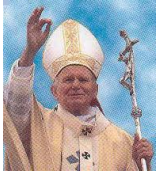


DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN  
ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

ESTUDIANTE DE ESPECIALIZACIÓN:  
YAZMIN GARCIA GELVES  
ID 000281457

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - SECCIONAL  
BUCARAMANGA  
2015



DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN  
ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

ESTUDIANTE DE ESPECIALIZACIÓN:

YAZMIN GARCIA GELVES

ID 000281457

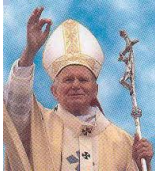
ASESORA DE MONOGRAFÍA

ARA CERQUERA

DOCTORANDA EN CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA BUCARAMANGA  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CORTE XI  
BUCARAMANGA

2015



## AGRADECIMIENTOS

*Primero que todo a Dios por estar siempre ahí, acompañarme; por darme la fortaleza y sabiduría que necesitaba, por darme la oportunidad de culminar con uno de mis mayores anhelos con éxito y gozo como lo es, el hecho de ser especialista, por guiarme fielmente en mis decisiones, y por ir delante de mí, ayudándome a vencer cada obstáculo que se me presente.*

*A mis padres por creer en mí. Les agradezco su formación y educación en valores, los cuales me han posibilitado realizar un buen trabajo en mi labor como profesional. Y enseñarme que puedo lograr cada meta que me proponga en mi vida.*

*A mi familia y compañero de vida, por sus oraciones y porque cada uno de cierta manera contribuyó al cumplimiento de esta meta.*

*A las participantes de esta investigación, ya que gracias a ellas se pudo llevar a cabo mi estudio y culminarlo con éxito; por permitirme observar sus vidas, dejándome ver su realidad, y así contribuir con el mejoramiento su calidad de vida.*

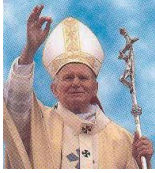
*A mi Asesora Ara Mercedes Cerquera Córdoba, quien me brindó su apoyo incondicional y por darme una excelente formación como especialista.*

*A la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga por contribuir con este sueño de ser Especialista en Psicología Clínica, por darme la oportunidad de formarme como profesional con valores cristiano y pertenecer a la gran familia Bolivariana.*



## Tabla De Contenido

	Pag.
Resumen	
Abstract	
1. Introducción	7
2. Contextualización de la institución	8
3. Planteamiento del problema	12
4. Objetivos	13
4.1 objetivo general	
4.2 objetivos específicos	
5. Marco teórico	14
6. Metodología	28
6.1 Población	
6.2 Muestra	
6.3 Instrumentos	
6.4 Procedimiento	
7. Plan de intervención	30
8. Resultados	34
9. Discusión	42
10. Conclusiones	44
11. Recomendaciones	45
12. Referencias Bibliográficas	48
13. Anexos	53
13.1 Formato de batería de pruebas	54
13.2 Formato de consentimiento de grado	59
13.3 Resultados de las baterías aplicadas pre test	65
13.4 Escala de deterioro global	67
13.5 Cuadernillo de estimulación cognitiva	70
13.6 Cuadro de intervenciones con cada paciente	95
13.7 Resultados de las baterías aplicadas pos test	10



## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

**AUTOR(ES):** YAZMIN GARCIA GELVES

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

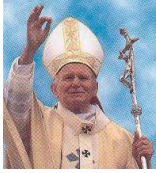
**DIRECTOR(A):** ARA CERQUERA

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio es estimular, retardar y rehabilitar cognitivamente, una muestra de adultas mayores del CBA Juan Pablo II mediante un programa de estimulación cognitiva que permita mejorar la calidad de vida de las adultas mayores. La muestra estuvo conformada por 4 adultas mayores evaluadas desde las áreas emocional, funcional, social y cognitiva, por medio de la aplicación de la escala de depresión CES-D, soporte social, capacidad funcional y el mini-mental, con una aplicación al inicio y al final del programa. Los resultados obtenidos en el pre test, mostraron un deterioro cognitivo leve, moderado y grave, problemática que lleva a implementar el programa de estimulación cognitiva. Para ello se creó un protocolo de ejercicios en cada una de las áreas a estimular, (cuadernillo de estimulación cognitiva). En el pos test, se aplicó nuevamente la batería de pruebas, los resultados demostraron que el programa de estimulación cumplió sus objetivos, reafirmando la idea, de que sí es posible retardar y rehabilitar el deterioro cognitivo en los adultos mayores, si es estimulado por medio de estos programas de forma continua.

### **PALABRAS CLAVES:**

Deterioro cognitivo, Adulto mayor, Programa, Habilidades cognitivas, Rehabilitar, Retardar, Estimular.



## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** PROGRAM DESIGN FOR COGNITIVE STIMULATION IN OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

**AUTHOR(S):** YAZMIN GARCIA GELVES

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

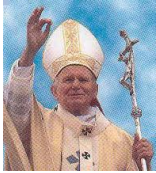
**DIRECTOR:** ARA CERQUERA

### ABSTRACT

The aim of this study is encouraging, and cognitively slow rehabilitation, a sample of older adults CBA John Paul II through a program of cognitive stimulation that will improve the quality of life of older adults. The sample consisted of four elderly women evaluated from the emotional, functional, social and cognitive areas, through the implementation of the depression scale CES-D, social support, functional capacity and mini-mind, with an application to start and end of the program. The results obtained in the pretest showed a mild, moderate and severe cognitive impairment, problems leading to implement the program of cognitive stimulation. For this exercise protocol in each of the areas to stimulate, (booklet cognitive stimulation) was created. In the posttest was applied again the test battery, the results showed that the stimulation program achieved its objectives, reaffirming the idea that it is possible to delay and rehabilitate cognitive decline in older adults, if stimulated by these programs continuously.

### KEYWORDS:

Cognitive impairment, Elderly, Program, Cognitive Skills, Rehabilitate, Delay, stimulate.



## 1. Introducción

La realización de la práctica de especialización en psicología clínica con un enfoque cognitivo conductual se desarrolló en dos etapas: una evaluativa en donde se verificaron las necesidades de la población del centro de bienestar al anciano Juan Pablo II; y una de intervención psicológica de corte individual, donde se implementa el programa para la estimulación cognitiva en adultos mayores ya que esta fue la problemática más urgente por intervenir.

Siendo el deterioro cognitivo una problemática importante a intervenir en los adultos mayores, es necesario hacer una revisión teórica del constructo.

Para Lobo (2002), el deterioro cognitivo es la pérdida continua de las funciones cognoscitivas que se va alterando por factores externos e internos del organismo, y que se evidencia en una persona con baja capacidad de persuasión, agudeza visual, memoria, percepción, estado de alerta, lo cual conlleva a un grado importante de dependencia.

Para disminuir esta dependencia, se hace necesaria la práctica de actividad física en la edad adulta, siendo ésta positiva para la salud cognitiva de las personas mayores (Buchman y col., 2012; Perrot, Gagnon, y Bertsch, 2009). De esta forma, se incorporan datos que incrementan el valor de los programas combinados de actividad física y cognitiva.

La presente monografía toma como base los conceptos anteriores y pretende estimular, retardar y rehabilitar cognitivamente a una muestra de cuatro adultas mayores con deterioro cognitivo, los cuales llevó a diseñar, desarrollar y evaluar un programa de estimulación en algunos dominios cognitivos como: lenguaje, evocación, memoria, cálculo, orientación, motricidad, cuya hipótesis a comprobar es; mediante el desarrollo de un programa de estimulación cognitiva, se permitirá retardar y rehabilitar la aparición del deterioro cognitivo y a la vez mantener las habilidades cognitivas preservadas en el adulto mayor del Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II



(CBA), lo cual se considera una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida.

## 2. Contextualización de la Institución

El CBA se encuentra ubicado en el departamento de Santander en el municipio de Floridablanca en la calle 5° N° 8-53. Físicamente es un edificio adecuado para las necesidades de los adultos mayores, cuenta con 5 plantas que son distribuidas de la siguiente manera: en la primera se encuentra el sótano donde funciona un parqueadero público del cual se obtienen algunos ingresos para la fundación. En el primer piso se encuentra el área administrativa y de servicios varios, allí se ubica la oficina de la directora, la secretaria, la oficina de trabajo social, psicología, salón de reuniones, cocina, y lavandería. En el 2° piso se encuentra el salón común, 3° y 4° piso, se encuentran las habitaciones de los adultos mayores, comedores, aérea de visita y la enfermería ubicada en el tercer piso.

### ***Misión***

Brindar un modelo de servicio y atención al adulto mayor, fundamentado en los principios de la fe cristiana- católica y en una concepción humanista e integral del ser humano, a través de la coordinación de un equipo de trabajo interdisciplinario y operativo, proporcionando una vivienda digna, una alimentación adecuada, y servicios básicos de salud, valorándolos como personas activas en la realidad familiar, social, espiritual y cultural; organizando actividades terapéuticas dirigidas de acuerdo a sus capacidades, con programas de bienestar que fomenten una mejor calidad de vida y fortaleciendo los valores espirituales a partir de la oración y celebración de la eucaristía (que se realiza el primer viernes de cada mes, a las 9 de la mañana, y todos los domingos a las 9 de la mañana) los sacramentos y el santo rosario.

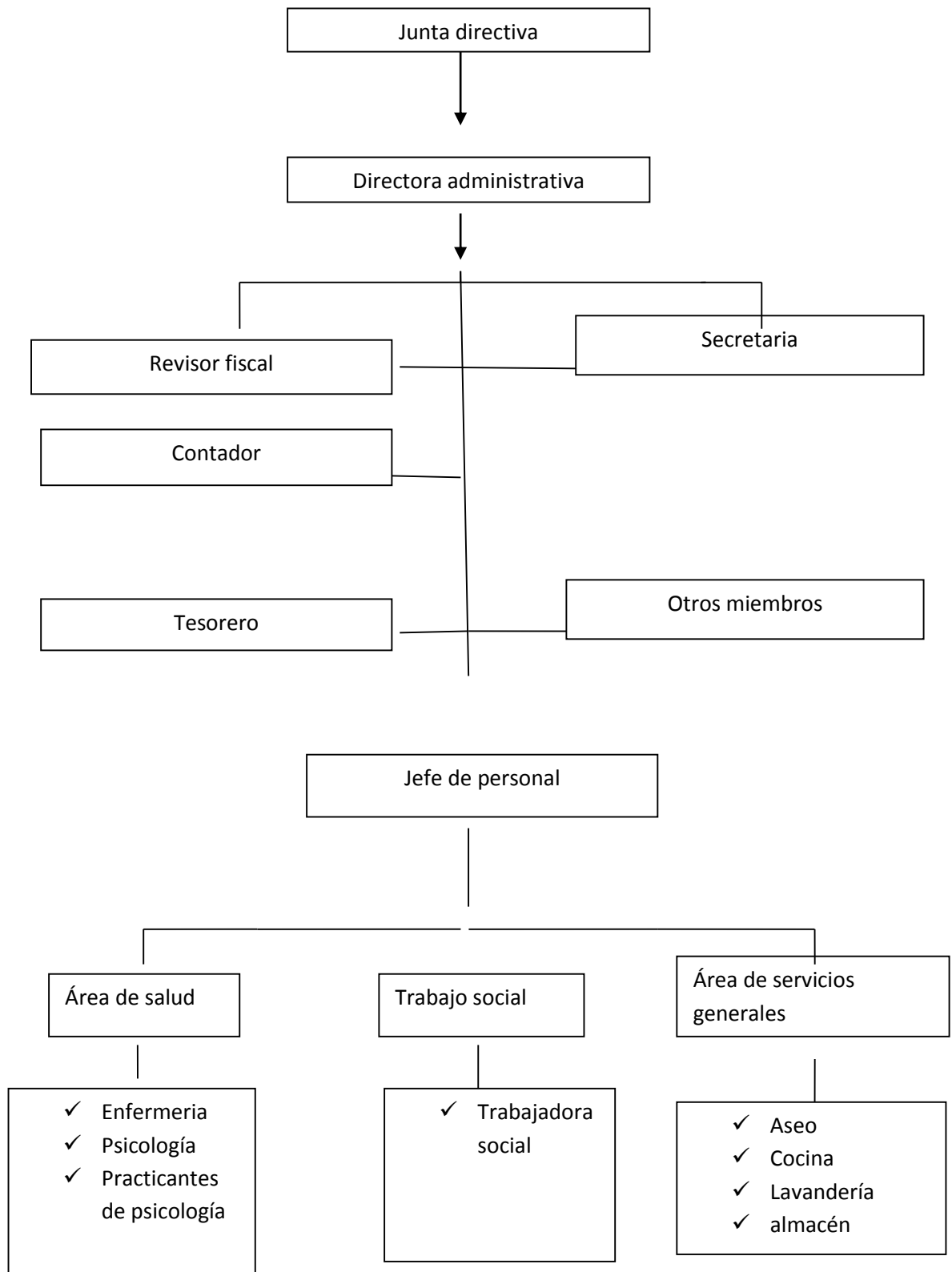
### ***Visión***

Brindar un mejor nivel de vida a los adultos mayores residentes en el Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II, ofreciendo servicios de calidad, con la búsqueda de recursos económicos y talento humano, también con nuevos implementos que mejoren cada día las aéreas de psicología, enfermería y trabajo social (áreas actuales



que existen en el CBA). De esta manera velar por el funcionamiento y buena marcha de la institución, en beneficio social y que se proyecte a toda la comunidad.

