adultos mayores de Monterrey, que presentaron deterioro cognitivo, encontraron que luego de aplicar el programa de estimulación cognitiva se presentaron mejoras importantes en algunas áreas como memoria, cálculo, lenguaje, concentración y atención.

De modo similar Luque y Gonzalez (2012), realizaron una investigación sobre la Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en Adultos Mayores Sanos en Buenos Aires. En la cual trabajaron con 60 personas y obtuvieron como resultado que luego de la aplicación del programa hubo cambios cognitivos importantes en las áreas de visoconstrucción, memoria visual, recuerdo diferido y proceso atencional controlado. Esto les llevo a concluir que la intervención había sido eficaz.

A más de los investigadores ya mencionados existen otros autores que señalan los beneficios y resultados positivos de los programas de estimulación cognitiva (Rey, Canales, Táboas y Cancela, 2009; Moreno y López, 2009; González, 2012; Riaño y Moreno, 2012; Gómez-DOI, Jiménez y Aranda, 2014). Por lo cual se los puede considerar a estos programas como herramientas útiles y probablemente indispensables para el trabajo con adultos mayores.

En último término es indispensable indicar las bases teóricas del programa que se ha usado en esta investigación. El programa OnMente toma en cuenta la conceptualización de Yanguas, Buiza y González (2009), acerca de la estimulación cognitiva. Además incorpora dentro de su metodología el criterio de Yanguas, Buiza, Etxeberria y Camp (2007), el cual señala que las actividades o tareas de estimulación que presentan los programas, precisan estar divididas en niveles, de manera que la aplicación de estos se adapte a las necesidades de cada adulto mayor.

Asimismo el programa parte de los supuestos teóricos de Ruiz-Sánchez de León (2012), quien considera la estimulación cognitiva como una herramienta que va más allá de la repetición y de la aplicación mecánica de actividades. También incorpora la opinión de Lojo-Seoane, Facal, Guàrdia-Olmos, Juncos-Rabadán (2014), los cuales afirman que la estimulación cognitiva parte de la teoría de que la plasticidad cerebral y la reserva cognitiva se incrementan con actividades de estimulación.

Otros autores que toma en cuenta este programa son López Pérez, Fernández Pinto, Márquez y González (2008), quienes consideran que el trabajo con adultos mayores debe centrarse en el componente de atención emocional, de manera que se mejore el reconocimiento y regulación de emociones en esta población. Finalmente se debe destacar que el programa asume la idea de Ovejero Bernal (1990) de que las habilidades para relaciones interpersonales son entrenables, ya sea con procedimientos clínicos o psicosociales.

CAPITULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

2.1.1. General.

- Determinar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva en un grupo de Adultos Mayores de la ciudad de Loja.

2.1.2. Específicos.

- Identificar el estado cognitivo de los adultos mayores.
- Aplicar las actividades del programa de estimulación cognitiva OnMente.
- Determinar los efectos del programa mediante retest.

2.2. Hipótesis de investigación.

“La utilización del Programa de Estimulación Cognitiva OnMente, mantiene o desarrolla en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado, el funcionamiento de las habilidades cognitivas (atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas)”

2.3. Diseño de investigación.

El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, que se caracteriza por emplear “la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.4). Asimismo se puede considerar que tiene un alcance correlacional, el cual permite establecer asociaciones entre conceptos o variables en una muestra determinada (Sampieri et al., 2014).

También la investigación es de tipo descriptivo, ya que se explicó una realidad y se especificó características importantes de la muestra. Además es cuasi experimental puesto que no se realizó una selección aleatoria de los participantes. Finalmente se puede señalar que el estudio es longitudinal porque se usa datos recolectados en dos puntos diferentes del tiempo.

2.4. Contexto.

El grupo de adultos mayores asiste a un Centro de Día en la ciudad de Loja, donde realizan diversas actividades como: talleres, terapias ocupacionales y actividades recreativas (pintura, manualidades, artesanías, bailoterapia, entre otras). Además reciben atención médica y psicológica, así como alimentación y transporte.

2.5. Muestra.

Se valoró 27 adultos mayores, que se acogen dentro de un Centro de Día, durante el período 2016-2017 en la ciudad de Loja-Ecuador. De esta población se tomó una muestra, la cual fue seleccionada considerando los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:** Adultos mayores que asisten al Centro de Día, edad de 65 años en adelante, firma del consentimiento informado, presencia de deterioro cognitivo leve y moderado según la Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez [CAMDEX-R] y la Escala de Deterioro Global [GDS-FAST].
- **Criterios de exclusión:** Adultos mayores que no asisten al Centro de Día, edad menor de 65 años, falta de firma del consentimiento informado, deterioro cognitivo grave o severo de acuerdo a CAMDEX-R y GDS-FAST.

Luego de haber considerado los criterios mencionados, se seleccionó a 13 adultos mayores para participar en el programa de estimulación cognitiva. Las principales variables que permiten describir a la muestra son: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción y alfabetismo.

Tabla 4. Variables sociodemográficas de los adultos mayores (N=13)

VARIABLES	Total	
	N	%
Sexo		
Masculino	6	46.2
Femenino	7	53.8
Edad		
Media	87.46	
Desviación Típica	4.29	
Intervalo	82-96	
Estado civil		
Casado	2	15.4
Viudo	11	84.6
Nivel de Instrucción		
Analfabeto	5	38.5
Edu. primaria completa	3	23.1
Edu. primaria incompleta	3	23.1
Edu. secundaria completa	1	7.7
Edu. secundaria incompleta	1	7.7

Elaboración: Autora

Tabla 4. Continuación...

VARIABLES	Total	
	N	%
Alfabetismo		
Sabe leer y escribir	7	53.8
Analfabeto	2	15.4
Lee y escribe con dificultad	4	30.8

Elaboración: Autora

En la Tabla 4 se puede visualizar las variables antes mencionadas. En la variable sexo se puede distinguir que no existe una diferencia significativa entre los porcentajes de hombres (46.2%) y mujeres (53.8%). Mientras que en la variable edad se puede observar que la media es de 87 años, entre un mínimo de 82 años y un máximo de 96 años. Luego en la variable estado civil se detalla que la mayoría de los adultos mayores son viudos (84.6%).

Asimismo se estima en la variable nivel de instrucción que un 38.5% de los adultos mayores es analfabeto, un 23.1% ha completado la primaria y un 23.1% ha estudiado la primaria pero no la ha culminado. De la misma manera un 7.7% completó la instrucción secundaria y un 7.7% no culminó sus estudios secundarios. Respecto a la variable alfabetismo se visualiza que un 53.8% sabe leer y escribir, mientras que un 30.8% lee con dificultad y un 15.4% es completamente analfabeto.

2.6. Métodos e instrumentos de investigación.

2.6.1. Métodos.

La investigación empleó un método cuantitativo, correlacional, descriptivo, cuasi experimental y longitudinal. Ya que a través de los puntajes que se obtuvieron en los instrumentos, se realizó un análisis estadístico para probar la hipótesis planteada. Además los datos que se usó dentro del estudio fueron tomados en dos puntos diferentes del tiempo (evaluación inicial y retest), los mismos que fueron correlacionados.

También se describió las características sociodemográficas y el estado cognitivo de los adultos mayores. Y a través de la aplicación del programa de estimulación cognitiva se determinó los efectos que este produce en los gerontes.

2.6.2. Instrumentos.

Dentro de la investigación se trabajó en tres fases (valoración inicial, estimulación cognitiva y retest) y se han utilizado los siguientes instrumentos:

Fase de evaluación inicial y Fase de retest.

- **Consentimiento Informado.** Documento genérico para la valoración de estado cognitivo y socio-afectivo e implementación de un programa de estimulación de estas áreas para adultos mayores. Elaborado por docentes del Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja. Contiene información general sobre la investigación (participantes, procedimiento, riesgos y molestias, confidencialidad de los datos, voluntariedad y derechos de los participantes).
- **Plantilla Sociodemográfica del Adulto Mayor Ad hoc.** Instrumento creado por los docentes del departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja. Recaba información acerca de antecedentes sociodemográficos, antecedentes sociales, actividades que realiza el adulto mayor, enfermedades y dificultades físicas. Consta de 13 apartados principales, cada uno con preguntas de opción múltiple.
- **CAMDEX-R.** Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez creada por M. Roth et al. (1986). Es una herramienta que se emplea con adultos mayores; permite evaluar aspectos físicos, mentales, personales y familiares. A través de esta se obtiene datos relevantes para diagnosticar y estimar la progresión de la demencia (López-Pousa, 2014). La estructura de este instrumento se puede observar en la Tabla 5, que se presenta a continuación:

Tabla 5. Estructura de CAMDEX-R.

Sección	Descripción
A: Entrevista con el paciente/sujeto	Entrevista clínica estructurada dirigida al adulto mayor, que incluye preguntas sobre el estado mental actual y los antecedentes familiares y personales.
B: Examen cognoscitivo-CAMCOG	Batería neuropsicológica que presenta diversos ítems para valorar las siguientes funciones cognitivas: orientación, lenguaje, memoria, atención/cálculo, praxis, pensamiento abstracto y percepción. Además contiene test objetivos del MMSE (Mini Examen del Estado Mental) de Folstein et al. (1975).
C: Observaciones del Entrevistador	Comprende las observaciones del entrevistador sobre el estado mental actual, la apariencia y la conducta del adulto mayor.

Fuente: López, Sousa (2006)
Elaboración: Autora

Tabla 5. Continuación...

Sección	Descripción
D: Examen físico *	Contiene un examen físico sencillo que incluye una exploración neurológica.
E: Pruebas Analíticas *	Abarca un registro de una serie de resultados analíticos, radiológicos y otras pruebas complementarias.
F: Medicación actual *	Incluye todos los medicamentos que toma el adulto mayor, así como la dosis, la frecuencia de administración y el periodo en que los ha estado tomando.
G: Información Adicional *	Presenta el registro de cualquier tipo de información que permita completar la imagen del adulto mayor.
H: Entrevista con un informante *	Entrevista estructurada con un familiar u otro informante que proporcione datos acerca del funcionamiento mental, competencia, adaptación, síntomas y antecedentes del adulto mayor.
I: Información Adicional del informante *	Contiene ítems adicionales relacionados con los primeros síntomas del inicio, curso de la enfermedad y psicopatología actual.

* Secciones que no fueron aplicadas en el estudio

Fuente: López, Sousa (2006)

Elaboración: Autora

Este instrumento es heteroadministrado y el tiempo total que se pueda emplear en aplicar el CAMDEX-R varía del manejo del instrumento del entrevistador y de la participación del adulto mayor. Para el estudio se utilizó la adaptación española de TEA ediciones del año 2006.

La fiabilidad interexaminadores de este instrumento se sitúa entre 0,83 y 1,00, indicando un alto nivel de fiabilidad. Mientras que la fiabilidad del CAMCOG es de 0,86 (coeficiente de correlación de Pearson). La estabilidad interna de los ítems es de 0,82 y 0,89 (alfa de Cronbach) en el primer y segundo test. (López-Pousa, 2006).