### Organigrama





### ***La población beneficiaria***

El CBA ofrece sus servicios a personas adultas mayores tanto con capacidades económicas, como a personas que no poseen dichos medios para pagar los servicios prestados en la institución.

La institución realiza las siguientes clasificaciones:

- Adultos mayores con capacidad económica: los cuales son denominados pensionados.
- Adultos mayores que cuenta con alguna capacidad económica: las familias son las que los respaldan y pagan los costos.
- Adultos mayores en condición de caridad: son personas que por lo general no tiene familiares, ni recursos económicos suficientes, son recibidos en la fundación pero deben ser del municipio de Floridablanca.

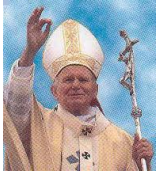
### ***Caracterización del grupo poblacional***

***Tabla N° 1. Estado Civil de los Adultos Mayores residentes del CBA Juan Pablo II***

<b>solteros</b>	<b>Casados</b>	<b>Divorciados o separados</b>	<b>Viudos</b>	<b>Unión Libre</b>
<b>38%</b>	<b>18%</b>	<b>1%</b>	<b>27%</b>	<b>1%</b>

El grupo de mayor porcentaje de los adultos mayores residentes del CBA Juan Pablo II, son los solteros con un 38%, seguido por las personas viudas con un 27%. Esta información nos muestra que la gran mayoría de los adultos mayores residentes no cuentan con una persona o pareja que le ofrezca compañía, amor, seguridad u apoyo.

***Tabla N° 2. Procedencia de los adultos mayores residentes del CBA Juan Pablo II***



<b>FLORIDABLANCA</b>	<b>BUCARAMANGA</b>	<b>PIEDECUESTA</b>	<b>GIRON</b>	<b>OTROS</b>
<b>8%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>69%</b>

La tabla 2 indica que un porcentaje de los residentes del CBA Juan Pablo II, son personas que provienen o nacieron en otras ciudades diferentes al área metropolitana y el departamento de Santander.

**Tabla N° 3. Nivel de Escolaridad**

<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>ESTUDIOS SUPERIORES</b>	<b>NO ESTUDIARON</b>
<b>9%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>81%</b>

Según la tabla 3, el 81% de la población adulta mayor del CBA Juan Pablo II son analfabetas, a pesar de ello se puede trabajar con modelos educativos diseñados para adultos mayores con el fin de vincularlos a las diferentes actividades que se realizan dentro de la misma fundación.



### 3. Planteamiento del problema

En el adulto mayor se observan una serie de cambios importantes que influyen en su bienestar. Uno de ellos es el deterioro cognitivo, entendido como la pérdida continua de las funciones cognoscitivas que se va alterando por diversos factores externos e internos del organismo, lo cual se ve reflejado en una persona con baja capacidad de persuasión, agudeza visual, memoria, percepción, estado de alerta y esto de alguna manera conduce a caídas en el paciente adulto, disminución de velocidad de marcha y movimientos importantes para su dependencia (Lobo, 2002). Sin embargo, no todos los adultos mayores presentan el mismo deterioro, éste depende de muchos factores como el biológico, el psicosocial y el emocional (Cerquera, 2007). Este deterioro puede evidenciarse en alto grado en las instituciones geriátricas en donde el aislamiento, la falta de estimulación, y la deficiente asesoría por parte de las cuidadoras influye en el mismo. Por esta razón surge el siguiente interrogante:

¿Al realizar una intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual por medio de un programa de estimulación, se permitirá retardar y rehabilitar la aparición del deterioro cognitivo y a la vez mantener las habilidades cognitivas preservadas en el adulto mayor del Centro de Bienestar del Anciano (CBA)?



## 4. Objetivos

### 4.1 Objetivo General

Desarrollar un programa de estimulación cognitiva con el fin de retardar y rehabilitar el deterioro cognitivo y estimular las habilidades preservadas en el adulto mayor del CBA Juan Pablo II, en las áreas de orientación, lenguaje, memoria, cálculo, motricidad y evocación.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el estado emocional, funcional y social de los adultos mayores por medio de la aplicación de batería de pruebas.
- Evaluar el deterioro cognitivo de los adultos mayores por medio de la aplicación del mini mental.
- Estimular y mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, motricidad, lenguaje, evocación, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.
- Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.



## 5. Marco Teórico

Según Avila, Vázquez, Morales y Gutiérrez (2007) en su estudio sobre *Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor* cuyo objetivo fue caracterizar a los pacientes con deterioro cognitivo objeto de estudio, teniendo en cuenta las variables biológicas como edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, funciones cognitivas afectadas y evaluar el grado de severidad del deterioro cognitivo en estos pacientes, encontró que existe un predominio de mujeres con deterioro en un 5.4% contra un 3.1% en los hombres, el mayor porcentaje en edad correspondió a un 24.8 % de 75-79 años, de ellos el 15.5% fue del sexo femenino y el 9.3% del sexo masculino seguido por el grupo de 80-84 años (17.9%) donde también predominó el sexo femenino con 13 casos para un 10.1% mientras que en el sexo masculino hubo 10 casos para el 7.8%, se resalta que en el rango de 90 años y más predominaron las mujeres, lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio.

El estudio anteriormente mencionado lleva a pensar, de que manera se podría predecir el deterioro cognitivo, por esta razón se cita a López, y Calero (2009), quienes exponen su trabajo *Predictores del deterioro cognitivo en ancianos*, encontrando algunos indicadores de riesgo que podrían ser la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia, las quejas subjetivas de memoria, diversos problemas médicos (hipertensión y diabetes), las dificultades sensorio-motoras, la actividad metabólica reducida en ciertas áreas cerebrales, la disminución del volumen hipocampal, ser portador de uno o dos alelos del genotipo de la a pólipo proteína E, el rendimiento disminuido en tareas de recuerdo inmediato y demorado), el déficit en memoria asociativa y en denominación, la baja plasticidad cognitiva, la depresión, la escasa habilidad de lecto-escritura, el estado cognitivo general, la escasa participación en actividades sociales, el ejercicio físico disminuido, la falta de apoyo social, el uso de medicación y los problemas relacionados con el sueño. Estos factores podrían contribuir de alguna manera a la predicción del deterioro cognitivo en la senectud.

Otro estudio sobre la *Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida*, realizado por López, Calero, y Navarro (2013), cuyo objetivo fue identificar qué variables cognitivas



son relevantes a la hora de diferenciar ancianos sanos de ancianos con deterioro cognitivo, se establecieron dos grupos diferenciados, ancianos sanos y ancianos con deterioro cognitivo, a partir del corte de 24 puntos en el miniexamen cognitivo. El análisis discriminante mostró que el mejor indicador del deterioro cognitivo fue el rendimiento en fluidez verbal semántica (FVS), seguido de la atención sostenida y el potencial de aprendizaje. En conclusión se puede decir que el rendimiento en FVS y en atención sostenida parece ser un factor de protección frente al deterioro cognitivo en la vejez, con lo que podría utilizarse como prueba de cribado para la detección de ancianos con deterioro.

En este punto es de gran importancia mencionar a Arcila, Milián, Camacho, Arevalo, y Escartin (2009), en su investigación *Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor* cuyo objetivo fue determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socio económicos, laborales, socio demográficos, enfermedades, evaluando 422 sujetos entre hombres y mujeres cuyo promedio de edad fue de 68 años, encontró que los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, haber padecido diabetes mellitus tipo 2, ser mujer, y tener un deterioro visual y polifarmacia, todos con  $p < 0.05$ , y concluye en su estudio que varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.

Por otra parte no se debe dejar de lado a la familia de los adultos que padecen deterioro cognitivo, por esta razón se toma en cuenta a Ávila (2012) que en su investigación descriptiva sobre *la Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo*, con 139 familias utilizando la entrevista y el análisis documental y aplicando un instrumento específico para clasificar a las familias según su funcionamiento, encontró que el 41,6 % eran familias ampliadas y el 38,8 % extensas, el 36,1 % y el 30,6 % estaban en etapa de contracción y disolución, respectivamente.

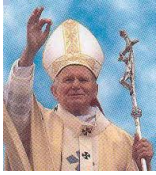
El afrontamiento a la enfermedad del anciano fue inadecuado en el 88,9 % de las familias y el 38,9 % eran disfuncionales. Se pudo evidenciar que las familias están muy



lejos de ser la red de apoyo que necesitan estas personas en el proceso de su enfermedad.

Se entiende que el deterioro cognitivo es una problemática que aqueja a la población de adultos mayores en general, por ello se debe tener en cuenta las características de un paciente con dicha problemática. Un estudio sobre *caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo*, realizado por Gómez, Bonnin, Molina, Yáñez, y González (2003), enunciaron que el incremento en la expectativa de vida de la población ha originado aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, por lo tanto, es importante investigar el deterioro cognitivo para ello realizaron un estudio descriptivo prospectivo, en el cual se aplicó el Minimental State of Folstein a 286 personas mayores de 65 años de edad. Se halló una frecuencia de deterioro cognitivo de 9,4 %, y el mayor porcentaje de pacientes correspondió al grupo etéreo de 85 a 89 años (33,3 %), la afectación fue más frecuente en el sexo femenino (70,3 %) y predominó el nivel de escolaridad primario (66,6 %). El hábito de fumar (29,6 %) y la hipertensión arterial (25,9 %) fueron los factores de riesgo fundamentales detectados. La memoria fue la función cognitiva más afectada, el 63,0 % de los enfermos tuvieron un grado leve de deterioro cognitivo y ligero de incapacidad funcional.

Ahora bien, al indagar sobre el deterioro cognitivo en la vejez, es indispensable tener en cuenta, como es el funcionamiento cognitivo. En un trabajo propuesto por Gil y Martínez en el 2008, los cuales hablan del *funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor*, exponen la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, concluyen que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. A partir de esta revisión es importante reconocer que la sociedad necesita adultos mayores sanos, y los profesionales de la atención primaria de salud tienen la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro



mental en el esta población, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo.

Lo anterior muestra, que si se ejercitan las funciones cognitivas, mejorará la calidad de vida del adulto mayor. Surge de esta forma *Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral*; elaborada por Mogollón (2014), cuyo objetivo fue proponer una alternativa del mejoramiento cognitivo en el adulto mayor, de acuerdo con los aportes y evidencias presentadas por expertos en el área. Se analizaron las posturas científicas a favor y en contra, en cuanto al uso del entrenamiento cerebral. Se argumentó sobre la viabilidad de esta propuesta según las evidencias empíricas presentadas por teóricos e investigadores en el campo de las neurociencias, apoyados en las modernas tecnologías de mapeo cerebral (brainscanning). Se concluye que a pesar de la vulnerabilidad natural del adulto en ocasión de su envejecimiento, esta propuesta hace factible su mejoramiento cognitivo, como una alternativa al entrenamiento cerebral.

Es de suma importancia mencionar que en edades avanzadas la esfera cognitiva y la esfera emocional están ligadas entre sí, a continuación se mencionan algunos estudios relacionados.

Un estudio realizado por Bentosela y Mustaca (2005), denominado *efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación* cuyo objetivo central fue entender que el envejecimiento normal produce una serie de cambios que se presentan asociados a una declinación general de las funciones fisiológicas, como consecuencia surge un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales. Los resultados muestran un deterioro de los procesos cognitivos, especialmente de la memoria y las funciones ejecutivas, una persistencia en las respuestas previamente aprendidas y una desregulación frente a situaciones de estrés. Tanto en los modelos animales como en los humanos las alteraciones de la memoria y de las demás funciones cognitivas se atenúan si los sujetos vivieron en medios enriquecidos y si continúan estimulando, mediante prácticas y ejercicios, tales funciones.



Otro estudio realizado por Cerquera (2008), en el Asilo San Antonio de Bucaramanga, sobre *Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas*, cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores, se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (el Minimal y la Escala Geriátrica de Depresión de Beck). De las 67 adultas mayores de la población estudiada, se encontraron elementos correlacionales de deterioro y depresión con eventos significantes del ciclo vital. Esto permite concluir que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

Otro estudio realizado por Molina, Barco, González, y Uribe (2008) sobre la *relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas*, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de sintomatología depresiva y deterioro cognitivo en 416 mujeres mayores de 60 años, no institucionalizadas de la ciudad de Cali (Colombia), se aplicaron la escala de depresión de Yesavage (versión de 15 ítems) y la prueba de Pfeiffer. Se demostró la prevalencia de sintomatología depresiva en un 19,95% y de deterioro cognitivo del 2,64%. Se concluye que la sintomatología depresiva y el deterioro cognitivo presentan una moderada prevalencia en las mujeres no institucionalizadas, así mismo es importante conocer la prevalencia de estos trastornos en cada centro de atención, con el objetivo de diseñar programas de intervención que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres adultas mayores y disminuyan los factores causales de depresión y del deterioro cognitivo.

Es de suma importancia indagar sobre algunos teóricos que sustentan el deterioro cognitivo leve, entre ellos se destacan Gauthier et al. (2006), quienes exponen que éste no interfiere con la realización de las actividades diarias del individuo. Clínicamente el concepto de DCL es utilizado para designar un estado transicional entre el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento normal y una demencia temprana. Otro estudio sobre *la memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control*, realizado por Sánchez, Arévalo, Vallecilla, Quijano, y Arabia



(2014), donde el objetivo fue describir las alteraciones de la memoria audio-verbal, en un grupo de 10 adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) de la ciudad de Cali, en comparación a un grupo control encontraron cambios estadísticamente significativos ( $p \leq 0.05$ ) en las medias de la memoria audio-verbal, el porcentaje de la curva de aprendizaje, recobro espontáneo, por claves y en el reconocimiento, mostrando que los adultos mayores con DCL presentan dificultades en la fase de registro de información, afectando a su vez los procesos de almacenamiento y evocación, con incremento de intrusiones. Lo anterior, permite suponer que los sujetos con DCL tienden a tener un menor volumen de registro de información, lo que afecta los procesos de almacenamiento y evocación de la información audio-verbal. Las puntuaciones muestran que no se benefician del recobro por claves ni el reconocimiento para la recuperación de la memoria audio-verbal a corto plazo, y presentan fallas en el uso de estrategias efectivas de aprendizaje que les permita organizar y almacenar las palabras.

Otro estudio relacionado y denominado *deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas*, según, Mora, et al (2012), el DCL es un síndrome que se caracteriza por presentar alteración en una o más funciones cognitivas superiores, sin interferir en las habilidades funcionales de la vida diaria y acompañado de una preocupación por el cambio cognitivo producido. Aunque la detección temprana del DCL se suele realizar mediante tests de rastreo cognitivo, la mayoría de ellos no parecen detectar correctamente el DCL, a diferencia de la demencia. Su objetivo fue exponer un análisis de las pruebas de rastreo cognitivo más recomendables para utilizar en la clínica habitual para la detección del DCL, basándose en las actuales tendencias de investigación. Se concluye que existen tres tipos de tests de rastreo cognitivo: los tests de rastreo generales, los de rastreo específico y los de rastreo de un subtipo de DCL. Como conclusión se propone la aplicación conjunta de tests, así como la necesidad de ser cautos en su elección, para poder detectar más eficazmente el DCL en la práctica clínica.

Así mismo, un estudio realizado por Arboleda, Acevedo, Muñoz, Pineda, y Lopera, (2008), sobre la *Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana*, muestra que el deterioro cognitivo leve (DCL) es un



síndrome clínico, se presenta con alteración de la memoria, cognición general normal, sin compromiso en las actividades de la vida diaria ni demencia. El objetivo del estudio fue establecer la prevalencia de DCL de tipo amnésico en un grupo de personas mayores de 50 años del Valle de Aburrá. La muestra fue conformada por 848 participantes de ambos géneros, mayores de 50 años de edad, residentes en el área metropolitana de Medellín, con diferentes niveles educativos y socioeconómicos. El diagnóstico de DCL amnésico se realizó de acuerdo con la propuesta de la Academia Americana de Neurología. Se encontró que la prevalencia de DCL amnésico fue del 9,7%, con predominio en hombres ( $p = 0,01$ ) frente a las mujeres. El comportamiento de la prevalencia fue significativamente menor en el grupo con más de 12 años de escolaridad ( $p < 0,05$ ), y no hubo diferencias significativas de la prevalencia con la edad y el nivel económico. En conclusión la prevalencia de DCL de tipo amnésico encontrada, del 9,7%, está dentro del rango informado en otras investigaciones.

En un *estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve*, realizado por Baquero, Blasco, Campos, Garcés, Fages, y Andreu, (2004) en un grupo de pacientes con DCL se observó la presencia de trastornos de la conducta, mediante la aplicación del inventario neuropsiquiátrico a 100 pacientes (61 mujeres y 39 varones) diagnosticados de DCL. La edad media de la muestra fue de  $74,3 \pm 10$  años, y la puntuación media del MEC,  $25,57 \pm 4,2$ . Se encontró que en un 62% de los casos existía un trastorno conductual o psicológico. El trastorno más prevalente fue la depresión, en un 36% de los casos, seguido de irritabilidad (35%), ansiedad (24%) y apatía (19%). Presentes en algún caso, estuvieron la agitación (4%), la actividad motora aberrante (3%) y el delirio (sólo un caso). No se encontraron alucinaciones, desinhibición o euforia en este grupo de pacientes. Los datos encontrados coinciden en líneas generales con los descritos previamente para ámbitos de la cultura occidental en general. La existencia de trastornos conductuales y psicológicos en pacientes con DCL podría ser un factor predictivo del desarrollo ulterior de demencia. El NPI puede ser una herramienta útil en la detección y evaluación de estos trastornos.

Un *Test de posiciones: un instrumento de medida de la plasticidad cognitiva en el anciano con deterioro cognitivo leve*, sustentado por Calero, y Navarro, (2003).La



búsqueda de variables que medien el paso del deterioro cognitivo leve (DCL) a la demencia es un campo actual muy activo de investigación. El presente estudio tuvo como objetivo poner a prueba la validez del test de posiciones (TP) como medida de plasticidad cognitiva en el anciano y se comprueba la existencia de ésta en personas con DCL. Los resultados encontrados muestran que el TP evalúa la plasticidad cognitiva en ancianos con DCL, que es posible acortar el test sin que pierda sus propiedades evaluativas y que en la realización de la prueba no influye el nivel educativo. Además, se objetiva que algunos ancianos con DCL muestran plasticidad.

Según lo encontrado en los anteriores estudios se puede afirmar que el deterioro cognitivo es normal en edades avanzadas, pero sería grato lograr enlentecer su aparición, y rehabilitar sus áreas en déficit, por esta razón se mencionarán algunas investigaciones que aclararan el panorama frente a la problemática del deterioro cognitivo.

*Una intervención educativa para identificar y controlar deterioro cognitivo en adultos mayores de Ciego de Ávila*, realizada por Ocaña, Maldonado, Angulo, Sónora, y Ocaña (2014), utilizando un grupo control y experimental, con 100 sujetos mayores de 50 años, se demostró que la cuarta parte de la población estudiada presentó deterioro cognitivo, el cual exhibió una tendencia al aumento con el progreso de la edad; la mayoría de los gerontes con deterioro vivían solos, sin vínculo matrimonial; las motivaciones culturales, recreativas, los intercambios interpersonales estaban ausentes en la mayor parte de los sujetos con deterioro. Después de un año en régimen de rehabilitación comunitaria, la mayoría de las personas en deterioro no evolucionaron hacia formas clínicas complicadas.

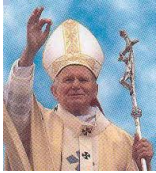
Por otra parte Según Molina, Schettini, Zamarrón, y Fernández (2011), en su investigación sobre *actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores*, cuyo objetivo fue analizar si la actividad es un factor protector del declive intelectual y examinar si la actividad intelectual, respecto de otro tipo de actividades, es un predictor del mantenimiento del funcionamiento cognitivo en un grupo de personas mayores de 90 años, independientes en las actividades básicas de la vida diaria y que



tienen preservada su capacidad cognitiva, estudio longitudinal en el que participaron 188 personas, 67 varones y 121 mujeres; se realizaron análisis inferenciales en la línea base y en el seguimiento. Los resultados obtenidos demuestran que en la línea base se encontró una fuerte asociación entre el nivel de actividad y el funcionamiento cognitivo. Y más aún, la realización de actividades intelectuales en la línea base predice un mejor funcionamiento cognitivo en el seguimiento. La realización de actividades intelectuales y el mantenimiento del funcionamiento cognitivo son dos entidades que, en ausencia de deterioro cognitivo, se dan asociadas en ancianos muy mayores. Estos resultados tienen implicaciones importantes para la comunidad científica a la hora de encontrar índices predictivos y estrategias preventivas, pero también para el individuo al encontrar factores de cambio personal sobre los que poder actuar paliando problemas asociados a la edad. Esto muestra que si el deterioro está en niveles avanzados, si hay rehabilitación.

Un estudio en relación con la *rehabilitación del deterioro cognitivo en adultos mayores* fue el realizado por Rodríguez, Carrasco, Delgado, López y Travieso (2012), quienes utilizando técnicas para mejorar la orientación, memoria de fijación, lenguaje, atención y la esfera afectiva, encontraron en sus 48 pacientes investigados que la estimulación mental demostró ser efectiva, puesto que mejoró sus procesos cognitivos y afectivos indispensables para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En relación con las técnicas para mejorar las diferentes áreas, se puede mencionar un artículo sobre *Orientación en el tiempo y deterioro cognitivo*, realizado por Fernández, Pascual, Aguilar, Burriel, Santolaria, y Pérez (2011). La orientación temporal forma parte de la mayoría de los tests de cribado para el diagnóstico de deterioro cognitivo. Una orientación temporal correcta implica activar tanto información semántica (conceptos de la fecha del calendario) como episódica (recuerdo de la fecha actual). Su objetivo fue evaluar la utilidad diagnóstica de una técnica de valoración de la orientación temporal, basada en una consigna abierta, y puntuación de la información semántica y episódica generadas (0-10 puntos) en 24 sujetos sin deterioro, 77 pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) y 62 pacientes con demencia, mediante test minimal/miniexamen cognitivo de 30 puntos, test de fluidez verbal semántica, escala



de deterioro global, orientación temporal tipo minimal y orientación temporal tipo abierto. Se concluye que la técnica es adecuada como instrumento de cribado en el deterioro cognitivo por su utilidad, brevedad y posición estratégica en la exploración del estado mental. Presenta alta sensibilidad con baja especificidad para la demencia y baja sensibilidad con alta especificidad para el deterioro en cualquier grado.

Es evidente según la revisión anterior, que al estimular la esfera cognitiva, el adulto mayor tendrá la oportunidad de sentirse útil y de esta manera mejorará su calidad de vida, es por eso que a continuación se expondrán los distintos programas que se han realizado para mantener o mejorar las habilidades preservadas en el adulto mayor.

Un trabajo realizado por Reigal y Mendo (2014) sobre los *efectos de un programa cognitivo-motriz sobre la función ejecutiva en una muestra de personas mayores* tuvo como propósito analizar los efectos de un programa integrado de actividad física y estimulación cognitiva, con una duración de 20 semanas, sobre diversas variables vinculadas a la función ejecutiva, comparándolo con otro programa exclusivo de actividad física. Las participantes fueron 57 mujeres de la ciudad de Málaga (España), con edades comprendidas entre los 65 y 69 años. Se empleó un diseño pre-post con dos grupos aleatoriamente escogidos, en el que uno de ellos realizó un programa de ejercicios físicos sin estimulación cognitiva añadida y otro que desarrolló el programa integrado de actividad física y cognitiva. Los instrumentos utilizados para evaluar las habilidades cognitivas fueron el Trail Making Test (A y B) y el Test Stroop. Se realizó un análisis de la varianza bifactorial mixto, para cada variable dependiente, con el objetivo de determinar los efectos del tratamiento. Los resultados obtenidos indicaron efectos positivos en ambos grupos y diferencias a favor del programa integrado. Este trabajo contribuye a incrementar el conocimiento sobre la aplicación y efectos de este tipo de intervenciones.