- **GDS-FAST.** Escala de Deterioro Global de Reisberg (1988) complementada con una escala auxiliar, la Funcional Assessment Staging (FAST), también creada por Reisberg. La escala GDS está compuesta por las descripciones clínicas detalladas de siete estadios que van desde la cognición normal a la demencia muy grave. Mientras que la escala FAST evalúa actividades cotidianas y su pérdida funcional en aquellos que sufren demencia (Consejo General del Trabajo Social, s.f.).

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala GDS, se destaca que tiene “un coeficiente kappa de 1,0 en pacientes psiquiátricamente sanos, un coeficiente

kappa de 0,88 para pacientes con demencia, un coeficiente de correlación intraclassa de 0,82 para pacientes con enfermedad de Alzheimer” (Generalitat Valenciana, 2006). Por otro lado la escala FAST “ha demostrado correlaciones interclases sobre los 0,85, y su validez concurrente ha sido evaluada junto al GDS y con otros test neuropsicológicos” (Henríquez, 2013).

Fase de Estimulación Cognitiva

- **Programa OnMente.** Creado por Mouriz, Facal, Dosil, Cuba y Cisneros (2016). Esta herramienta proporciona estimulación cognitiva y socioafectiva para personas mayores institucionalizadas. El programa cuenta con 28 actividades cognitivas que estimulan funciones como: lenguaje, memoria, atención y funciones ejecutivas. Y por otro lado cuenta con 25 actividades socioafectivas que involucran: habilidades sociales, asertividad, empatía, autoconocimiento, autoestima, conocimiento y control de emociones, resolución de problemas y toma de decisiones.

Cada una de las actividades cuenta con tres niveles diferentes de dificultad que pueden aplicarse de forma individual, por parejas o en grupos pequeños. El tiempo de cada actividad es variable dependiendo de las acciones que se deba desarrollar. Asimismo en las actividades se trabaja una función principal y máximo tres funciones colaterales. El programa cuenta con fichas de presentación para cada actividad, donde se detalla: nombre de la actividad, nivel de dificultad, duración, modo de aplicación, función principal, funciones colaterales, descripción de la actividad y materiales.

Además el programa incluye una ficha de registro para cada actividad, esta es llenada luego de que se ha aplicado la actividad. Dentro de esta ficha se debe completar los siguientes aspectos: nombre de la actividad, profesional que aplicó la actividad, fecha, lugar, horario, duración, nivel de dificultad, modo de aplicación y observaciones realizadas.

Dado que este programa fue diseñado en España, fue sometido a un proceso de adaptación por Jumbo (2016), para que pueda ser usado en el contexto ecuatoriano. La estructura del programa OnMente se puede visualizar en la Tabla 6.

Tabla 6. Estructura del programa OnMente

Bloque	Descripción
Antecedentes	Parte introductoria que expone el envejecimiento de la población y la institucionalización. Incluye datos estadísticos y los criterios de diversos autores.
Sustento teórico	Apartado que contiene una breve explicación del proceso del envejecimiento y sus efectos tanto en las funciones cognitivas como en las funciones socio-afectivas. Además incluye referentes teóricos sobre la estimulación cognitiva y socio-afectiva.
Metodología	Sección que detalla las características del programa así como la aplicación de las actividades. Incluye ejemplos de las fichas de presentación de las actividades y de las fichas de registro.
Estimulación de las funciones cognitivas	Contiene las 28 actividades cognitivas, cada una con su ficha de presentación y sus hojas de trabajo.
Estimulación de las funciones socio-afectivas	Contiene las 25 actividades socio-afectivas, cada una con su ficha de presentación y sus hojas de trabajo.

Fuente: Mouriz, Facal, Dosil, Cuba y Cisneros (2016).

Elaboración: Autora

Dentro del programa existen actividades que no requieren ningún tipo de material, otras únicamente necesitan las hojas de las actividades y lápiz; también hay actividades que exigen otros tipos de materiales que debe tener preparado el profesional, entre ellos: computadora, proyector, tijeras, pinturas, revistas y pegamento.

El proceso para trabajar con cada una de las actividades inicia con ejercicios de orientación espacial y temporal. Luego el profesional a cargo de la aplicación explica y dirige la actividad, guiándose con la ficha de presentación. Una vez que ha culminado la actividad se llena la ficha de registro.

2.7. Procedimiento.

Para obtener los datos de la investigación se llevaron a cabo las siguientes fases:

Fase 1: Evaluación Inicial

En primer lugar se realizó un acercamiento entre el Centro de Día y los docentes del Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, producto del cual se estableció un convenio. Luego se seleccionó los instrumentos que se usaron en la investigación.

A continuación se informó al personal del centro sobre las diferentes actividades que se llevarían a cabo. Seguidamente se procedió a la firma por parte de los adultos mayores del documento de consentimiento informado.

Después se brindó capacitación en cada uno de los instrumentos a los estudiantes del componente académico Gestión Productiva 3.1. Tras dicha capacitación los estudiantes establecieron el primer contacto con el personal y los adultos mayores del centro. Luego de esto se inició la valoración con los instrumentos seleccionados.

Fase 2: Estimulación Cognitiva.

Una vez que se finalizó la evaluación, en base a los resultados que se obtuvieron, se seleccionaron a 13 adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión. A estas personas se les aplicó las 28 actividades de estimulación cognitiva del programa OnMente.

Fase 3: Retest.

Cuando se finalizó la aplicación del programa nuevamente se valoró a los 13 adultos mayores con los mismos instrumentos de la primera evaluación.

2.8. Recursos.

2.7.1. Humanos.

- **Docentes:** Aranzazu Cisneros Vidal, Nora Erique Ortega, Nairobi Pineda Cabrera
- **Estudiantes:** Componente Gestión Productiva 3.1
- **Tesista:** María Soledad González
- **Personal del centro:** Centro de Día (Coordinadora, Psicóloga, Auxiliares)
- **Adultos Mayores:** Centro de Día

2.7.2. Materiales.

- Consentimiento informado para adultos mayores.
- Plantilla Sociodemográfica del Adulto Mayor Ad hoc.
- Evaluaciones (Test psicológico): CAMDEX-R y GDS-FAST.
- Programa de estimulación cognitiva y socio-afectiva: Programa OnMente.
- Material de escritorio (lápices, esferográficos, borradores, hojas de papel bond, carpetas, tijeras, goma)
- Computadora y tinta para impresora.
- Centro de Día

2.9. Análisis de datos.

Todos los datos obtenidos en la evaluación inicial y retest fueron tabulados en una matriz de Excel, la cual luego fue transferida al programa estadístico SPSS. En este programa se calculó frecuencias y porcentajes, comparación de medias para muestras relacionadas (prueba t de Student) de los datos de la evaluación inicial y retest, correlaciones con el coeficiente de Spearman entre las variables nivel de instrucción, alfabetismo y los puntajes de los instrumentos. De estos análisis que produjo el programa se elaboraron tablas y gráficos de barras. Además se elaboró tablas donde se detalló las actividades del programa y las principales observaciones obtenidas tras su aplicación.

CAPÍTULO III
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Resultados Obtenidos.

En esta sección se presentan los resultados obtenidos y se realiza su respectivo análisis. Cabe señalar que en la fase inicial se valoró a 27 adultos mayores, sin embargo únicamente se aplicó el programa y se realizó retest a 13. Esto se debe a que el restante número de adultos mayores presentaban algunos criterios que no les permitían participar, entre ellos: deterioro cognitivo grave o severo, asistencia esporádica al centro y retiro del centro por enfermedad física u otros motivos.

3.1.1. Variables sociodemográficas.

Es importante describir variables que aportan información valiosa sobre la muestra. Estas son: lugar de residencia, tipo de ingresos, red social amplia y actividades beneficiosas.

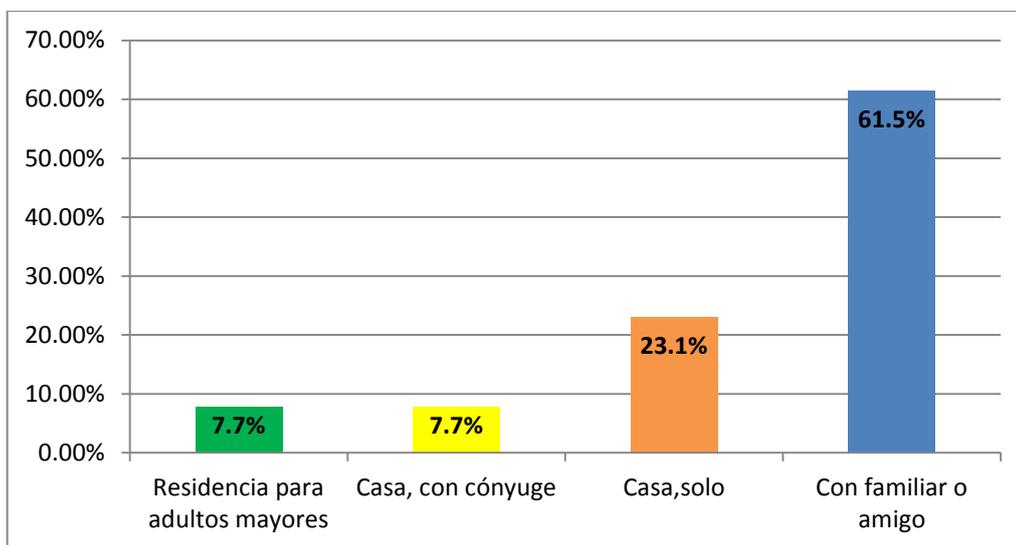


Figura 1. Lugar de residencia de los adultos mayores

Elaboración: Autora

En la Figura 1 se detalla que un 61.5% de los gerontes vive con un familiar o amigo, un 23.1% vive solo y solo un pequeño porcentaje vive en casa con su cónyuge o en una residencia (7.7%). Por otro lado en la Figura 2 se puede apreciar que el 38.5% de los adultos mayores no recibe ningún ingreso, mientras que un 38.5% recibe una pensión y un 23.1% tiene otro tipo de ingresos.