Así mismo un estudio sobre *eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo*, realizado por



García y Navarro (2006), donde participaron 98 ancianos (59 grupo tratamiento y 39 grupo control) que fueron evaluados en tres momentos temporales (antes del entrenamiento, después del mismo y tras 9 meses) con diversas pruebas de funcionamiento cognitivo. Las personas del grupo tratamiento participaron en un programa de entrenamiento en memoria de 14 sesiones. Los resultados muestran que los ancianos del grupo tratamiento mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores al entrenamiento, mientras que las del grupo control sufren un declive de tal manera que, aunque no existen diferencias significativas de partida entre grupos, éstas sí que se producen una vez introducida la fase de entrenamiento. Las conclusiones que los resultados muestran los efectos positivos de este tipo de intervenciones cuando se trabaja con población anciana.

Otro estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar, realizado por Sevilla, Fernández, Fuentes, López y Moreno (2014), refiere que a pesar del declive cognitivo que se produce con la edad, numerosos estudios han demostrado la eficacia que tienen los programas de entrenamiento de la memoria para mejorar diversas áreas neuro-cognitivas en las personas mayores. El objetivo de este estudio es analizar de forma preliminar el efecto diferencial de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores sobre diversas funciones cognitivas, se evaluó la percepción subjetiva de la memoria, así como el desempeño cognitivo antes y después del entrenamiento. Se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa en el cuestionario de quejas subjetivas de memoria en ambos grupos, y sólo se encontró cierta mejoría en memoria de trabajo viso-espacial (test Corsi inverso) y en razonamiento (Analogías) en el grupo que recibió un entrenamiento en olvidos cotidianos, lo cual puede concluir que los programas de entrenamiento de la memoria mejoran la percepción subjetiva que tienen las personas mayores del funcionamiento de la memoria, y ello es independiente de la metodología de entrenamiento utilizada.

Según Rey, Canales, y Táboas (2011) en su artículo denominado *Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de*



*estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento»* donde se utiliza el método de análisis de contenido sobre los testimonios obtenidos de entrevistas en profundidad a las que se aplicó un sistema de categorías elaborado *ad hoc*. La muestra estuvo constituida por 32 participantes con una media de edad de  $69,92 \pm 4,98$ . Los resultados muestran que el 48% de los sujetos percibe mejoras en sus capacidades de memorización; un 47%, en la atención y la concentración, y un 10%, en la satisfacción con la vida tras su paso por el programa. Están especialmente preocupados por la pérdida de memoria el 65,62%— y acuden a los programas de estimulación cognitiva con el objetivo de mejorar esta capacidad. Durante las sesiones, las personas participantes mantienen sentimientos de diversión, vitalidad y energía, concluyendo que los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un claro componente lúdico y social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes y abren una línea importante de intervención debido a su buena aceptación.

Por otra parte, Aldana, García, y Mata (2012) en su estudio sobre *las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez*, muestran los beneficios del uso de las TIC como una vía para la estimulación de los procesos cognitivos durante la vejez. Fue diseñado un taller para el aprendizaje básico en la computadora e Internet dirigido a los adultos mayores de la comunidad de San Cristóbal Ecatepec, Estado de México. La experiencia educativa se registró mediante observación participante y entrevista abierta. Los resultados mostraron la capacidad e interés en el aprendizaje de las TIC por parte de los adultos mayores. Se logró rebasar el estereotipo de la complejidad en el acceso y uso de la tecnología por parte de los ancianos; se mostró, además, que el aprendizaje de las TIC favorece el desarrollo de procesos cognitivos como la atención, memoria, inteligencia y lenguaje con las adecuaciones pertinentes a las necesidades de la población. Se destacó también la importancia de realizar actividades de convivencia intergeneracional que favorezcan el aprendizaje mutuo, pues la estimulación de los procesos cognitivos debe ser fortalecida en todas las edades, lo que sin duda beneficia la construcción de una mirada gerontológica hacia el envejecimiento.



Así mismo se dice que hay influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: *revisión sistemática*, expuesto por Franco, Parra, González, Navarro, y Solís (2013), quienes afirman que la actividad física está siendo reconocida como un factor altamente protector de las funciones cognitivas en el envejecimiento, y se establece, en la actualidad, como una estrategia psicosocial prometedora para la protección de las facultades cognitivas.

Un estudio realizado por Herrera, Montorio y Cabrera (2010), tuvo en cuenta la *relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva*, en un grupo de 55 personas mayores con deterioro cognitivo leve. Se comparó el rendimiento cognitivo y el nivel de asunción de estereotipos negativos sobre la vejez de los participantes antes y después del programa de estimulación cognitiva. Los resultados demostraron que por un lado, se observó un incremento significativo del rendimiento en las capacidades de aprendizaje asociativo y recuerdo de información verbal tras el tratamiento, así como una reducción significativa del nivel de estereotipos negativos sobre la vejez. Por otro parte, se observó que en el grupo de personas que mejoró su rendimiento en aprendizaje asociativo los estereotipos negativos eran más frecuentes e igualmente disminuían tras el tratamiento. Estos resultados reflejan que las personas que mejoran su rendimiento también reducen sus estereotipos. Esta relación resulta novedosa, ya que si bien la relación entre ausencia de estereotipos y mejor rendimiento había sido ya señalada, no se había observado una relación positiva entre el cambio de estereotipos y el rendimiento cognitivo tras una intervención psicológica.

Ahora bien, si se observan los *Efectos de un programa de musicoterapia en la atención y conducta de un grupo de personas institucionalizadas*, con recursos como la música, el sonido, el silencio, la palabra, la voz, el ruido, los gestos y los movimientos corporales para configurar una estructura integrada de expresión, promueven la salud física y mental de los sujetos. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de relieve el interés de la aplicación de esta técnica como terapia de mantenimiento y de mejora de personas mayores ingresadas y afectadas de algún trastorno de memoria (González, & Galán, 2006).



Por otra parte según Caballo, Arroyo, Portero, y Ruiz (2013) en su estudio: *Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos* se expresan que las terapias no farmacológicas (TNF) en el envejecimiento y las demencias representan un conjunto de intervenciones orientadas a estimular el rendimiento de los procesos cognitivos, mejorar la afectividad, potenciar la independencia en la vida cotidiana y, en última instancia, incrementar la calidad de vida de los pacientes. Los resultados evidencian una mejora del estado mental general en el envejecimiento sano y ausencia de progresión en el envejecimiento patológico. En los 2 grupos, la afectividad (ansiedad y depresión) y la calidad de vida auto percibida se vio beneficiada por la TNF. No obstante, no parecen mejorar otros aspectos habitualmente incluidos entre los objetivos terapéuticos, como la independencia en las actividades de la vida diaria. Es importante destacar que los individuos con deterioro cognitivo se benefician más del mismo, si bien su aplicación generalizada parece resultar un óptimo programa preventivo primario en estos aspectos cognitivos y emocionales.

Según Lojo, Facal, y Rabadán (2012), en su estudio sobre *¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero*, se profundiza en el papel que tiene la reserva, medida a través de diferentes indicadores, en la aparición del DCL y en su progresión a demencia. Los estudios revisados ofrecen soporte a la hipótesis de que la reserva influye en la manifestación de los síntomas de deterioro cognitivo y, al menos parcialmente, en su progresión a demencia. Se discute el papel de indicadores de reserva como el nivel educativo, la complejidad laboral y la actividad cognitiva en estos procesos. Así mismo, se presenta un modelo que defiende que las personas con DCL y bajo nivel de reserva mostrarían un deterioro más pronunciado al inicio del proceso de deterioro, frente a las de alto nivel de reserva que presentaría este deterioro pronunciado al final del proceso, gracias al papel protector de la reserva. Se plantea la necesidad de más investigación empírica que ayude a consolidar este modelo teórico.



Finalizando los estudios, artículos y trabajos expuestos por cada uno de su autores anteriormente mencionados se ha querido resaltar el de Jara (2007), quien plantea en su artículo, *la estimulación cognitiva en personas adultas mayores*, plantea la importancia de la psico-estimulación cognitiva y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en la población longeva. La persona adulta mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere de la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de estas funciones, y rehabilitar las áreas en déficit, afirmación que sustenta la monografía realizada sobre un programa de estimulación cognitiva para retardar la aparición del deterioro cognitivo, rehabilitar funciones en déficit y mantener las habilidades preservadas en los adultos mayores del CBA.

En conclusión, cualquier tipo de programa o terapia cognitiva aplicada a la población longeva beneficia el mejoramiento de sus funciones cognitivas, aumentando así su autonomía, como lo afirma Jara (2007). Reafirmando lo mencionado en la revisión anterior, en relación a la estimulación y mantenimiento cognitivo, éste constituye una estrategia psicosocial prometedora para la intervención de adultos mayores con y sin signos de deterioro cognitivo. Serían convenientes mayores estudios que empleen una metodología experimental, mayor homogeneidad en cuanto a los instrumentos de recogida de datos de funciones cognitivas y una profundización en la frecuencia e intensidad necesaria en las intervenciones. Así mismo la actividad física está estrechamente relacionada con la mejora cognitiva. Esta afirmación la sustenta Franco, Parra, González, Navarro, y Solis (2013), indicando que un mayor índice de actividad física se relacionaría con un menor deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo ya manifiesto.



## 6. Metodología

**6.1 Población:** 80 adultos/as mayores del CBE Juan Pablo II

**6.2 Muestra:** 6 adultas mayores a las cuales se les aplicó una batería de pruebas para evaluar su estado emocional, funcional, social y mental. El programa se desarrolló con 4 adultas mayores.

**6.3 Instrumentos:**

La medida de la calidad de vida validada por Osorio (2004) está compuesta por cuatro instrumentos: (Anexo 1)

**Valoración de depresión CES-D:** escala que proporciona indicadores de riesgo de depresión.

**Escala de soporte social:** este instrumento cuantifica la cantidad y la calidad de los contactos sociales en la personas.

**Minimental:** determina el estado cognoscitivo de la persona evaluando aspectos relevantes como: orientación en tiempo y espacio, memoria de fijación y reciente, atención, cálculo y lenguaje

**Escala de capacidad funcional:** este instrumento evalúa el aspecto físico en donde se tiene en cuenta los aspectos como: el balance, el desplazamiento o traslado, contingencia, vestimenta y aseo personal; básicamente tiene como objetivo medir la capacidad funcional en la realización de las actividades básicas cotidianas (Cerquera, Prada, 2010).

### 6.4 Procedimiento

Fase1: Evaluación de necesidades de la población con casos especiales, revisión de la literatura que soporta el diseño de intervención, así mismo el diligenciamiento de historias clínicas, (Anexo 2) y determinación de la batería de pruebas a utilizar.



Fase 2: Diligenciamiento de consentimientos informados a la muestra destacada, con el fin de tener un proceso con la mayor seriedad y responsabilidad posible y cumplir con la ética del psicólogo. (Anexo 3)

Fase 3: Evaluar los diferentes dominios en las adultas mayores por medio de la batería de pruebas, acompañado de la revisión y actualización de historias clínicas.

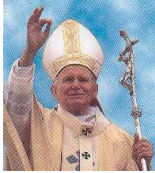
Fase 4: Análisis de los resultados de la batería de pruebas aplicadas, en el pretest. (Anexo 4).

Fase 5: Diseño del plan de intervención de estimulación cognitiva basado en ejercicios donde estimulen las áreas de lenguaje, memoria, evocación, orientación, motricidad y cálculo. Los ejercicios que se proponen en este programa se agrupan en relación con el grado de deterioro, según la escala de Global Deterioration Scale (GDS). (Reisberg, 1982) (Anexo 5).

Fase 6: Implementación del cuadernillo de estimulación cognitiva (Anexo 6).

Fase 7: Intervenciones realizadas con la muestra seleccionada (Anexo 7).

Fase 8: Aplicación y análisis del pos test a la muestra intervenida (Anexo 8).



## 7. Plan de intervención

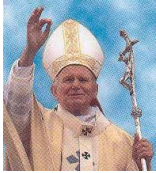
Para la implementación del programa de estimulación cognitiva se creó un protocolo de ejercicios en cada una de las áreas a estimular, aplicadas a las cuatro pacientes, (cuadernillo de estimulación cognitiva), (Anexo 6). Tomados de Tárraga, Boada, Morera, Domènech, y Llorente, (2009), modificado por la autora.