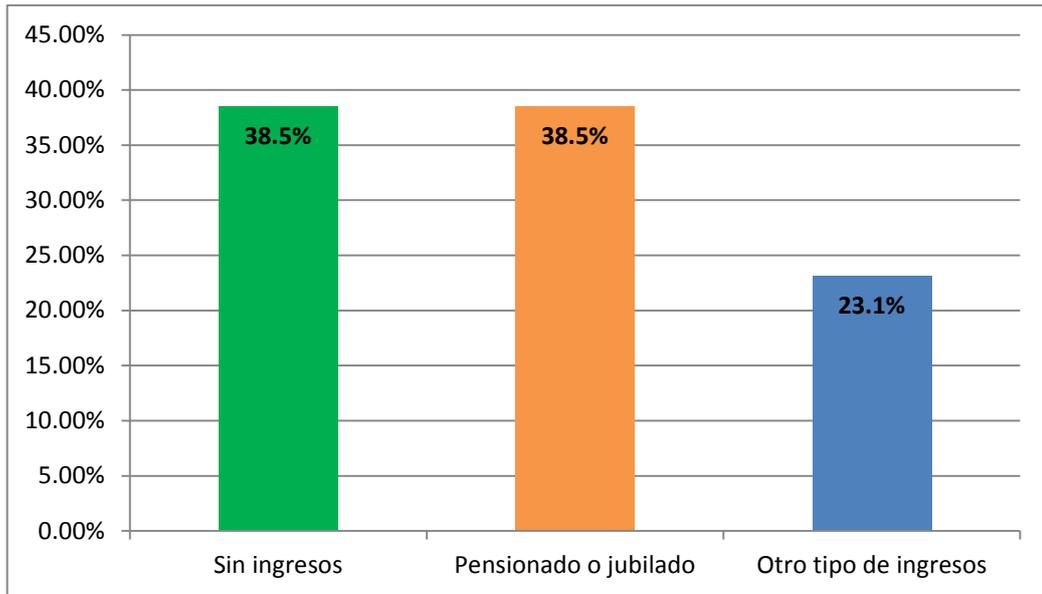


Figura 2. Tipos de ingresos de los adultos mayores

Elaboración: Autora

En cambio en la Figura 3 se advierte que un 53.8% de los adultos mayores no pertenece a ningún club, mientras que un 23.1% pertenece a un club de iglesia, luego un 15.4% pertenece a un club o asociación y un 7.7% forma parte de otros tipos de clubes.

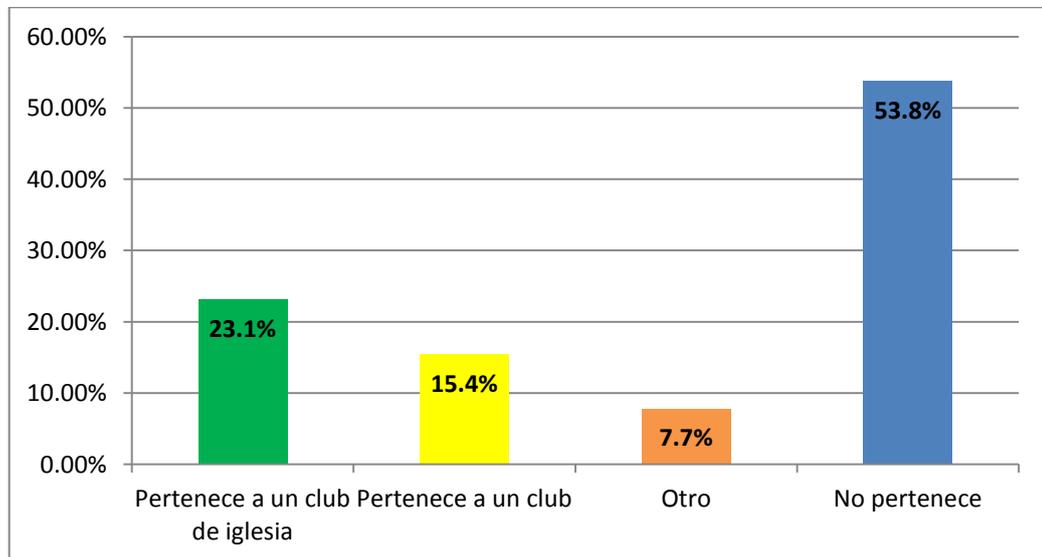


Figura 3. Red social amplia de los adultos mayores

Elaboración: Autora

Dentro de la variable actividades beneficiosas se detallan algunas acciones que realizan los adultos mayores y la frecuencia con que las efectúan. Primero en lo que concierne a visitas a amigos (a lo menos 2 veces al mes), se visualiza en la Figura 4 que un 69.2% no realiza

ninguna visita, un 15,4% refiere visitar siempre a sus amigos y un 7.7% hace visitas a veces o de forma frecuente.

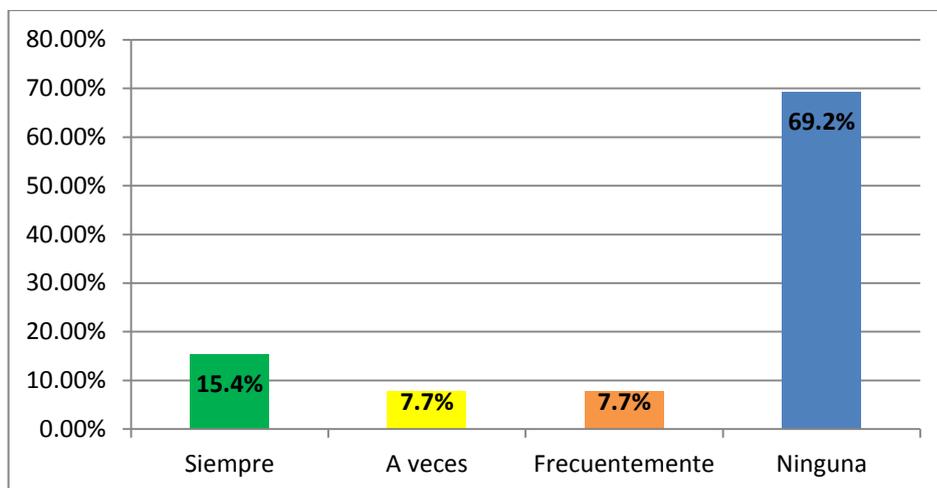


Figura 4. Frecuencia de las visitas de los adultos mayores a sus amistades

Elaboración: Autora

Después en la Figura 5 se especifica la frecuencia con que los adultos mayores participan en juegos de dominó, cartas u otros. Tal como se observa la mayoría (76.9%) no participa en este tipo de actividades, y con un porcentaje idéntico de 7.7% los pocos que realizan estas acciones lo hacen siempre, a veces y de forma frecuente.

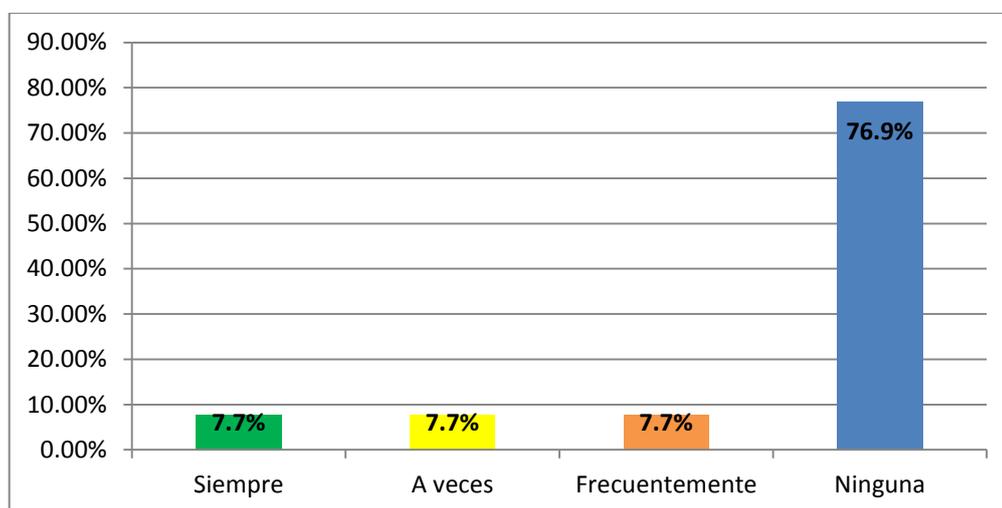


Figura 5. Frecuencia con la participan los adultos mayores en juegos (dómino, cartas u otros)

Elaboración: Autora

Luego en la Figura 6 se observa la frecuencia con la que leen los adultos mayores. El 30.8% lee a veces, de forma similar un 30.8% refiere no leer nunca. Luego un 23.1% señala leer siempre y un 15.4% lee de forma frecuente.

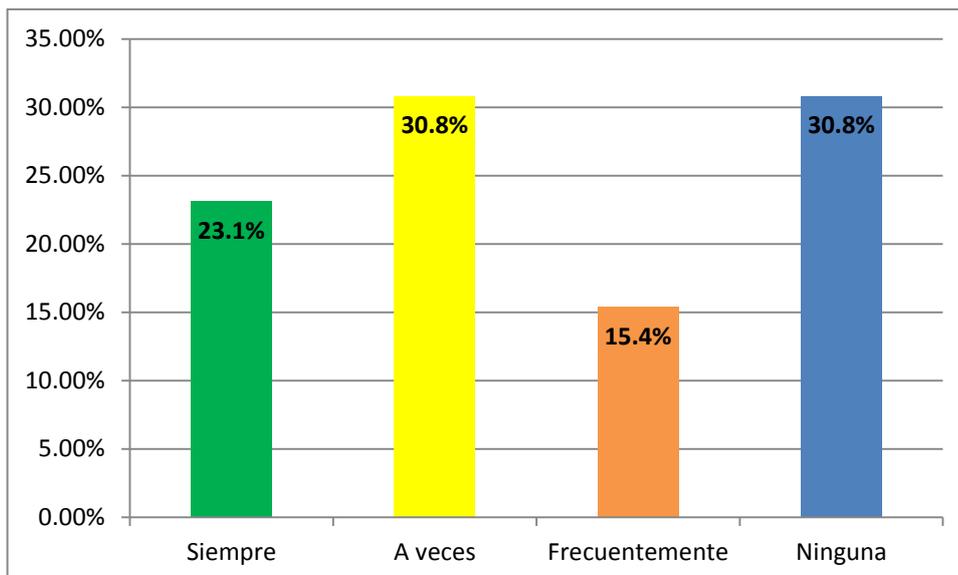


Figura 6. Frecuencia con la que leen los adultos mayores

Elaboración: Autora

Finalmente en la Figura 7 se detalla la frecuencia con respecto a la realización de actividad física 3 veces por semana. Un 38.5% no realiza ningún tipo de actividad física, de forma similar un 38.5% a veces hace actividad física y un 23.1% alude que siempre hace actividad física.

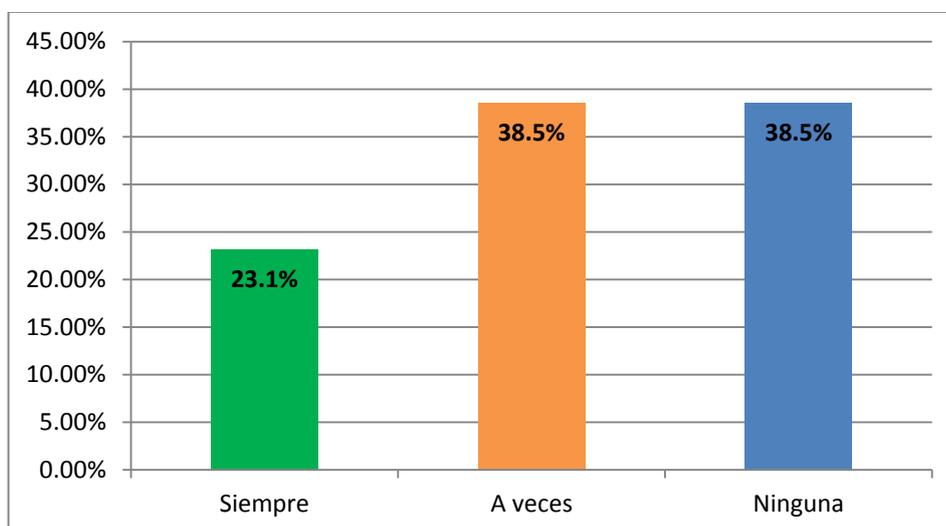


Figura 7. Frecuencia con la que realizan actividad física (3 veces por semana) los adultos mayores

Elaboración: Autora.