A continuación se hablara de la importancia de estimular cada una de las áreas dependiendo del grado de deterioro.

### ***Deterioro cognitivo leve/ o medio: GDS 3***

La estimulación cognitiva se dirige específicamente en este nivel de deterioro hacia las capacidades mentales más elaboradas y complejas, como la lectura y la escritura, el cálculo y el razonamiento abstracto, focalizándose en:

- La atención: con tareas simples que ayuden a reforzar la activación mental (ejemplo: series numéricas concretas, nombres de los meses del año en sentido directo e inverso).
- La orientación temporal, espacial y de la persona: con tareas básicas de situación en el momento temporal y espacial, biografía personal y de su entorno más inmediato (amigos, familia...), para mantener al enfermo en contacto con la realidad que le rodea, objetivos básicos de la Terapia de Orientación a la Realidad.
- La memoria: potenciando la memoria inmediata con ejercicios de repetición de series, reforzando la memoria reciente con ejercicios cortos que faciliten la fijación y el recuerdo (“me llamo como su hija”), manteniendo el mayor tiempo posible la memoria remota (mediante la repetición continuada de los ejercicios).
- El concepto numérico y el cálculo: tareas de cálculo mental, resolución de problemas aritméticos, operaciones aritméticas y juegos numéricos.
- El razonamiento: con ejercicios que trabajen la capacidad de clasificar características de los objetos.



- El lenguaje escrito: con tareas de redacción de un texto, escritura de una frase o palabras, al dictado y/o copia.
- El dibujo libre o guiado (copia), optimizando las praxias constructivas.

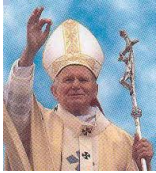
#### ***Deterioro cognitivo moderado: GDS 4***

En esta fase, la estimulación cognitiva persigue los aspectos básicos de la cognición: la atención, la orientación temporal y espacial más simple –día de la semana– y en la persona, la memoria, sobre todo la memoria remota, sin abandonar los aspectos cognitivos más instrumentales como el lenguaje, la percepción visual

En esta fase se utilizan estímulos más simples que en la fase precedente. La lectura continúa siendo una de las capacidades residuales del enfermo en las cuales se apoya la psico-estimulación para facilitar las tareas. Asimismo, la realización de ejercicios a diario, de una manera repetitiva y rutinaria, constituye una ayuda a la permanencia de una memoria reciente muy reducida.

Se focalizará el trabajo en:

- Orientación temporal, espacial y de la persona: realizada a diario ayudará al enfermo a mantener una orientación continuada, mediante la Terapia de Orientación a la Realidad
- Memoria remota: mediante tareas de evocación, utilizando ayudas de clave semántica o fonética.
- Escritura: utilizando las capacidades residuales preservadas del paciente. El inicio de la desestructuración de la escritura en este estadio hace necesario un planteamiento de ejercicios simples y fáciles, dictado o copia de frases, palabras o letras, y su repetición diaria.
- El reconocimiento numérico y el cálculo: mediante tareas más sencillas, de cálculo y de reconocimiento de números.
- La percepción visual y el reconocimiento de objetos cotidianos, como mantenimiento de un nivel de conexión con aquello que le rodea.



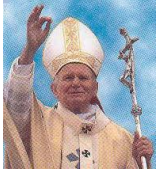
- Razonamiento a partir de ejercicios de clasificación de palabras utilizando diferentes campos semánticos (instrumentos, utensilios de cocina, muebles).

### ***Deterioro cognitivo grave: GDS5***

La estimulación cognitiva en este estadio se halla mucho más limitada y debe adaptarse al modelo involutivo correspondiente a la pérdida de las operaciones concretas, utilizando ejercicios de simulación con objetos reales y básicos de la vida diaria.

Los siguientes aspectos se destacarán:

- La pre-escritura: en esta etapa, la escritura no es posible, recurriendo en la mayoría de los casos, a tareas de pre-escritura y coordinación visual-motora.
- El reconocimiento visual mediante ejercicios en los cuales los objetos son reales, o son fotografías con un contenido para el enfermo emocional elevado por pertenecerá su propia biografía.
- El reconocimiento de las características físicas de los objetos: por ejemplo, el color mediante tareas de coloreado de figuras geométricas sencillas (círculo, cuadrado, triángulo...) u objetos muy simples (p. ej., un árbol, una casa, un vaso); también se realizará la estimulación sobre las formas simples de los objetos.
- El reconocimiento espacial básico: mediante tareas de dentro, fuera.
- La manipulación de los objetos reales de uso habitual por el enfermo resulta esencial para mantener el mayor tiempo posible una mínima independencia en tareas cotidianas (usar el tenedor o cuchara, uso del peine...). En este tipo de tareas la imitación es una primera fase de facilitación.



Las intervenciones realizadas en cada una de las áreas expuestas anteriormente se trabajaron con cada una de las cuatro pacientes, ya que el deterioro se evidenció en todas las áreas mencionadas, los resultados obtenidos fueron los deseados pudiendo llevar con éxito el programa de estimulación cognitiva (Anexo 7).

También cabe mencionar que se manejaron dos etapas pre y postest en donde se aplicó la batería de pruebas: escala de depresión CES-D, escala de soporte social, escala de capacidad funcional y el mini-mental siendo esta última la batería de mayor prioridad para el estudio. Se demostró que el programa de estimulación fue exitoso comprobándose la hipótesis inicial de si al realizar una intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual por medio de un programa de estimulación, se permitirá retardar la aparición del deterioro cognitivo, mantener las habilidades cognitivas preservadas y rehabilitar las áreas en déficit en el adulto mayor del Centro de Bienestar del Anciano (CBA); además se demostró que su esfera afectiva mejoró, como también mejoraron sus relaciones sociales y su funcionalidad. (Anexo 8).

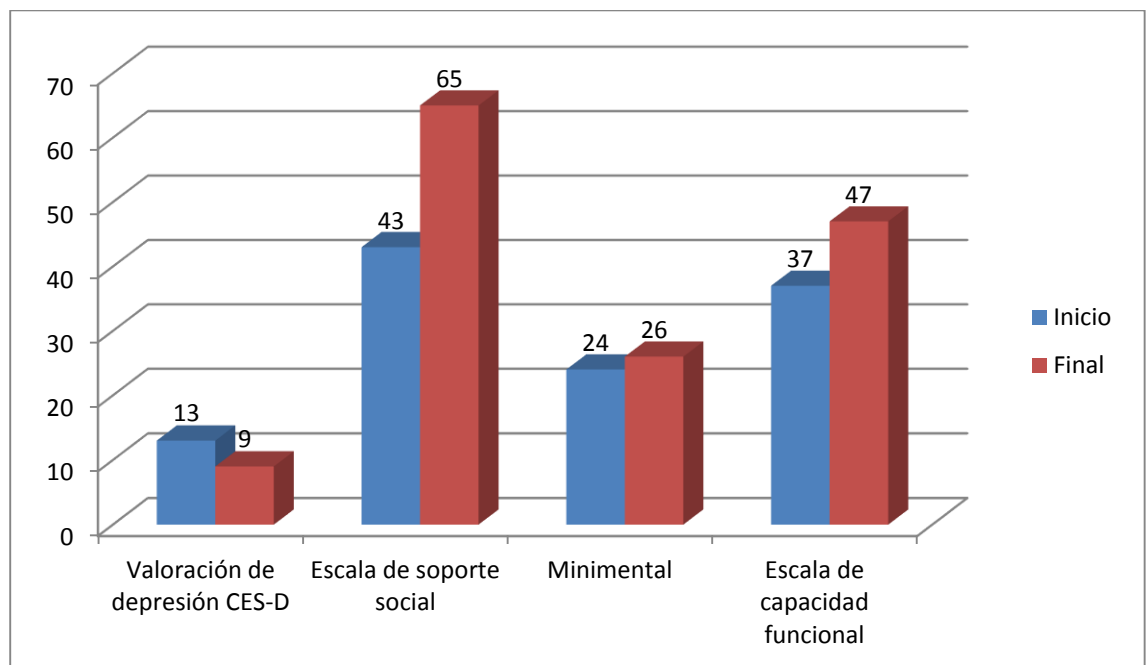


## 8. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la intervención desde un programa de estimulación cognitiva en la muestra seleccionada.

**M.F**

**Gráfico 1:** Resultados del pre y pos test del programa de estimulación cognitiva



1. **Valoración de depresión:** teniendo en cuenta que el punto de corte es de 16, un valor menor a 16 refiere que no presenta indicadores de rasgos depresivos. El gráfico nos indica que la señora M.F, no presentó indicadores de rasgos depresivos, ni al inicio, ni al final del programa, pero se evidencia mejoría teniendo en cuenta la puntuación que arrojó la prueba aplicada al final del programa.
2. **Escala de soporte social:** se observa que la señora M.F, presenta buenas relaciones sociales, tanto al inicio como al finalizar en programa, pero vale la pena resaltar que aumentó la puntuación al final del programa.



3. **Mini-mental:** se observa un deterioro cognitivo leve, al inicio y al final de la intervención, pero se evidencia que su puntuación mejoró en la última aplicación.

**Tabla N° 5. Áreas en las que hubo mejorías**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Evocación</i>	2	3
<i>Lenguaje</i>	6	7

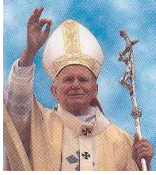
**Tabla N° 6. Áreas que se mantuvieron igual**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Orientación</i>	9	9
<i>Retención</i>	3	3

**Tabla N° 7. Áreas en las que no hubo mejoría**

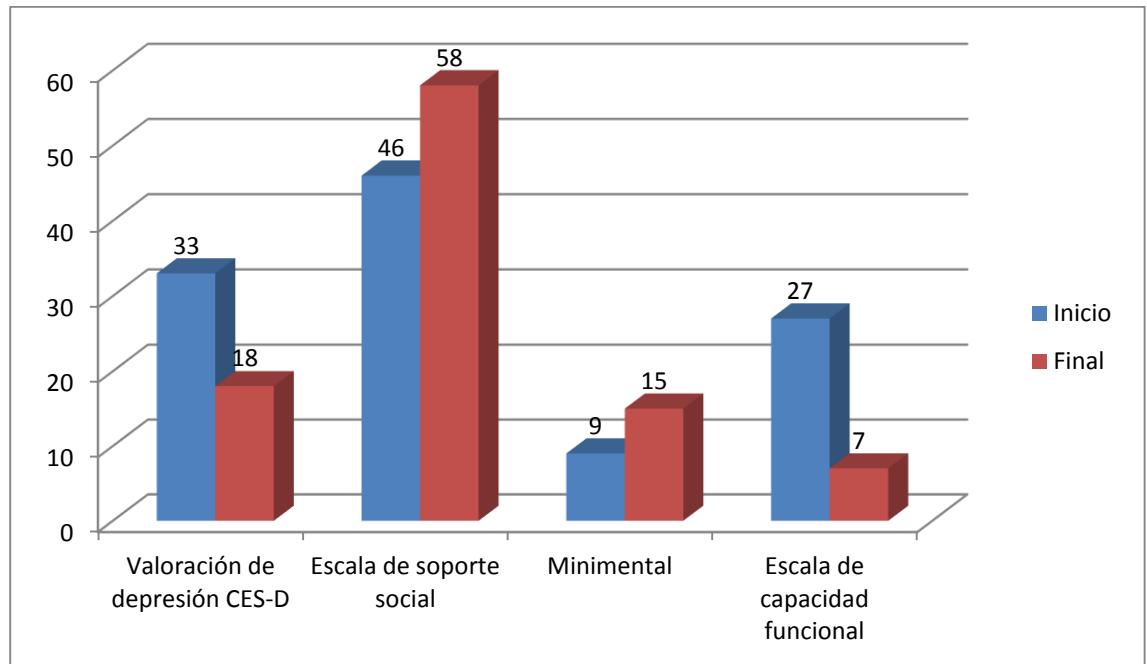
	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Cálculo</i>	0	0
<i>Copia</i>	0	0

4. **Escala de capacidad funcional:** los resultados obtenidos en la aplicación de la primera prueba, se observa un bajo nivel de funcionalidad, ya que la gran mayoría de las actividades las realizaba con dificultad, y en los resultados de la segunda aplicación, se evidencia que su funcionalidad mejoro con un aumento del 10%, a pesar de su dificultad para ver y desplazarse (uso de caminador).



C.S

**Gráfico 2:** Resultados del pre y pos test del programa de estimulación cognitiva



1. **Valoración de depresión:** teniendo en cuenta que el punto de corte es de 16, un valor menor 16 refiere que, no presenta indicadores de rasgos depresivos. El gráfico nos indica que la señora C.S, si presentó indicadores de rasgos depresivos, tanto al inicio, como al final del programa, pero se evidencia mejoría, teniendo en cuenta la puntuación que arrojó la prueba aplicada al final del programa.
2. **Escala de soporte social:** se observa que la señora C.S, presenta buenas relaciones sociales, tanto al inicio como al finalizar en programa, pero vale la pena resaltar que hubo un aumento en la puntuación al final del programa.
3. **Mini-mental:** se observa un deterioro cognitivo grave, en los resultados arrojados al inicio de la intervención, pero se evidencia rehabilitación del



deterioro cognitivo, pasando de grave a moderado, lo cual lo evidencia la puntuación arrojada en la última aplicación de la prueba.

**Tabla N° 8. Áreas en las que hubo mejorías**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Orientación</i>	0	1
<i>Cálculo</i>	0	1
<i>Evocación</i>	0	2
<i>Lenguaje</i>	4	7

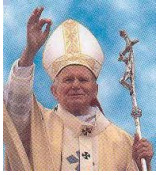
**Tabla N° 9. Áreas que se mantuvieron igual**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Retención</i>	3	3

**Tabla N° 10. Áreas en las que no hubo mejoría**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Copia</i>	0	0

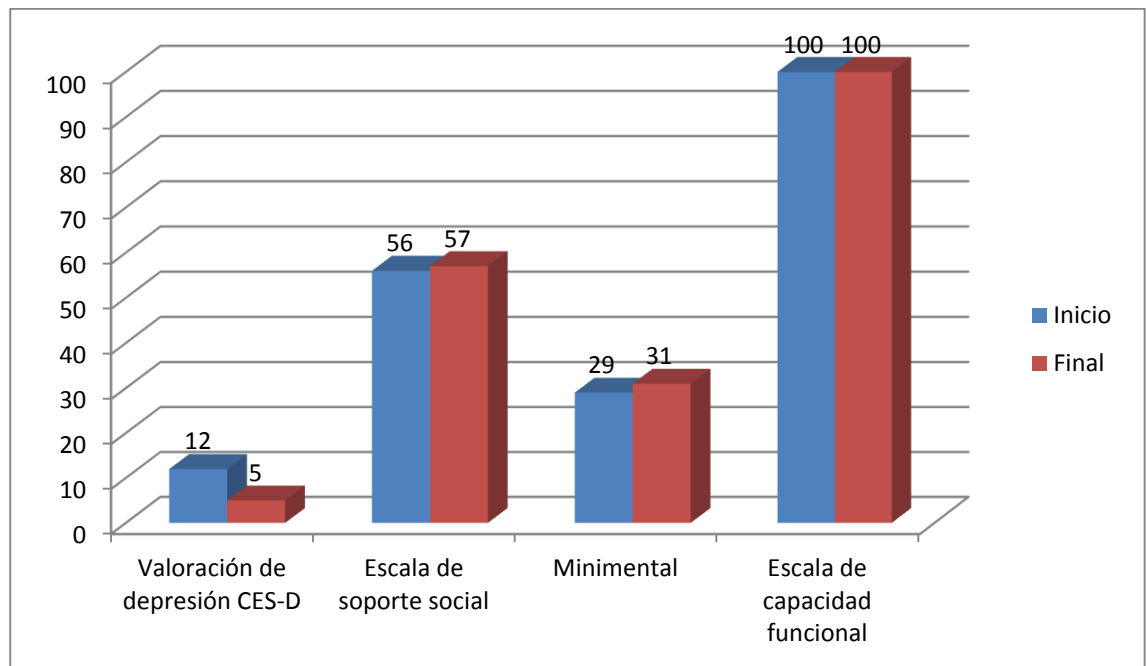
4. **Escala de capacidad funcional:** en la primera prueba aplicada, los resultados arrojados nos demuestran un nivel de funcionalidad mínimo, y al comparar los resultados obtenidos al final del programa, se observa que su funcionalidad fue en descenso, esta información nos la corrobora su cuidadora, quien expresa que la señora C.S, debe tener un acompañamiento permanente; de



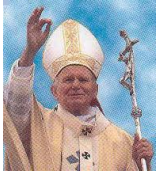
igual forma cabe mencionar que la señora C.S, ha tenido dificultad en su movilidad desde que sufrió una trombosis y que continuamente está medicada.

Y.S

**Gráfico 1:** Resultados del pre y pos test del programa de estimulación cognitiva



- 1. Valoración de depresión:** teniendo en cuenta que el punto de corte es de 16, un valor menor a 16 refiere que no presenta indicadores de rasgos depresivos. El gráfico nos indica que la señora Y.S, no presentó indicadores de rasgos depresivos, ni al inicio, ni al final del programa, pero se evidencia mejoría teniendo en cuenta la puntuación que arrojó la prueba aplicada al final del programa.
- 2. Escala de soporte social:** se observa que la señora Y.S, presenta buenas relaciones sociales, tanto al inicio como al finalizar en programa, pero vale la pena resaltar que hubo un aumento en la puntuación al final del programa.
- 3. Mini-mental:** se observa que la señora Y.S, no presenta deterioro cognitivo ni al inicio y al final de la intervención, pero se evidencia que el programa le ayudó a mantener y a estimular, las habilidades preservadas.



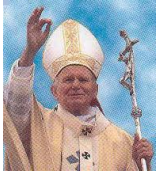
*Tabla N° 11. Áreas en las que hubo mejorías*

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Calculo</i>	3	4
<i>Copia</i>	0	1

*Tabla N° 12. Áreas que se mantuvieron igual*

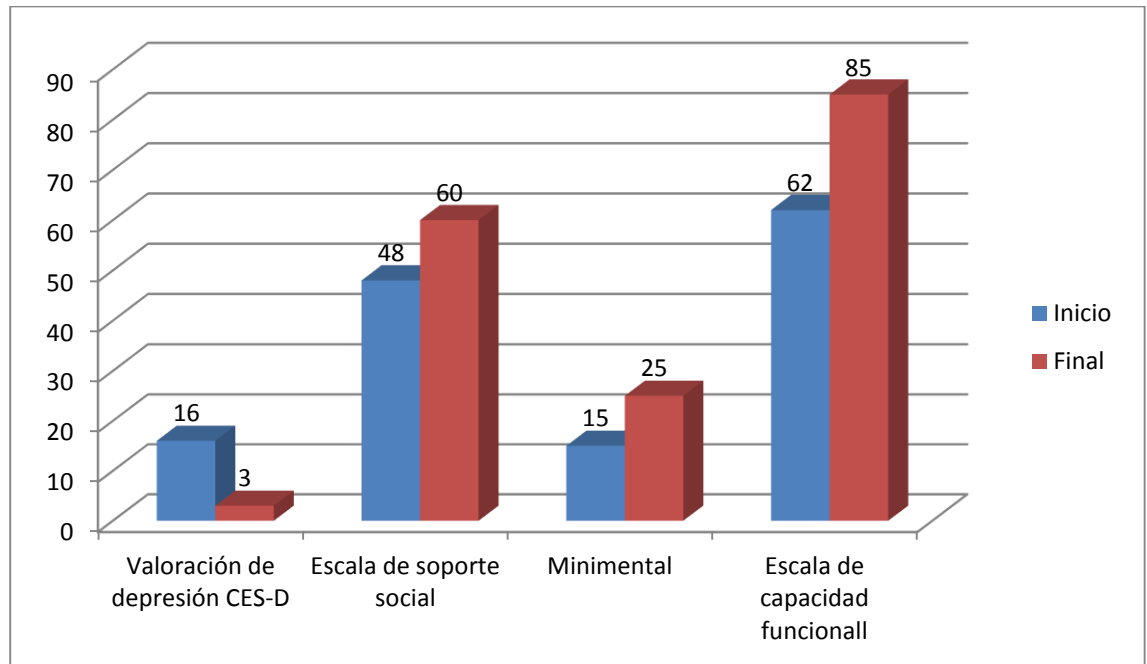
	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Orientación</i>	10	10
<i>Calculo</i>	3	3
<i>Evocación</i>	3	3
<i>Lenguaje</i>	8	8

4. **Escala de capacidad funcional:** su funcionalidad está intacta, tanto al inicio como al final del programa.



T.S

Gráfico 1: Resultados del pre y pos test del programa de estimulación cognitiva



1. **Valoración de depresión:** teniendo en cuenta que el punto de corte es de 16, un valor menor a 16 refiere que no presenta indicadores de rasgos depresivos. El gráfico nos indica que la señora T.S, presentó indicadores de rasgos depresivos, al inicio del programa, pero se evidencia mejoría en los resultados arrojados en la prueba aplicada al final, donde refiere que la señora T.S, no presenta indicadores de rasgos depresivos.
2. **Escala de soporte social:** se observa que la señora T.S, presenta buenas relaciones sociales, tanto al inicio como al finalizar en programa, pero vale la pena resaltar que hubo un aumento en la puntuación de la prueba aplicada al final del programa.
3. **Mini-mental:** al inicio de la intervención, se observa un deterioro cognitivo moderado, y los resultados obtenidos al final de la intervención, nos demuestran que si hubo rehabilitación del deterioro cognitivo; pasando de deterioro cognitivo moderado a leve.



**Tabla N° 13. Áreas en las que hubo mejorías**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Orientación</i>	2	8
<i>Evocación</i>	0	3
<i>Lenguaje</i>	6	7

**Tabla N° 14. Áreas que se mantuvieron igual**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Retención</i>	3	3
<i>Calculo</i>	2	2

**Tabla N° 15. Áreas en las que no hubo mejoría**

	<i>Inicio</i>	<i>Final</i>
<i>Copia</i>	0	0

- 4. Escala de capacidad funcional:** tanto en la primera, como en la segunda prueba aplicada, se evidencia un adecuado nivel de funcionalidad; pero hay que destacar que al final del programa hubo mejoría en su puntuación, a pesar de su dificultad para desplazarse (uso de caminador).

Se concluye que se pudo estimular, mantener y rehabilitar con ejercicios diseñados, múltiples funciones cognitivas y cada una con diferentes ejercicios que además mantendrán en uso otras áreas implicadas. Se realizaron diferentes ejercicios en distintas áreas (orientación, memoria, calculo, evocación, lenguaje), en los anexos se ha añadido un cuadernillo de ejercicios diseñados para la estimulación de cada una de ellas.



Por otra parte es importante mencionar que los resultados obtenidos en la aplicación de la baterías (post), mini-mental, escala de soporte social, valoración de depresión CES-D, y escala de capacidad funcional, al finalizar la intervención del programa, reafirman primero que todo la idea de que si es posible retardar y rehabilitar el deterioro cognitivo en los adultos mayores, si es estimulado adecuadamente, y si éste, está acompañado de actividad física es de mucha más eficacia, por otra parte, los resultados de las demás baterías demuestran que al estimular la parte cognitiva, su estado de ánimo cambia, sus relaciones sociales mejoran y su funcionalidad también. (Anexo 8). De igual manera los efectos son positivos tanto en personas con deterioro cognitivo, como en personas sin deterioro cognitivo.

## 9. Discusión

La eficacia de los entrenamientos en memoria en ancianos sanos ha sido ampliamente demostrada en diversas meta-análisis. En éstos, se ha puesto de manifiesto que, la participación en este tipo de programas mejora de manera significativa tanto la memoria objetiva (Verhaeghen, Marcoen y Goossens, 1992) como la memoria subjetiva – o percepción que una persona tiene de su propio rendimiento en memoria - (Floyd y Scogin, 1997). Igualmente, ha quedado probado que las mejoras que se producen tras la participación en programas de entrenamiento en memoria se mantienen en el tiempo por periodos que van desde los seis meses (Stigsdotter-Nelly y Bäckman, 1995) hasta los tres años (Scoginy Bienias, 1988).

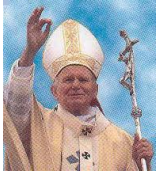
También es cierto que los efectos de la actividad física sobre el funcionamiento ejecutivo en personas mayores, especialmente aquellos que habían presentado intervenciones combinadas o integradas de tipo motriz y cognitivo (Fabre y col., 2002; Rey y Canales; 2012; Rey y col., 2011; Valencia y col., 2008). Estas investigaciones corroboran los resultados hallados en la presente monografía donde se evidencia que el ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos



mayores requieren de estimulación, que les permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten.