Hasta aquí se extiende la descripción de este tipo de variables, en la siguiente sección se aborda los distintos análisis que se han realizado de los instrumentos y del programa.

3.1.2. Análisis de las fichas de registro del programa OnMente.

Se han analizado las 28 fichas de registro, que fueron realizadas luego de la aplicación de cada una de las actividades. Para facilitar la presentación de las fichas se ha organizado las actividades de acuerdo al área cognitiva o función principal que estimulan. Además se ha incluido las funciones colaterales que se desarrollan.

En la Tabla 7 se observa las actividades correspondientes a la función Atención. Las actividades de Juego de manos y Baila en la silla son las que se pudieron aplicar de forma completa en un mayor porcentaje. Sin embargo Caja Fuerte y Números revueltos presentan inconvenientes, por lo cual un porcentaje cercano a la mitad no puede trabajar la actividad o la desarrolla de forma parcial. Los inconvenientes se producen por problemas visuales en los adultos mayores y por analfabetismo, sobre todo se presentan en las actividades que requieren manejo de números (1 y 2). Mientras que aquellas actividades que son más prácticas (3 y 4), o que estimulan la función colateral de praxia, son menos sensibles a lo señalado.

Tabla 7. Actividades de Atención

Función principal	Actividades	Funciones colaterales	Porcentajes de la aplicación
Atención	1) Caja Fuerte	1) Coordinación visuomotriz, praxias	1) 54% completa la actividad, 31% no la realiza y 15% la trabaja de forma parcial
	2) Números revueltos	2) Funciones ejecutivas, coordinación visuomotriz	2) 46% completa la actividad, 31% no la realiza y 23% la trabaja de forma parcial
	3) Juego de manos	3) Praxias, funciones ejecutivas	3) 85% completa la actividad y 15% no la realiza
	4) Baila en la silla	4) Praxias, funciones ejecutivas	4) 85% completa la actividad y 15% no la realiza

Elaboración: Autora

Las actividades que conforman el área de Funciones Ejecutivas se pueden visualizar en la Tabla 8. Rayuela, Zoológico Loco, Dados y Hazlo sí se aplican totalmente sin presentar dificultades. La actividad de Localizaciones también se aplica casi de forma completa a un porcentaje alto de adultos mayores. Y las actividades restantes presentan inconvenientes.

En Caja de Herramientas, Caja de figuras y Localizaciones las dificultades son únicamente visuales; mientras que en Delicias de nuestra nevera, Mensaje Oculto y Rueda de reconocimiento se presentan dificultades visuales e inconvenientes por el analfabetismo de los adultos mayores. Además se puede advertir que las actividades que logran ser

completadas de forma satisfactoria estimulan funciones colaterales como gnosias, praxias y esquema corporal.

Tabla 8. Actividades de Funciones Ejecutivas

Función principal	Actividades	Funciones colaterales	Porcentajes de la aplicación
Funciones Ejecutivas	1) Delicias de nuestra nevera	1) Atención, memoria semántica	1) 61% completa la actividad, 31% no la realiza y 8% la trabaja de forma parcial
	2) Caja de herramientas	2) Atención, memoria semántica	2) 54% completa la actividad, 38% no la realiza y 8% la trabaja de forma parcial
	3) Caja de figuras	3) Coordinación visuomotriz, atención	3) 69% completa la actividad, 23% no la realiza y 8% la trabaja de forma parcial
	4) Localizaciones	4) Gnosias, praxias	4) 85% completa la actividad y 15% no la realiza
	5) Rayuela	5) Gnosias, praxias	5) 100% completa la actividad
	6) Mensaje Oculto	6) Lenguaje, atención	6) 54% completa la actividad y 46% no la realiza
	7) Rueda de Reconocimiento	7) Lectura, gnosias	7) 61% completa la actividad, 31% no la realiza y 8% la trabaja de forma parcial
	8) Zoológico Loco	8) Gnosias, lenguaje	8) 100% completa la actividad
	9) Dados	9) Esquema corporal, orientación	9) 100% completa la actividad
	10) Hazlo sí	10) Esquema corporal, lectura	10) 100% completa la actividad

Elaboración: Autora

De forma similar en la Tabla 9 se detallan las actividades de la función Lenguaje. Denomina y Recuerda y El ahorcado se logran completar en un mayor porcentaje. Las demás actividades se aplican de forma parcial o no se aplican.

Denomina y recuerda, Frases desordenadas, Numerando y Rimas tienen inconvenientes por problemas visuales y analfabetismo de los adultos mayores. Mientras que La frase incompleta, El ahorcado y Párame la mano únicamente tienen dificultades por analfabetismo.

Tabla 9. Actividades de Lenguaje

Función principal	Actividades	Funciones colaterales	Porcentajes de la aplicación
Lenguaje	1) Denomina y recuerda	1) Atención, memoria	1) 92% completa la actividad y 8% la realiza de forma parcial
	2) La frase incompleta	2) Memoria semántica, funciones ejecutivas	2) 77% completa la actividad y 23% la realiza de forma parcial
	3) El ahorcado	3) Lectura, escritura	3) 84% completa la actividad, 8% la realiza de forma parcial y 8% no la realiza
	4) Frases desordenadas	4) Lectura, escritura	4) 54% completa la actividad, 31% no la realiza y 15% la trabaja de forma parcial
	5) Numerando	5) Lectura, escritura	5) 77% completa la actividad, 15% no la realiza y 8% la trabaja de forma parcial
	6) Rimas	6) Lectura, atención	6) 69% completa la actividad, 23% la realizan de forma parcial y 8% no la realiza
	7) Párame la mano	7) Escritura, atención dividida	7) 62% completa la actividad y el 38% la realiza de forma parcial

Elaboración: Autora

Luego el área de Gnosias se observa en la Tabla 10. La actividad ¿Qué se esconde detrás? se logra aplicar en un mayor porcentaje mientras que Contra-tiempo solo se aplica en aproximadamente la mitad de adultos mayores.

En la primera actividad los inconvenientes que se presentan se deben únicamente a analfabetismo. Mientras que en la segunda actividad las dificultades son exclusivamente visuales.

Tabla 10. Actividades de Gnosias

Función principal	Actividades	Funciones colaterales	Porcentajes de la aplicación
Gnosias	1) ¿Qué se esconde detrás?	1) Lenguaje, atención	1) 84% completa la actividad, 8% la realiza de forma parcial y 8% no la realiza
Gnosias	2) Contra-tiempo	2) Coordinación visuomotriz, funciones ejecutivas	2) 54% completa la actividad, 31% la realiza de forma parcial y 15% no la realiza

Elaboración: Autora

Y las actividades del área de Memoria se encuentran en la Tabla 11. Memory, Sin sentido y Réplicas se logran aplicar en un mayor porcentaje. Las actividades de Memory y Réplicas tienen inconvenientes únicamente visuales. Mientras que El regalo del rey presenta inconvenientes por analfabetismo. Finalmente Piso en Alquiler, Palabras a la Fuga y Sin sentido tienen dificultades en su aplicación tanto por analfabetismo y problemas visuales.

Tabla 11. Actividades de Memoria

Función principal	Actividades	Funciones colaterales	Porcentajes de la aplicación
Memoria	1) Réplicas	1) Praxias, gnosias	1) 85% completa la actividad y 15% la realizan de forma parcial
	2) El regalo del rey	2) Comprensión lectora, atención sostenida	2) 62% la completa, 23% no la realiza y 15% la trabaja de forma parcial
	3) Piso en alquiler	3) Gnosias, praxias	3) 46% la completa, 31% la realiza de forma parcial y 23% no la realiza
	4) Palabras a la fuga	4) Lectura, escritura	4) 62% la completa, 23% no la realiza y 15% la trabaja de forma parcial
	5) Sin sentido	5) Atención, lenguaje	5) 85% la completa, 15% la realiza de forma parcial
	6) Memory	6) Gnosias, atención	6) 92% la completa y 8% no la realiza

Elaboración: Autora

De forma general se puede expresar que se han presentado inconvenientes en la aplicación de las actividades, lo cual se debe principalmente a problemas visuales de los adultos mayores, y al hecho de que un número importante de adultos mayores son analfabetos o leen y escriben con dificultad. Estos inconvenientes tienen lugar principalmente en las áreas de atención, gnosias y memoria. Aunque lenguaje y funciones ejecutivas también se han visto afectadas.

3.1.3. Resultados obtenidos en la evaluación inicial y retest.

Dentro de la primera fase se realizó una evaluación inicial para determinar el estado cognitivo de los adultos mayores. Producto de esta evaluación se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación.

En cuanto al MMSE se visualiza en la Tabla 12 que un 69.2% de los adultos mayores presentó daño cognitivo medio, mientras que un 23.1% tuvo daño cognitivo moderado y un

7.7% se ubicó como normal. Luego en CAMCOG se distingue que un 53.8% presenta síntomas de demencia y que un 46.2% se encuentra en un rango normal. Respecto a GDS-FAST se observa que 53.8% de los adultos mayores se ubica en un estadio de déficit cognitivo leve, mientras que un 23.1% se sitúa en déficit cognitivo moderado, por otro lado un 15.4% tiene déficit cognitivo leve y 7.7% no presenta déficit cognitivo.

Tabla 12. Resultados de la evaluación inicial y retest (N=13)

Instrumento	Evaluación Inicial		Retest	
	N	%	N	%
MMSE				
Normal	1	7.7	0	0
Daño cognitivo medio	9	69.2	6	46.2
Daño cognitivo moderado	3	23.1	7	53.8
CAMCOG				
Normal	6	46.2	2	15.4
Síntomas de Demencia	7	53.8	11	84.6
GDS-FAST				
Ausencia de déficit cognitivo	1	7.7	0	0
Déficit cognitivo muy leve	7	53.8	5	38.5
Déficit cognitivo leve	2	15.4	2	15.4
Déficit cognitivo moderado	3	23.1	6	46.2

Elaboración: Autora.

Tras la evaluación inicial se aplicaron las 28 actividades de estimulación cognitiva a los 13 adultos mayores. Una vez que se finalizó el programa se procedió a realizar el retest, el cual se administró aproximadamente 8 meses después de la evaluación inicial.

En los resultados del retest (Tabla 12) se advierte que en MMSE un 53.8% presenta daño cognitivo moderado y 46.2.% tiene daño cognitivo medio. Además en CAMCOG el 84.6% presenta síntomas de demencia y un 15.4% se ubica como normal. Finalmente en GDS-FAST un 46.2% se situó en el estadio de déficit cognitivo moderado, luego un 38.5% se ubicó en déficit cognitivo muy leve y un 15.4% tuvo déficit cognitivo leve.

Con lo descrito es posible destacar algunos datos importantes. Primero en el MMSE solo un adulto mayor se ubica como normal en la evaluación inicial, sin embargo en el retest no se observa ninguna persona situada en la normalidad. El adulto mayor que se situaba en la normalidad avanza a un nivel de daño cognitivo medio en el retest y se caracteriza por ser viudo, vivir solo, no haber culminado primaria, saber leer y escribir, recibir una pensión, no

realizar visitas a sus amistades, jugar ocasionalmente juegos como cartas o dominó, pertenecer a un club y leer a veces.

Por otro lado en la evaluación inicial 9 adultos mayores presentaban daño cognitivo medio, y en el retest se observa que 6 se ubican en este mismo nivel. De estas personas 5 se mantienen en daño cognitivo medio y 4 descienden a daño cognitivo moderado. Aquellos que se mantienen en su mayoría son viudos, se encuentran en un rango de edad de 85 a 92 años, viven con familiares, casi todos han recibido instrucción primaria y solo 1 es analfabeto. Asimismo perciben algún tipo de ingresos, leen frecuentemente y realizan actividad física de forma frecuente. Y los adultos mayores que descienden son viudos, se encuentran entre los 82 y 96 años, en su mayoría no perciben ingresos ni visitan a sus amistades, no pertenecen a ningún club, la mitad vive solo y es analfabeto, igualmente no participan en juegos y únicamente la mitad lee.

Luego se observa que en la evaluación inicial 3 personas se situaban en daño cognitivo moderado y en el retest se ubican 7. De estos sujetos 3 se han mantenido en este rango y de ellos 2 son viudos y 1 es casado, todos se encuentran entre los 82 y 90 años, 2 viven con familiares y 1 vive solo, 2 son analfabetos y 1 ha recibido instrucción primaria, 2 pertenecen a un club y 1 no pertenece, 2 no visitan a sus amistades y solo 1 realiza visitas a veces, únicamente 1 lee y todos refieren no participar en juegos de cartas o dómimo.

En lo que concierne a CAMCOG se puede visualizar que 6 sujetos se ubicaban como normales en la evaluación inicial y 2 se sitúan en este mismo nivel en el retest. De estos 6 adultos mayores, solo 2 se mantienen en este rango mientras que 4 descienden y presentan síntomas de demencia. Quienes se mantienen son: viudos, 1 vive solo y 1 con su familia, ambos recibieron instrucción primaria, pertenecen a un club, perciben una pensión, no visitan a sus amistades y refieren leer de forma frecuente. Aquellos que descienden son viudos, se encuentran entre los 87 y 92 años, viven con familiares, en su mayoría han recibido instrucción primaria y perciben ingresos. De igual manera la mitad pertenece a un club y visita a sus amistades.

También se puede advertir que 7 personas en la evaluación inicial tenían síntomas de demencia mientras que en el retest son 11 quienes los presentan. En este apartado 7 continúan en este mismo nivel tras el retest y se caracterizan por ser viudos, no pertenecer a un club, no realizar visitas a sus amistades y por no participar en juegos.

Finalmente en GDS-FAST se puede destacar que en el estadio de ausencia de déficit cognitivo se ubicaba 1 persona en la evaluación inicial y en el retest ya no se presentan

sujetos en este nivel. El adulto mayor mencionado cambia de estadio y se ubica en déficit cognitivo muy leve, se le puede caracterizar por ser viudo, vivir solo, no haber culminado primaria, saber leer y escribir, recibir una pensión, no realizar visitas a sus amistades, jugar ocasionalmente juegos como cartas o dominó, pertenecer a un club y leer a veces.

Mientras que en el estadio de déficit cognitivo muy leve se observa 7 personas en la evaluación inicial. En el retest 4 se mantienen en este mismo estadio, 1 avanza a déficit cognitivo leve y 2 progresan a déficit cognitivo moderado. Aquellos que se mantienen son viudos, viven con familiares, han recibido instrucción primaria, leen de forma frecuente, en su mayoría son pensionados y pertenecen a un club. Quien progresa a déficit cognitivo leve es viudo, vive con su familia, ha recibido instrucción secundaria, no percibe ingresos, no pertenece a ningún club y no visita a sus amistades. Y los que avanzan a déficit cognitivo moderado son viudos, no perciben ingresos, no pertenecen a un club, no participan en juegos y tampoco realizan actividad física.

Por otro lado en déficit cognitivo leve se advierte que 2 personas se ubicaban en este estadio en la evaluación inicial, en el retest solo 1 se mantiene en este nivel mientras que la persona restante progresa a déficit cognitivo moderado. Quien se mantiene es viudo, analfabeto, vive con sus familiares, recibe una pensión y visita a sus amistades frecuentemente. Y aquella persona que se ubica en déficit cognitivo moderado es viudo, analfabeto, no percibe ingresos, vive sola, no pertenece a ningún club ni visita amistades.

Y en lo que concierne a déficit cognitivo moderado se situaban 3 personas al inicio del estudio, las mismas que en el retest se mantienen en este nivel. Estas personas son viudas, no participan en juegos, 2 viven con familia y 1 solo, 2 son analfabetas y 1 recibió instrucción primaria. Igualmente 2 son pensionados, pertenecen a un club y hace actividad física frecuentemente mientras que la persona restante no presenta estas características.

Por otro parte para determinar los efectos del programa se han realizado algunos análisis estadísticos. Primero se efectuó correlaciones entre las variables nivel de instrucción y alfabetismo con los resultados obtenidos en MMSE, CAMCOG y GDS-FAST. Para ello se usó el coeficiente de Spearman. Los datos obtenidos de este análisis se observan en la Tabla 13.

Tabla 13. Correlaciones entre Nivel de Instrucción, Alfabetismo, MMSE, CAMCOG y GDS-FAST

		MMSE	CAMCOG	GDS-FAST
Nivel de Instrucción	Coeficiente de correlación	0.211	0.086	0.445
	Sig. (bilateral)	0.488	0.780	0.128
	N	13	13	13
Alfabetismo	Coeficiente de correlación	0.584*	0.571*	0.810**
	Sig. (bilateral)	0.036	0.042	0.001
	N	13	13	13

* $p < .05$. ** $p < .01$

Elaboración: Autora

En la tabla se destaca una relación estadística significativa y moderada, entre Alfabetismo y MMSE ($r_s = 0,584$, $p < 0.05$). Asimismo entre Alfabetismo y CAMCOG se presenta una relación moderada ($r_s = 0,571$, $p < 0.05$). Algo similar sucede entre Alfabetismo y GDS-FAST ($r_s = 0,810$, $p < 0.05$), pero en estas variables la relación es más fuerte. En cambio Nivel de instrucción presenta relaciones escasa o nulas con MMSE ($r_s = 0,211$, $p > 0.05$) y CAMCOG ($r_s = 0,086$, $p > 0.05$). Y con respecto a GDS-FAST la relación es débil ($r_s = 0,445$, $p > 0.05$).

Adicionalmente se realizó pruebas t para determinar si existía diferencias de medias en los puntajes de MMSE y CAMCOG, entre el grupo de adultos mayores que han recibido instrucción formal y aquellos que son analfabetos. Asimismo se efectuó esta prueba entre el grupo que lee y escribe de forma funcional y los analfabetos. Estos resultados se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14. Prueba t de grupos de acuerdo a nivel de instrucción y alfabetismo

		Diferencias de medias	t	gl	Sig. (bilateral)
MMSE	Instrucción Formal Analfabeto	3.600	1.670	11	0.123
CAMCOG	Instrucción Formal Analfabeto	13.250	3.313	11	0.007
MMSE	Lectoescritura funcional Analfabeto	2.500	0.790	11	0.446
CAMCOG	Lectoescritura funcional Analfabeto	8.455	1.177	11	0.264

Elaboración: Autora

Tal como se puede observar, en MMSE no existe una diferencia importante de medias entre los adultos mayores que han recibido instrucción formal y los que son analfabetos. Sin embargo en CAMCOG, si hay una diferencia significativa entre estos dos grupos, quienes han recibido instrucción formal tienen una media más alta que aquellos que son analfabetos. Mientras que entre los grupos con lectoescritura funcional y analfabetismo, no se observa diferencias en sus puntajes de MMSE y CAMCOG, sin embargo si se debe destacar que el primer grupo tiene una media más alta que el segundo en ambos instrumentos.

Además de lo ya dicho se realizó la comparación de medias (prueba *t* de Student) entre los puntajes de MMSE y CAMCOG de la evaluación final y retest. En la Tabla 15 y la Tabla 16 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 15. Medias de MMSE y CAMCOG

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
MMSE	22.62	13	4.053	1.124
MMSE Retest	19.92	13	3.752	1.041
CAMCOG	65.15	13	9.494	2.633
CAMCOG Retest	54.69	13	9.835	2.728

Elaboración: Autora.

Se puede apreciar en la Tabla 15 que existe una diferencia entre el puntaje de la media del MMSE de la evaluación inicial (22.62) y del MMSE del retest (19.92). Algo similar sucede con los puntajes del CAMCOG de la evaluación inicial (65.15) y del CAMCOG del retest (54.69).

Por otro lado en la Tabla 16 se detalla que en cuanto a MMSE hay una diferencia entre los puntajes obtenidos en la evaluación inicial y retest ($t(12)=2.692, p < 0.05$), los puntajes no aumentan en el retest al contrario disminuyen. Y en lo que concierne a CAMCOG se observa que también existe una diferencia importante ($t(12)=10.462, p < 0.05$), entre los puntajes de la evaluación inicial y retest, los cuales disminuyen en retest.

Tabla 16. Prueba *t* de MMSE y CAMCOG

	Diferencias de Medias	t	gl	Sig. (bilateral)
MMSE-MMSE Retest	2.692	2.422	12	0.032
CAMCOG-CAMCOG Retest	10.462	5.311	12	0.000

Elaboración: Autora.

Además es importante especificar los cambios que se han producido entre los puntajes de la evaluación inicial y retest en cada una de las áreas cognitivas que conforman CAMCOG. En la Tabla 17 se puede apreciar la media de cada área.

Tabla 17. Medias de las áreas cognitivas del CAMCOG

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Orientación	8.77	13	1.691	0.469
Orientación Retest	6.69	13	2.323	0.644
Lenguaje	22.31	13	3.011	0.835
Lenguaje Retest	20.38	13	2.468	0.684
Memoria	14.00	13	2.858	0.793
Memoria retest	9.85	13	3.555	0.986
Atención / Cálculo	5.23	13	2.522	0.699
Atención / Cálculo Retest	4.69	13	2.594	0.720
Praxis	8.62	13	1.895	0.525
Praxis Retest	8.38	13	2.181	0.605
Pensamiento abstracto	2.85	13	2.075	0.576
Pensamiento abstracto Retest	2.54	13	1.664	0.462
Percepcion	3.31	13	1.494	0.414
Percepcion Retest	2.69	13	0.855	0.237
Funcion ejecutiva	11.31	13	4.498	1.247
Funcion ejecutiva Retest	8.31	13	2.175	0.603

Elaboración: Autora.