Menciona Pascual (1998), que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad. El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, “hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” (Arriola e Inza, p.84). Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos. El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore.

Con el tipo de programa implementado en este trabajo, lo que se pretendió es incrementar las demandas cognitivas presentes, rehabilitar y retardar el deterioro cognitivo en el adulto mayor, lo cual fue logrado en forma exitosa.



## 10. Conclusiones

Se logra evaluar el estado emocional, funcional y social de los adultos mayores por medio de la aplicación de batería de pruebas.

Se detecta el deterioro cognitivo de los adultos mayores por medio de la aplicación del mini mental.

Una vez detectado el deterioro cognitivo de cada paciente se consigue estimular cada una de las áreas que se vieron afectadas en el adulto mayor.

Durante el tiempo de la práctica, se logra mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, motricidad, lenguaje, evocación, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.

Se consigue crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.

Se evidencia una mejora en las relaciones interpersonales de los sujetos.

Se establecen recomendaciones para que las adultas mayores con deterioro cognitivo puedan mejorar su calidad de vida, aplicándoles con frecuencia este tipo de programas.



## 11. Recomendaciones

Se recomienda realizar un entrenamiento a los especialistas, sobre el modo de empleo del instrumento mini-mental y generalizar el uso del mismo, para que puedan conocer precozmente cómo afecta el deterioro cognitivo a la población de adultos mayores y evitar en lo posible la evolución hacia formas de demencia en estas edades.

Se insiste en la importancia de la combinación de actividad física y estimulación del área cognitiva, en personas mayores, con el objetivo de mejorar la salud cognitiva de las personas en esta etapa; y a si contribuir en la mejora de la calidad de vida.

Es importante establecer recomendaciones en cada una de las áreas:

### Orientación

Utilizar recursos facilitadores, por ejemplo, proporcionar ayudas de carácter gráfico al paciente, como calendarios, mapas, relojes, etc., con el fin de optimizar la orientación mediante la creación de rutinas que favorezcan sus niveles atencionales.

- Potenciar hábitos de utilización de ayudas de memoria, como agendas, planificación de programas de actividades diarias, calendarios, recordatorios, notas...
- Favorecer la orientación a la realidad (OR) potenciando el conocimiento de las festividades tradicionales (p. ej., celebración de las fiestas navideñas en relación con el mes del año, estación...).

### Lenguaje

Aprovechar todas las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades lingüísticas, proporcionando las ayudas semánticas y fonéticas necesarias (p. ej., denominación de



los alimentos que está comiendo el paciente, de los utensilios del baño, nombres de sus familiares más próximos...).

- Facilitar la entrada de información a través de distintos registros: oído, vista (material audio-visual, fotografías, postales...).
- Realizar tareas de lecto-escritura para el mantenimiento de la mecánica de éste (p. ej., lectura diaria de prensa, libros...).

### Motricidad

Aprovechar las aficiones y gustos personales del paciente (costura, dibujo, manualidades, modelaje...) para ejercitar la motricidad fina y gruesa del adulto mayor

- Buscar tareas aplicables a actividades de la vida diaria del paciente (p. ej., desde la escritura de una carta a la utilización del cepillo de dientes).

### Evocación

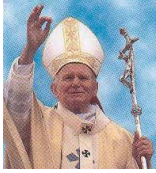
Simplificar las tareas de reconocimiento, ajustándolas al grado de deterioro del paciente, aumentando el número de estímulos visuales presentados.

- Utilizar todos los elementos reales posibles para optimizar las capacidades de evocación (p. ej., fotografías, objetos conocidos por el paciente...).

### Memoria

Ofrecer material real, audiovisual, etc. al paciente que propicie tanto el aprendizaje (memoria reciente) como el recuerdo.

- Utilizar agendas, planificación de programas de actividades diarias, notas...) para mantener la memoria en los estadios iniciales de la enfermedad.
- Aprovechar situaciones reales de la vida del paciente para estimular los procesos de la memoria.

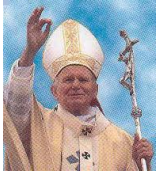


## Cálculo

Adecuar el grado de dificultad de las tareas numéricas, al nivel de deterioro del paciente (p. ej., desde la resolución de un problema matemático complejo, al reconocimiento de un número o ejercicios numéricos de repetición) y al nivel de escolaridad alcanzado por éste.

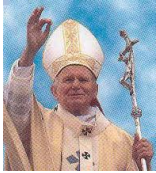
- Realizar ejercicios que simulen actividades reales, aplicables a actividades cotidianas del paciente (p. ej., ir a comprar con utilización de monedas...).

Las estrategias aquí planteadas son propuestas útiles y prácticas que facilitan la interacción personal entre el profesional o el familiar cuidador y el paciente, manteniéndolo activo y llenando horas vacías.



## 12. Referencias Bibliográficas

- Aldana, G., García, L. & Mata, A. (2012). Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez. *Revista de Investigación Educativa*, 14.
- Arcila, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R., & Escartín, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica Institucional México*, 47 (3), 277-284.
- Arboleda, E., Acevedo, D., Muñoz, C., Pineda, D., & Lopera, F. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de Neurología*, 46 (12), 709-713.
- Avila, M., Vázquez, E. & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista trimestral Ciencias Holguín*, 8 (4), 1-11.
- Avila, M. (2012). Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (2), 246-252.
- Bentosela, M., & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos, A., Garcés, M., Fages, M., & Andreu, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38 (04), 323-326.



Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 271-281.

Calero, D., & Navarro, E. (2003). Test de posiciones: un instrumento de medida de la plasticidad cognitiva en el anciano con deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 36 (07), 619-624.

Caballo, V., Arroyo, R., Portero, M., & Ruiz, J. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28, (3), 160-168.

Cerquera, A., & Prada, E. (2010). Atención integrada al adulto mayor: una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida. En Manual . En A. Riquelme, J.M. Ortigosa, y M. Martín. *Manual de Picogerontología*. Madrid: Ediciones académicas.

Franco, M., Parra, E., González, F., Navarro, M., & Solís, A. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 56 (11), 545-554.

Fernández, T., Pascual, F., Aguilar, I., Burriel, A., Santolaria, L., & Pérez, C. (2011). Orientación en el tiempo y deterioro cognitivo. *Revista de Neurología*, 52 (06), 341-348.

Gómez, N., Bonnin, B., Molina, M., Yáñez, B., & González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana Med*, 42(1), 12-7.

García, M., & Navarro, 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.



- González, R, & Galán, C.(2006). Efectos de un programa de musicoterapia en la atención y conducta de un grupo de personas institucionalizadas. *AGATHOS : Atención Sociosanitaria y Bienestar*,(2), 26-32.
- Gallegos. M.&Goroztegui, C. (2009).Procesos cognitivos mentales. Recuperado de:<http://es.scribd.com/doc/64618043/Procesos-Cognitivos-Simples>
- Giraldo, S. (2011). Repensando el envejecimiento activo. *Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano*.
- Gil, I., & Martínez, V. (2008).El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana Medical Gen-Integral*, (24), 2.
- Herrera, s., Montorio, I., & Cabrera, I. (2010). Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva.*Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 45(6), 339-342.
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*. 2(22), 5-12.
- Lobo A., & Roy, F. (2002). Deterioro cognoscitivo en el anciano. *Revista psicología científica.com*,(17.)
- López, A., Calero, D., & Navarro, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Revista de Neurología*, 56 (01), 1-7.
- Lojo, C., Facal, D., & Rabadán, O.(2012).¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero .*Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 47, (6), 270-278.
- López, Á. G., & Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(4), 220-224.



Mogollón, E. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare*, 18(2), 1-17.

Mora, S., García, R., Perea, V., Ladera, V., Unzueta, J., Patino, C., & Rodríguez, E. (2012) Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*.54 (05), 303-310.

Mías, D., Sassi, M., Masih , E., Querejeta, A., &Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44 (12),733-738.

Molina, M., Schettini r, D., Zamarrón ,D., & Fernández, R. (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(6),297-302.

Molina, m., Barco, M., González, l & Uribe, F. (2008). Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas. *Revista española de geriatría y gerontología*, 43(2),85-89.

Ocaña, A., Maldonado,C., Sónora,L.,Angulo, Y., &Ocaña,L. (2014). Intervención educativa para identificar y controlar deterioro cognitivo enadultos mayores de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO*, (20), 2.

Reigal, E., & Mendo, A. (2014). Efectos de un programa cognitivo-motriz sobre la función ejecutiva en una muestra de personas mayores..*Revista internacional de ciencias del deporte*, 37(10), 206-220.

Rodríguez, B., Carrasco, D, López Y., &Travieso, M.(2012). Terapia de rehabilitación con entrenador mental en el adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 18 (2).

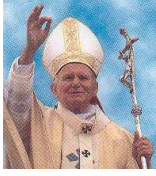


Rey, A., Canales, I. & Táboas, M. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (46), 74-80

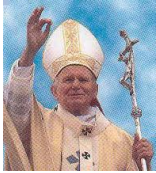
Sevilla, J., Fernández, P., Fuentes, L., López, J., & Moreno, M. (2014). estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. *Anales de psicología*, 3(1), 337-345.

Sánchez, AM., Arevalo, K., Vallecilla, M., Quijano, M.C. & Arabia B., J. (2014). La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *Revista CES Psicología*, 7(1), 35-47.

Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (2009). Volver a empezar, Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer, *Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades y Alzheimer Centre Educativa*, (764) 08013 Barcelona. [www.pharma.es.novartis.com](http://www.pharma.es.novartis.com)



## ANEXOS



## Anexo 1: Batería de pruebas

### 1. Valoración de Depresión CES-D

Nombre: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSIGNA:**

"La siguiente es una lista del modo en que usted pudo haberse sentido o comportado. Por favor dígame con qué frecuencia se ha sentido así durante la semana pasada: *menos de 1 día, de 1 a 2 días, de 3 a 4 días o de 5 a 7 días.*"

ITEMS	RV/ N <1 día	AV 1-2 días	O 3-4 días	TT 5-7 días
1. En la última semana le molestaron cosas que comúnmente no le molestaban?	0	1	2	3
2. En la última semana hubo algunos días que no le dieron ganas de comer?	0	1	2	3
3. En la última semana se sintió afligido, aunque estuviera acompañado de amigos y familiares?	0	1	2	3
4. En la última semana sintió que era tan bueno como cualquiera?	3	2	1	0
5. En la última semana usted tuvo dificultad para concentrarse en lo que hacía?	0	1	2	3
6. En la última semana se ha sentido deprimido?	0	1	2	3
7. En la última semana sintió que las cosas que hizo le costaron más esfuerzo de lo normal?	0	1	2	3
8. En la última semana se sintió esperanzado en su futuro?	3	2	1	0
9. En la última semana sintió que la vida es un fracaso?	0	1	2	3
10. En la última semana se sintió temeroso?	0	1	2	3
11. En la última semana su sueño fue intranquilo?	0	1	2	3
12. En la última semana estuvo feliz?	3	2	1	0
13. En la última semana habló menos de lo usual?	0	1	2	3
14. En la última semana se sintió solo?	0	1	2	3
15. En la última semana sintió que la gente a su alrededor fue poco amistosa con usted?	0	1	2	3
16. En la última semana disfrutó de la vida?	3	2	1	0
17. En la última semana lloró?	0	1	2	3
18. En la última semana se sintió triste?	0	1	2	3
19. En la última semana sintió que usted le caía mal a las demás personas?	0	1	2	3
20. En la última semana sintió que no podía hacer nada?	0	1	2	3
<b>TOTAL</b>				

Observaciones:

---



---



---



2. Escala de Soporte Social

Nombre: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONSIGNA:

"Ahora le haré algunas preguntas acerca de sus contactos con otras personas. Puede indicarme, con qué frecuencia ha experimentado ciertas reacciones durante el mes anterior: *Nunca, Algunas veces, Casi siempre o Siempre*"