Asimismo a estas áreas cognitivas se les ha realizado la prueba *t*, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 18. De acuerdo a la información que se visualiza tanto Orientación, Lenguaje, Memoria y Función ejecutiva presentan cambios entre el puntaje de la evaluación inicial y retest, cabe aclarar que los puntajes en estas áreas disminuyen en retest. Mientras que Atención/Cálculo, Praxis, Pensamiento abstracto y Percepción no evidencian cambios importantes en los puntajes.

Tabla 18. Prueba *t* de las áreas cognitivas del CAMCOG

	Diferencias de Medias	T	gl	Sig. (bilateral)
Orientación - Orientación Retest	2.077	2.751	12	0.018
Lenguaje - Lenguaje Retest	1.923	2.391	12	0.034
Memoria - Memoria Retest	4.154	3.728	12	0.003
Atención / Cálculo - Atención / Cálculo Retest	0.538	0.786	12	0.447
Praxis - Praxis Retest	0.231	0.562	12	0.584
Pensamiento abstracto - Pensamiento abstracto Retest	0.308	0.602	12	0.558
Percepción - percepción Retest	0.615	1.171	12	0.264
Función ejecutiva - Función ejecutiva Retest	3.000	2.598	12	0.023

Elaboración: Autora.

Todo lo que se ha expuesto hasta aquí brinda un panorama de las características sociodemográficas y del estado cognitivo de los adultos mayores, a los que se les aplicó las dos valoraciones (inicial y retest). A partir de estos datos se han hecho las correspondientes inferencias e interpretaciones para determinar la efectividad del programa.

3.2. Discusión de resultados.

Esta investigación se ha guiado bajo el supuesto de que el Programa OnMente estimula a los adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado, de manera que las funciones cognitivas (atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas) se mantengan o se desarrollen.

A partir de lo previamente dicho se estableció el objetivo general del estudio, el cual consiste en determinar la efectividad del programa OnMente. Para la consecución de este propósito se utilizó una muestra de 13 adultos mayores, que asisten al Centro de Día en la ciudad de Loja. Dentro del proceso que se llevó a cabo primeramente se identificó el estado cognitivo de los adultos mayores, a través de una valoración inicial. Los instrumentos usados fueron MMSE, CAMCOG y GDS-FAST. Luego se aplicó las actividades del programa y finalmente se realizó un retest.

Antes de interpretar los resultados que se han obtenido, se resumirá las principales características sociodemográficas que presenta esta muestra. Los 13 adultos mayores se encuentran en una media de 87 años, lo que de acuerdo a González y Ham-Chande (2007) se conoce como cuarta edad, dichos autores sostienen que aquellas personas que han superado los 75 años se encuentran en la cuarta edad y agregan que este grupo “presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar” (p. 451).

Sobre este mismo tema González, Vázquez y Vilariño (2011), señalan que la cuarta edad se produce partir de los 80 años y añaden que “las personas comienzan a sufrir o a desarrollar enfermedades crónicas, altamente discapacitantes, lo que en muchos casos las hacen más dependientes de su familia y de su entorno afectivo, menos autónomos, más frágiles y vulnerables” (p.34). Adicionalmente Álvarez y Sicilia (2007) indican que el deterioro cognitivo moderado se produce frecuentemente entre los 80 y 89 años, mientras que el deterioro grave tiene lugar principalmente en personas de más de 90 años (citados en López y Calero 2009).

Luego en cuanto a la instrucción de los 13 adultos mayores, se denota que aproximadamente la mitad presenta un nivel de instrucción bajo, y que un 46% es

analfabeto o tiene dificultades para leer y escribir. También se debe señalar que en la muestra, se encontró relación entre la variable Alfabetismo y el puntaje de los instrumentos; así como una diferencia de medias en CAMCOG, entre quienes han recibido instrucción formal y aquellos que son analfabetos.

Al respecto González Palau (2012) afirma que “la edad avanzada y menores niveles de educación aumentan significativamente la prevalencia del deterioro cognitivo en la adultez mayor” (p. 201). Asimismo Abarca et al. (2008) sostienen que existe una relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo, lo que puede explicar porque la población analfabeta obtiene puntajes menores en comparación con aquellos adultos mayores que han recibido instrucción. También autores como Custodio, García, Montesinos, Escobar y Bendezú (2008) reconocen la relación entre analfabetismo y una alta prevalencia de demencia.

Por otro lado Mokri et al. (2012) afirman que las habilidades de escritura y lectura en personas mayores sin educación formal influyen en los resultados en pruebas muy utilizadas; no sólo el nivel educativo, sino también la adquisición de alfabetización deben tenerse en cuenta al realizar la evaluación cognitiva. Sobre esta misma cuestión Manly, Schupf, Tang y Stern (2005), alegan que el nivel de alfabetización podría ser un indicador de reserva cognitiva, ya que refleja con precisión la calidad de la experiencia educativa.

A más de lo ya dicho es preciso describir otras características de la muestra. Aproximadamente el 30% de los 13 adultos mayores vive en residencias o solos. También cerca de la mitad ha referido que no pertenece a ningún club, grupo o asociación. Y más del 60% no realiza ninguna visita a sus amistades. Todo esto tiene implicaciones interesantes, ya que Noriega, Quiñones y Guedea (2005) argumentan que la participación en relaciones sociales y familiares promueve el bienestar, afirma la autoestima y se relaciona con la buena salud mental de los adultos mayores.

En cuanto a ingresos económicos, el 38.5% de los adultos mayores de la muestra, no perciben ningún tipo de ingreso. De acuerdo a López y Calero (2009) “se ha podido observar que un nivel socio-económico bajo está asociado con un mayor riesgo de inicio de la demencia” (p. 222).

Adicionalmente un 76.9% no participa en ningún tipo de juegos como cartas, dómينو u otros. También un 30.8% indica que no lee nunca y de forma similar un 30.8% afirma leer a veces. López y Calero (2009) sobre esta cuestión manifiestan que “la participación en actividades sociales y de ocio también está estrechamente relacionada con el devenir cognitivo en la vejez” (p. 223). Y agregan que “las investigaciones encuentran una relación positiva entre la participación en actividades intelectuales y sociales y la ejecución en una

amplia variedad de tareas cognitivas (por ejemplo, en pruebas de rapidez perceptiva) en los ancianos” (p. 223).

Otro variable a considerar es la actividad física, en la muestra se denota que un 38.5% no realiza ningún tipo de actividad física, para lo que López y Calero (2009) exponen que “el deterioro cognitivo podría verse reducido o al menos enlentecido a través de la actividad física mantenida” (p. 223). Una vez que ya se ha caracterizado a la muestra es posible discutir los resultados obtenidos luego de la aplicación del programa.

Dentro de los análisis, al comparar las medias (prueba *t* de Student) de los puntajes tanto de MMSE y CAMCOG, se ha obtenido que en el caso del primer instrumento existe una diferencia de alrededor de 2 puntos, entre valoración inicial y retest. Cabe explicar que el puntaje de retest (19.92) es inferior al puntaje de la evaluación inicial (22.62). Asimismo en CAMCOG existe una diferencia de 10 puntos entre la valoración inicial y retest. En este caso también el puntaje del retest (54.69) es inferior al de la valoración inicial (65.15).

De modo que luego de la aplicación del programa OnMente, las puntuaciones de MMSE y CAMCOG disminuyeron. Siendo la disminución más marcada en CAMCOG. Además en cada una de las áreas cognitivas de CAMCOG también existe una disminución de los puntajes en el retest. Siendo las áreas de Orientación, Lenguaje, Memoria y Función ejecutiva las que tienen una disminución más significativa. Sin embargo en algunas áreas del CAMCOG (atención/cálculo, praxis, pensamiento abstracto y percepción), se puede señalar que la disminución en el puntaje del retest es realmente muy pequeña, de manera que se infiere que estas áreas se mantuvieron en los adultos mayores sin cambios importantes.

Si comparamos estos resultados con la bibliografía, encontramos que la mayoría de las investigaciones, referentes a la evaluación y validación de este tipo de programas, afirman que existen mejorías significativas y efectos positivos en el estado cognitivo de los adultos mayores, tras aplicarse un programa (Ramírez, González y Klimenko, 2011; Luque y Gonzalez, 2012; Calero García y Navarro-González, 2006; González Palau, 2012; Rey et al., 2009; Jiménez, 2008; Gómez-DOI, Jiménez y Aranda, 2014).

Si únicamente se tomara en cuenta los análisis obtenidos en las pruebas *t*, se podría afirmar que hay una interesante discrepancia entre los resultados que se han obtenido y lo que señala la bibliografía; sin embargo es fundamental que se tome en cuenta todas las variables sociodemográficas que se han detallado junto con la descripción que se ha hecho de la Tabla 12, donde consta el porcentaje de adultos mayores, en cada nivel o estadio de los instrumentos usados en la valoración inicial y retest.

En una muestra como la que se ha expuesto, con características sociodemográficas específicas (cuarta edad, nivel de instrucción bajos, analfabetismo, entre otros), se esperaría un deterioro cognitivo importante y progresivo. Ya que reúne factores de riesgo o elementos que hacen más propenso a un adulto mayor de sufrir deterioro cognitivo.

Esto que se ha mencionado se respalda con las afirmaciones de López y Calero (2009), quienes argumentan que indicadores como la edad, el nivel educativo, la escasa-habilidad de lecto-escritura, la no participación en actividades sociales y el no hacer ejercicio físico; pueden asociarse y predecir el deterioro cognitivo.

A pesar de que la muestra presenta estos factores, se puede observar que en MMSE, 8 adultos mayores se mantienen después del retest en el mismo nivel en que se ubicaban en la evaluación inicial (6 en daño cognitivo medio y 3 en daño cognitivo moderado). Luego en CAMCOG, 2 adultos mayores se continúan situando en la normalidad tras el retest. Y en GDS-FAST, 8 adultos mayores se mantienen tras el retest en el mismo estadio en que se encontraban al iniciar el estudio (4 en déficit cognitivo muy leve, 1 en déficit cognitivo leve y 3 en déficit cognitivo moderado).

Teniendo como base la información que se ha aportado, se puede abordar la hipótesis con la que se inició la investigación, y cabe indicar que aunque algunos adultos mayores progresan de nivel o estadio en MMSE (5), en CAMCOG (4) y en GDS-FAST (5); más de la mitad de los adultos mayores se han mantenido en el nivel o estadio que presentaban en la evaluación inicial. Por lo tanto la utilización del Programa de Estimulación Cognitiva OnMente si mantiene en los adultos mayores, con deterioro cognitivo leve y moderado, el funcionamiento de las habilidades cognitivas.

Adicionalmente es imprescindible señalar las limitaciones que se presentaron en este estudio. Lo ideal hubiese sido trabajar con una muestra más amplia pero se dieron inconvenientes que no hicieron posible aquello. Que los adultos mayores no concurren de forma recurrente al centro, que no asistan debido a enfermedad o que se retiren dificultó el contar con un número mayor de participantes

CONCLUSIONES

Considerando los resultados hallados en este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

En la valoración inicial realizada a los 13 adultos mayores se determinó que 53,8% presentaba síntomas de demencia y que 46.2% se situaba en la normalidad. Los adultos mayores se distribuyeron de la siguiente forma: 7.7% no mostró déficit cognitivo, 53.8% presentó déficit cognitivo muy leve, 15.4% tuvo déficit cognitivo leve y 23.1% evidenció déficit cognitivo moderado. Mientras que en el retest se observaron algunas variaciones, así el 84.6% mostró síntomas de demencia y el 15.4% se ubicó en la normalidad. La forma en que se distribuyeron también cambió: 38.5% demostró déficit cognitivo muy leve, 15.4% evidenció déficit cognitivo leve y 46.2% se mantuvo en déficit cognitivo moderado.

La aplicación de las actividades del programa OnMente no se realizó de forma completa, en las fichas de registro del programa se destacaron principalmente dificultades con los adultos mayores analfabetos y con aquellos que tenían problemas visuales. De manera que algunas actividades no pudieron ser trabajadas o se desarrollaron de forma parcial. Siendo las más afectadas por estos inconvenientes las áreas de atención, gnosias y memoria.

El programa OnMente es una herramienta valiosa para la estimulación cognitiva, tras su aplicación en esta muestra, se ha encontrado que más de la mitad de los adultos mayores se mantuvieron en el mismo nivel o estadio, que presentaron cuando se realizó la valoración inicial. Y esto se ha dado pese a que la muestra presentaba características o indicadores, que hacen más propensos y vulnerables a los adultos mayores de sufrir deterioro cognitivo. Y las áreas donde ha logrado ser más efectivo son las de Atención/Calculo, Praxis, Pensamiento Abstracto y Percepción.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que a los adultos mayores del centro de Día, se les continúe brindando estimulación cognitiva para evitar la progresión rápida a niveles avanzados de demencia, sobre todo a aquellos que ya presentan síntomas de demencia o que se ubican en deterioro cognitivo moderado.

Es preciso que se analice cada una de las actividades que presenta el programa, especialmente aquellas donde se producen más inconveniente, y se las adecue para la población analfabeta y para aquellos gerontes con dificultades visuales.

Previo a la aplicación de cualquier programa o herramienta de estimulación cognitiva, es imprescindible que se analicen las variables sociodemográficas que presentan los adultos mayores para que la estimulación produzca los resultados más óptimos posibles. Y la investigación se concentró únicamente en un centro o institución, es importante que para futuros estudios se considere trabajar con muestras más diversas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, J. C., Chino, B. N., Llacho, M. L., Gonzales, K., Mucho, K., Vázquez, R., y Soto, M. F. (2008). Relación entre Educación Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 1-9.
- Alvarado, A. M., y Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1-20.
- Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas-UNED.
- Barraza, A., y Castillo, M. (2006). El envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Recuperado de: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena,202006>.
- Béland, F., de Yébenes, M. J. G., Rodríguez-Laso, A., Pastor, M. Z., & Puime, A. O. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de trabajo (Fundación BBVA), (9), 1.
- Biología y Salud Mental (s.f.). Pruebas neuropsicológicas. Recuperado de <http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.05.12.4.-pruebas-neuropsicol%C3%B3gicas>
- Bueno, C. B., Cerrato, I. M., y Lezaun, J. Y. (2006). Intervenciones en deterioro cognitivo grave. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, 42-48.
- Cabrera, S. C., y Chica, D. A. O. (2013). Envejecimiento cerebral y cognoscitivo en el adulto mayor. *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 27(1), 1764-1774.
- Calero-García, M. J., y Lendínez, A. J. C. (2015). Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(1), 5-18.

Calero García, M., y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y salud*, 17(2), 187-202.

Cardona, D., y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.

Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., y Marín, P. P. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista médica de Chile*, 138(9), 1077-1083.

Centromente (2016). ¿Cómo ayudar a un familiar que padece un deterioro cognitivo moderado? Recuperado de <http://www.centromente.com/novedades/como-ayudar-a-un-familiar-que-padece-un-deterioro-cognitivo-moderado/>

Consejo General del Trabajo Social (s.f.). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de alzheimer y otras demencias. Recuperado de http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/gv_alzheimerod.pdf

Correia, R. (2012). Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencia de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo. Universidad de La Laguna, Servicio de Publicaciones.

Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J., & Bendezú, L. (2008, December). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 69, No. 4, pp. 233-238). UNMSM. Facultad de Medicina.

Dementia Care Central (s.f.). Las fases de la demencia. Recuperado de <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/las-fases-de-la-demencia/>

Denis, E. J., y Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Revista diálogos*, 4(2), 75-82.

Díaz Barrientos, E., y Sosa Coronado, A. M. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *Medisan*, 14(6), 0-0.

Fernández Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas: Humanidades Médicas*, (1), 27-38.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. Congreso sobre envejecimiento: La investigación en España, Madrid (p. 9-11).

Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., de Lucena, V. M., y Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123.

Fernández, G., Rojo, F., Prieto, M., Forjaz, M.E., Rodríguez, V., Montes de Oca, V., Oddone, M., Rodríguez, A., y Mayoral, O. (2014). Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez. XIV CONGRESO NACIONAL DE POBLACIÓN, AG. Sevilla.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., y Moreno, I., (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (3), 405-422.

Francke, L., González, B., y Lozano, L. (2011). Envejecimiento exitoso, una tarea de responsabilidad individual. *Ama y trasciende*. Recuperado de <http://amaytrasciende.org/docs/publicos/Envejecimiento>, 20, C2.

Garamendi, F., Delgado, D., y Amaya M. A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(1), 26-31.

García-Sánchez, C., Estévez-González, A., y Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 29(6), 374-378.

Generalitat Valenciana (2006). Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4963-2006.pdf>

González Palau, F. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve (Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca). Recuperado de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121167/1/DPETP_Gonz%C3%A1lezPalauF%C3%A1tima_Tesis.pdf

González, C. A., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49, s448-s458.

González, L., Vázquez, A. y Vilariño J. (2011). La cuarta edad como objeto de representación de la tercera edad. Estudio de casos. (Tesis de diploma en opción al título Licenciatura en Sociología, Universidad de la Habana). Recuperado de http://www.ensap.sld.cu/bvgenero/sites/files/11_FS_GRL_CEO.pdf

Gómez-DOI, M. B. G., Jiménez, S. B., y Aranda, A. B. (2014). Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Informació Psicológica*, (106), 41-53.

Henríquez Chaparro, F. (2013). Validación del Test Your Memory (T.Y.M.) en una muestra de adultos mayores chilenos. Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/130402>

Hernández-Ramos, E., y Cansino, S. (2011). Envejecimiento y memoria de trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información. *Revista de Neurología*, 52(3), 147-153.

Hughes, C., Berg, L., Danziger, L., Coben, L. & Martin, R. (1982). A new rating scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140: 566-572.

Jara, M. (2008). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22(2), 4-14.

Jiménez, I. M. (2008). *Validación del programa de modificabilidad cognitiva en población adulta* (Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz). Recuperado de <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/IMenachoJimenez.pdf>

Jumbo Tinitana, E. M. (2016). Adaptación de actividades de estimulación cognitiva en la población de adultos mayores de los centros de adultos mayores “San José”, centro de adultos mayores del IESS y adultos mayores voluntarios de la ciudad de Loja-Ecuador. (Trabajo de Titulación de Licenciado en Psicología). UTPL, Loja.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC] (2010). Censo de Población y Vivienda del Ecuador. Fascículo Cantón Loja, Ecuador.

Labrada, A. G., Zaldívar, A. R., Lecusay, A. Á., Bernal, M. M., Gamboa, G. R., y Hernández, L. M. F. (2015). Caracterización de la memoria en el envejecimiento: una mirada desde la neuropsicología. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 5(1), S19-S23.

Lizano, K. (2008). *Mejoramiento de la Estimulación Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro "Un Nuevo Amanecer en el Barrio Corazón de Jesús" de Heredia* (Tesis, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología). Recuperado de <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/036430.pdf>

Lojo-Seoane, C., Facal, D., Guàrdia-Olmos, J., y Juncos-Rabadán, O. (2014). Structural Model for Estimating the Influence of Cognitive Reserve on Cognitive Performance in Adults with Subjective Memory Complaints. *Archives Of Clinical Neuropsychology*, 29(3), 245-255. doi: 10.1093/arclin/acu007

López, A. L. (2013). Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (17), 11.

López, T. S. (2011). Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y discriminación de estímulos con distinta modalidad (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

López Pérez, B., Fernández Pinto, I., Márquez, y González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 501-522.

López, Á. G., & Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(4), 220-224.

López-Pousa, S. (2006). CAMDEX-R: prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.

López-Pousa, S. (2014). Evaluación e intervención en deterioro cognitivo. Recuperado de https://web.teaediciones.com/TemasDelMes/2014_Junio_Deterioro_cognitivo.pdf

Luque, M. L., Carrasco, P. M., Peña, M. M., Blázquez, M., y de León, J. M. R. S. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 23 (46), 5-13.

Luque, L. E., y Gonzalez M. C. (2012). Eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Manly, J. J., Schupf, N., Tang, M. X., & Stern, Y. (2005). Cognitive decline and literacy among ethnically diverse elders. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 18(4), 213-217.

Mokri, H., Ávila-Funes, J. A., Le Goff, M., Ruiz-Arregui, L., Gutierrez Robledo, L. M., & Amieva, H. (2012). Self-reported reading and writing skills in elderly who never attended school influence cognitive performances: Results from the coyoacan cohort study. *The journal of nutrition, health & aging*, 1-4.

Moreno Carrillo, C., y Lopera Restrepo, F. (2009). Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento. *Acta neurol. colomb*, 25(4), 244-251.

Mouriz, R., Facal, D., Dosil, C., Cuba, M., y Cisneros, A. (2016). Programa OnMente. Santiago de Compostela, España: USC.

Nelson, A.P., & O'Connor, M.G. (2008) 'Mild Cognitive Impairment: A Neuropsychological Perspective', *CNS Spectrums*, 13(1), p. 56–64. doi: 10.1017/S1092852900016163.

Noa, S., Juan, A., Llibre, J. J., Sánchez, C., y Sosa Pérez, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(1), 27-36.

Noriega, J. Á. V., Quiñones, T. I. S., & Guedea, M. T. D. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Rev Intercont Psicol Educ*, 7(2), 57-78.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Recuperado de <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms-envejecimiento-02.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011). La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Recuperado de: http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/SaludDeLosAdultosMayores_preliminares.pdf

Otero, J., y Fontán L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Revista Médica Uruguaya*, 19, 4-13.

- Ovejero Bernal, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Parra, C., Cernuzzi, L., D'Andrea, V., y Casati, F. (2013). Reminiscens: tecnología para el recuerdo y la interacción social del adulto mayor. *Iberdiscap*, 2013, 3-6.
- Parra, C., Cernuzzi, L., y D'Andrea, V. (2014). Interacción intergeneracional estimulada por la tecnología de soporte a la reminiscencia social. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cristhian_Parra/publication/266202945_Interaccion_intergeneracional_estimulada_por_la_tecnologia_de_soporte_a_la_reminiscencia_social/links/5429d49c0cf29bbc12676cab.pdf
- Pérez-Castejón, J. M., Durany, S., Garrigós, A., y Olivé, A. (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *Jano: Medicina y humanidades*, 1638, 40-45.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Puime, Á. O., Pastor, M. V. Z., Béland, F., Laso, Á. R., y de Yébenes, M. J. G. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Fundación BBVA.
- Ramírez, A. M. C., González, T. V., y Klimenko, O. (2011). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el hogar Santa Isabel, Envigado. Design, implementation and evaluation of a program of cognitive stimulation for older adults. *Psicoespacios*, 5(7), 43-64.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., y Hernández M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11(1), 47-56.
- Rebolledo, F. A. (2006). La musicoterapia como instrumento favorecedor de la plasticidad, el aprendizaje y la reorganización neurológica. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 5(1), 85-97.
- Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 653-9.
- Reisberg B., Ferris S.H., De Leon M.J., & Crook T. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 661-3.

Rey, A., Canales, I., Táboas, M. I., y Cancela, J. M. (2009). Consecuencias cognitivas del programa " memoria en movimiento" en las personas mayores. *European Journal of Human Movement*, (22), 113-131.

Reyes, I., y Castillo, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.

Riaño, J. R., y Moreno, D. M. B. (2012). Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo/comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. *Revista Areté*, 12, 128-139.

Robles, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 27(105), 140-175.

Rodríguez, K. D. Vejez y envejecimiento. Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud, ISSN 2145-4744, No. 12 (Enero de 2011).

Rosa, B. (2012). *Estudio de las funciones ejecutivas en el envejecimiento* (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca). Recuperado de http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/122993/DPBPMCC_LealDaSilvaAlvesRosa_BeatrizAlice_Estudio_de_funciones_ejecutivas.pdf?sequence=1

Roselli, M., y Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12 (1) ,151-162.

Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C.Q., Huppert, F.A., Hendre, H., Verna, S., & Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standarised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with the special reference to the elderly detection of Dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.

Ruiz-Sánchez de León, J.M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 32, 57-66.

Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill Education.

Sánchez, N., Fernández-Cueli, M., García, T., García, P., y Rodríguez, C. (2011). Análisis de un programa informático para estimular la atención en personas mayores. *Aula Abierta*, 39(2), 69-80.

Sánchez-Rodríguez, J. L., y Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Rev Neurol*, 52(5), 300-5.

Tate, R., Lah, L., & Cuddy, E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males. The Manitoba follow-up Study. *The Gerontologist*, 43(5), pp. 735-744.

Tortajada, R. E., y Villalba, S. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeia: estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (6), 73-94.

Universidad Complutense de Madrid (s.f.). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Ficha Técnica. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DEL%20ESTADO%20MENTAL/MEC_F.pdf

Valdizán, J. R. (2008). Funciones cognitivas y redes neuronales del cerebro social. *Rev. Neurol*, 46, 65-68.

Véliz, M., Riffo, B., y Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. RLA. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 75-103.

World Health Organization. (2002). Active aging: a policy framework. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Yanguas, J.J., Buiza, C., Etxeberria, I. y Camp, C. (2007). Actividades basadas en el Método Montessori para personas con demencia. Actividades basadas en el Método Montessori para personas con demencia. Madrid: Laboratorios Andrómaco.

Yanguas, JJ., Buiza, C. y González, MF. (2009). Programas de psicoestimulación en demencias. En Fdez-Ballesteros, R. (Ed.). *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*, pp. 187-2144. Pirámide: Madrid

ANEXOS

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO PARA LA
VALORACIÓN DE ESTADO COGNITIVO Y SOCIO-AFECTIVO E IMPLEMENTACIÓN
DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DE ESTAS ÁREAS PARA ADULTOS
MAYORES
(VOLUNTARIOS)**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Información General:

El propósito de esta información es ayudarle a tomar una decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas y sociales.

Este proyecto tiene por objeto: Determinar el estado cognitivo y socioafectivo, de los adultos mayores lo que se realizará es a través de cuestionarios y entrevistas, y posteriormente el empleo de un Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva (Programa OnMente)

La participación del mismo es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. Las contraindicaciones para estudio corresponden al estudio de resonancia magnética, sin embargo el estudio cognitivo y socioafectivo por la parte psicológica, no presenta relacionados a la participación de la investigación.

En este estudio podrán participar personas adultas mayores de 65 años, que sean legalmente capaces, así como sus familiares entrevistados. Todos los participantes serán voluntarios. Además deberán leer y aceptar el presente documento en donde se describe el procedimiento al que serán sujetos los voluntarios así como el consentimiento informado adjunto.

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán diversas preguntas de tipo sociodemográfico, psicológico, social y médico, a través del instrumento de valoración CAMDEX-R, Yesavaje.

Posteriormente se realizará el análisis de los resultados, de acuerdo al cual se seleccionará un nivel adecuado para que el adulto mayor desarrolle el Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva.

Contribuciones de su participación:

Usted a través de este estudio contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos del estado cognitivo y socioafectivo, así como también la adaptación e implementación de un Programa de Estimulación Cognitiva y Socio-afectiva dirigida a Adultos Mayores de la ciudad de Loja.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por UTPL, las organizaciones y personas que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos de esta investigación.

Riesgos y molestias:

Este es un estudio en el que el riesgo para su salud son nulos, en el caso de únicamente de participar en el ámbito psicológico. Además en este proyecto no empleará ningún tipo de medio o estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones científicas, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Voluntariedad y Derechos de los participantes:

Usted es libre de aceptar participar en esta investigación psicológica. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted tiene el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, y revocar el consentimiento informado. Esto no influirá en forma alguna en los cuidados que usted recibe en nuestro hospital.

Preguntas:

Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee a cualquier miembro del equipo de trabajo de este proyecto, en cualquier momento de su participación en el estudio.

Contactos para preguntas acerca del estudio y sus derechos:

Nombre del investigador responsable:

Mgtr. María Aranzazu Cisneros Vidal

E-mail: macisneros@utpl.edu.ec

Teléfono: 3701444 extensión 2633

Declaración de Consentimiento

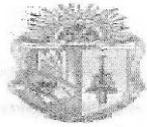
- He leído y acepto la invitación para participar en este estudio.
- Se me ha informado los propósitos, riesgos y beneficios de esta investigación médica.
- He recibido una copia firmada de este documento de consentimiento informado para que yo la conserve.
- Yo autorizo al investigador responsable el acceso y uso de los datos médicos obtenidos en esta investigación.
- Acepto / No acepto el uso de un medio de contraste.
- Doy mi consentimiento para participar en este estudio y no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre y apellido del participante: _____

Firma: _____

Nombre y apellido del investigador responsable: Mgtr. María Aranzazu Cisneros Vidal

Firma: _____



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TITULACION DE PSICOLOGÍA

PLANTILLA SOCIODEMOGRAFICA DEL ADULTO MAYOR

Estructura de la Entrevista

Nombre: _____ Código: _____ Fecha: _____

MARQUE CON VISTO O UNA X DE ACUERDO A LOS LITERALES :

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

I. ESTADO CIVIL

- Casado () Soltero () Divorciado() Viudo()

II. SEXO:

- Masculino() Femenino ()

III. EDAD: Años

IV. CON QUIEN VIVE

- Solo () Familia() Hogar de ancianos() Hijo () Familiar()
➤ Otros()

ANTECEDENTES SOCIALES

V. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Analfabeto () Edu. Primaria Completa() Edu. Primaria Incompleta()
➤ Edu. Secundaria Completa() Edu. Secundaria Incompleta()
➤ Superior ()

VI. ALFABETISMO

- Sabe leer y escribir() Solo lee () Analfabeto() Lee y escribe con dificultad()

VII. TIPO DE INGRESOS

- Sin ingresos () Ingreso aleatorio ()
➤ Pensionado o jubilado () Otro tipo de ingresos ()

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ADULTO MAYOR

Cada alternativa debe responderse individualmente en lo que respecta dentro de la plantilla sociodemográfica.

VIII. PARTICIPACION DEL ADULTO MAYOR EN FAMILIA:

- a. Participa usted en la preparación de alimentos en su hogar
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- b. Participa usted en las compras de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- c. Participa en el cuidado de los nietos
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- d. Participa en convivencias familiares
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- e. Participa en decisiones cotidianas de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- f. Participa en decisiones importantes de la familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- g. En su casa le cuentan novedades familiares
- h. Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

XI. RED SOCIAL AMPLIA:

- a. Pertenece a un club de iglesia ()
- b. Pertenece a un club ()
- c. Otro ()
- d. No pertenece ()

X. ACTITUD EN RELACION A LA OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE:

Considera el tiempo libre como:

- a. Premio a la labor cumplida Si () No()
- b. Oportunidad para hacer nuevas cosas, ejemplo viajar, leer, escribir, etc.
Si() No()
- c. Descanso Si() No()
- d. Aburrido Si() No()
- e. Soledad Si() No()

XI. ACTIVIDADES BENEFICIOSAS:

- a. Visita a su familia
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- b. Visita amigos a lo menos 2 veces al mes
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- c. Participa en juegos de dominó, cartas u otros
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- d. Lee usted diariamente
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- e. Asiste a su Control de Salud o Centro de hospitalario
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- f. Realiza usted actividad física 3 veces por semana
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()
- g. Camina diariamente a lo menos 30 minutos
Siempre () A veces () Frecuentemente () Ninguna ()

XII. ENFERMEDADES DE SALUD

➤ **Patologías Crónicas**

- Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Renal ()
- Artrosis () Ninguna () Visuales () Cáncer ()
- Otra ()

➤ **Factores psicológicos**

- Depresión () Desesperanza () Desamparo o Abandono ()
- Temor a las lesiones () Falta de motivación()

➤ **Estado Nutricional**

- Enflaquecido () Normal () Sobrepeso() Obeso()

XIII. NIVEL DE DIFICULTADES FISICAS

CONDICION FISICA

- Bueno () Regular () Muy Malo() Malo()

CONDICION MENTAL

- Alerta () Indiferente() Confuso () Estupor()

NIVEL DE ACTIVIDAD

- Camina con ayuda() Limitado a silla() Postrado en cama() Ninguna()

MOVILIDAD

- Normal () Ligeramente Limitado () Insuficiente () Bastante limitado ()
Ninguno ()
-

MOVIMIENTOS BASICOS FUNDAMENTALES**➤ Movimientos locomotores**

Andar Si() No() levantarse Si() No() Correr Si() No()

➤ Movimientos no locomotores

Vestirse Si() No() Coordinación Si() No() Movilidad fina Si() No()

HABILIDADES DESTREZAS MOTRICES BASICAS

- Giros Si() No() Desplazamientos Si() No()

CAPACIDADES PERCEPTIVAS

- Coordinación general Si() No() Relajación-respiración Si() No()
- Equilibrio Si() No() Ritmo Si() No()

CAPACIDADES SOCIOMOTRICES:

- Juego colectivo Si() No()
- Bailes de salón Si() No()
- Danzas Si() No()

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

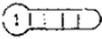
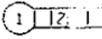
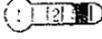
Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura refiere escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporos espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

FICHA DE REGISTRO

Nombre de la actividad

Profesional

Fecha	Lugar	Horario	Duración
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones			
Nivel de dificultad			
Aplicación	Individual	Parejas	Grupa <input type="checkbox"/>