ITEMS	N	AV	CS	S	NR
1. Durante el último mes sintió que los contactos con otras personas fueron cordiales y amistosos?	1	2	3	4	X
2. En los contactos con otras personas el mes anterior, sintió que no lo comprendían?	4	3	2	-1	X
3. En los últimos treinta días se sintió estimado cuando estuvo con otras personas?	1	2	3	4	X
4. Sintió que con las personas con quienes estuvo en el último mes no quisieron ayudarlo?	4	3	2	1	X
5. En el último mes pasó un tiempo agradable con otras personas?	1	2	3	4	X
6. El mes anterior sintió que las personas que tuvieron contacto con usted lo subvaloraron?	4	3	2	1	X
7. La gente con quien tuvo contacto en el último mes no le suministró la información que usted necesitaba?	4	3	2	1	X
8. En los últimos treinta días sintió que las personas con quienes estuvo le tenían simpatía y lo comprendían	1	2	3	4	X
9. Durante el último mes recibió información útil o sugerencias por parte de la gente con quien tuvo contacto?	1	2	3	4	X
10. Estuvo muy preocupado por conseguir hacer contactos con otras personas en el mes anterior?	4	3	2	1	X
11. Sintió que alguien no quiso estar con usted en los treinta días pasados?	4	3	2	1	X
12. Experimentó la ayuda de alguien en el último mes?	1	2	3	4	X
13. Alguien no lo tomó en serio o no le dio la importancia en los últimos treinta días?	4	3	2	1	X
14. Durante el mes pasado hubo gente que no lo dejó en paz?	4	3	2	1	X
15. Alguna persona confió en usted en el mes pasado?	1	2	3	4	X
16. Alguien dedicó tiempo para estar con usted en el último mes?	1	2	3	4	X
	Puntaje Positivo		Puntaje Negativo		
<b>TOTAL</b>					

Observaciones:

---



---



Nombre: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSIGNA:**

"A continuación voy a hacerle algunas preguntas y solicitarle que efectúe algunas tareas. Por favor responda y realice lo planteado"

A. DATOS GENERALES	RTA ERRADA
Nombre del entrevistado: _____	
Fecha de la entrevista: ____ / día ____ / mes ____ / año	
Edad: ____ / años.	
Escolaridad: ____ (años primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)	

B. ORIENTACION			
¿En qué año estamos?	Año	0	1
¿En qué mes del año estamos?	Mes	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día	0	1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha	0	1
¿Qué hora es?	Hora	0	1
¿En qué departamento estamos?	Departamento	0	1
¿En qué país estamos?	País	0	1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad	0	1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio	0	1
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Barrio	0	1
Subtotal Parte B			

C. RETENCION			
Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
Subtotal Parte C			

D. ATENCION Y CALCULO			
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces. (De un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta.)	93	0	1
	86	0	1
	79	0	1
	72	0	1
	65	0	1
Subtotal Parte D			



**E. EVOCACION**

Pedir que repita las palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa	0	1
	Árbol	0	1
	Perro	0	1
	Subtotal Parte E		

**F. LENGUAJE**

Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Lápiz	0	1	
	Reloj	0	1	
	Puntaje			
Pedir que repita: "Si no bajo entonces usted suba". (Dar un punto si es correcta)	Repetición	0	1	
	Puntaje			
Decir: A continuación le voy a dar una orden; escúchela toda y realízela: "Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo". (De un punto por cada paso correcto)	Toma el papel en su mano derecha	0	1	
	Lo dobla por la mitad	0	1	
	Lo coloca en el suelo	0	1	
	Puntaje			
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: "Cierre los ojos". (Dar un punto si lo hace correctamente)	Cierra los ojos	0	1	
	Puntaje			
Pedir que escriba una frase. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase	0	1	
	Puntaje			
	Subtotal Parte F			

**G. COPIA**

Copiar dos pentágonos cruzados en un ángulo. -Se muestra el dibujo-. (Dar un punto si lo hace exactamente).	Dibuja pentágonos	0	1
	Subtotal Parte G		

**ADICION DE PUNTOS**

(sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente)	Alteración visual evidente	0	2
(sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años)	Mayor de 65 años	0	1
(sumar 2 punto sujetos mayores de 75 años)	Mayor de 75 años	0	2
Subtotal Adición de puntos			

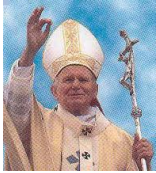
<b>TOTAL GENERAL</b>	
----------------------	--

Observaciones:

---



---



#### 4. Escala de Capacidad Funcional

Nombre: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

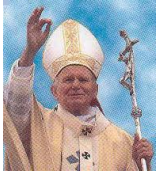
**CONSIGNA:**

"A continuación voy a hacer algunas preguntas sobre ciertas actividades. Por favor dígame si: *no puede, puede con dificultad o puede realizarlas*"

ITEMS	No Puede	Puede con Dificultad	Puede
1. Estando boca arriba me volteo hacia la izquierda o derecha?	0	1	2
2. Me puedo sentar en la cama?	0	1	2
3. Estando boca arriba me puedo poner de pie?	0	1	2
4. Puedo mantenerme sentado por mi mismo?	0	1	2
5. Puedo mantenerme de pie?	0	1	2
6. Puedo ponerme la camisa, blusa o brasier si lo necesito?	0	1	2
7. Me coloco el pantalón, medias o zapatos?	0	1	2
8. Cierro la cremallera y abotono mi ropa?	0	1	2
9. Puedo bañarme todas las partes del cuerpo?	0	1	2
10. Puedo utilizar el jabón, toalla y cepillo de dientes?	0	1	2
11. Puedo moverme dentro del baño?	0	1	2
12. Uso el sanitario o el pato y puedo aseoarme por mi mismo?	0	1	2
13. Puedo controlar la eliminación de orina?	0	1	2
14. Puedo controlar la eliminación de materia fecal?	0	1	2
15. Puedo llevarme la comida a la boca desde el plato?	0	1	2
16. Puedo pasar de una superficie a otra; por ejemplo de la cama a una silla o de la silla a la posición de pie?	0	1	2
17. Puedo caminar una media cuadra?	0	1	2
18. Puedo subir escaleras?	0	1	2
19. Puedo bajar escaleras?	0	1	2
20. Puedo desplazarme en terrenos difíciles como destapado, prado, rampas y aceras?	0	1	2
TOTAL			
PORCENTAJE			

Observaciones:

---



## Anexo 2: Consentimiento informado

### Consentimiento informado para valoración psicológica

Yo, \_\_\_\_\_ con documento de identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ voluntariamente acepto participar en la valoración psicológica que requiera el área de psicología, conducido por \_\_\_\_\_ practicante de la Esp. Psicología clínica, con la supervisión de la docente Ara mercedes Cerquera Cordoba.

El motivo de la valoración psicológica es determinar el estado actual del adulto mayor \_\_\_\_\_ y su adaptación en la institución CBA Juan Pablo II.

He recibido una explicación clara sobre el propósito y las razones específicas por las que se me evaluará, y también he sido informado/a de los tipos de pruebas que se aplicarán durante el proceso.

Soy consciente de que quizás no le sea posible al evaluador aclararme todos los aspectos del proceso como tal, también comprendo que puedo poner fin a mi participación en cualquier momento sin represalias; además, me queda claro que se me informará de los resultados, y que dichos resultados no serán entregados a nadie más, sin mi autorización a menos que me encuentre incapacitado.

\_\_\_\_\_  
Cc:

Nombre y Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Cc:

Firma del evaluador


Practicante de Esp. Psicología clínica

\_\_\_\_\_  
CC:

Firma del asesor de práctica



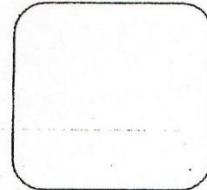
Anexo 3: Historias clínicas

 <p>CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II</p>	<b>HISTORIA CLINICA</b>	<b>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</b>
--	-------------------------	-----------------------------------

FECHA

HISTORIA CLINICA N°

**DATOS GENERALES**



NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEG.SOCIAL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Union Libre \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_ PREVIA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE: \_\_\_\_\_

PERTENECE A LA INSTITUCION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

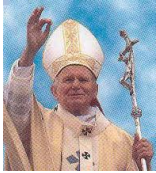
MODALIDAD: Residente \_\_\_\_\_ Personal \_\_\_\_\_ Familiar A.M \_\_\_\_\_ Centro Día \_\_\_\_\_


COMO SE ENTERO DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

PERTENECE A UN GRUPO DE LA INSTITUCION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Danzas \_\_\_\_\_ Legión de María \_\_\_\_\_ Activos y Sanos \_\_\_\_\_ Lectores \_\_\_\_\_ Manualidades \_\_\_\_\_

Política \_\_\_\_\_ Salud Mental Positiva \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_



 <p>CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA</b></p>	<p><b>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</b></p>
--	--------------------------------	--

**MOTIVO DE CONSULTA**

**Manifiesto:**

---

---

---

**Latente:**

---

---

---

**DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

**Inicio:**

---

---

---

---

**Causas:**

---

---

---

---

**Implicaciones:**


---

---

---

---



 <p>CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA</b></p>	<p>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</p>
--	--------------------------------	-----------------------------------

**SITUACIÓN ACTUAL**

---

---

---

---

---

---

---

**ANTECEDENTES**

*Familiares:*

---

---

---

---

---

\* *Personales:*

---

---


---

---

---

**GENOGRAMA**



 <p>CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA</b></p>	<p>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</p>
--	--------------------------------	-----------------------------------

**OBSERVACIONES (Lenguaje verbal y no verbal)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**DIMENSIONES**

**COMPORTAMENTAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

**COGNITIVA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

---

---





Anexo 4. Resultados de las baterías aplicadas (pre), al inicio del programa

NOMBRE	CES-D	ESCALA DE SOPORTE SOCIAL	MINIMENTAL	ESCALA DE CAPACIDAD FUNCIONAL
E. P	Puntuación de 11 Lo cual nos indica que no evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 47 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 10 se observa deterioro cognitivo moderado	Puntuación de 40 que equivale al 100% se observa un adecuado nivel de funcionalidad
M. C. S	Puntuación de 33 Lo cual nos indica que si evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 46 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 9 se observa deterioro cognitivo grave	Puntuación de 16 que equivale al 27% se observa un nivel mínimo de funcionalidad
M.F	Puntuación de 13 Lo cual nos indica que no evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 43 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 24 se observa deterioro cognitivo leve	Puntuación de 15 que equivale al 37% se observa un nivel de funcionalidad bajo
B. C	Puntuación de 39 Lo cual nos indica que si evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 38 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 16 se observa deterioro cognitivo moderado	Puntuación de 40 que equivale al 100% se observa un adecuado nivel de funcionalidad



T. S	Puntuación de 16 Lo cual nos indica que si evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 48 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 15 se observa deterioro cognitivo moderado	Puntuación de 25 que equivale al 62% se observa un adecuado nivel de funcionalidad
Y. S	Puntuación de 12 Lo cual nos indica que no evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 56 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 29 se observa que no hay deterioro cognitivo	Puntuación de 40 que equivale al 100% se observa un adecuado nivel de funcionalidad

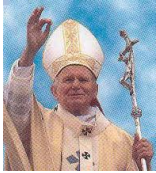


Anexo 5: Escala de deterioro global

GDS 1	Sin deterioro cognitivo/Normalidad Puntuación: mayor a 30	<ul style="list-style-type: none"><li>• No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.</li><li>• No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica</li></ul>
GDS 2	Deterioro cognitivo normal Puntuación: 27 a 30	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Olvidos del lugar donde ha dejado objetos familiares.</li><li>b) Olvido de nombres familiares.</li></ul></li><li>• No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica.</li><li>• No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales.</li><li>• Actitud apropiada respecto a su sintomatología.</li></ul>
GDS 3	Deterioro cognitivo leve/ o medio Puntuación: 21 a 26	<ul style="list-style-type: none"><li>• Déficit evidente al realizar una cuidadosa historia clínica. Los déficit son manifiestos en las siguientes áreas:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.</li><li>b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.</li><li>c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.</li><li>d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc.</li></ul></li><li>• No suele haber déficit en las siguientes áreas:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Orientación en tiempo y persona.</li><li>b) Reconocimiento de personas y caras familiares.</li><li>c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.</li></ul></li><li>• Incapacidad para realizar tareas complejas.</li><li>• La negación es el principal mecanismo de defensa.</li></ul>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.</li></ul>
GDS 4	Deterioro cognitivo moderado Puntuación: 11 a 20	<ul style="list-style-type: none"><li>• El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.</li><li>• El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años, los nombres de parientes cercanos (p. ej., sus nietos), de su escuela, colegio, instituto o universidad en que se graduó.</li><li>• A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación...) o de lugar.</li><li>• Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.</li><li>• Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás.</li><li>• Invariablemente saben su propio nombre y el de su esposa e hijos.</li><li>• No requiere ayuda para el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en elegir qué ropa ponerse.</li></ul>
GDS 5	Deterioro cognitivo grave Puntuación: 1 a 10	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo.</li><li>• No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.</li><li>• Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.</li><li>• Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.</li><li>• Tiene dificultad en contar de 10 hacia atrás y, a veces hacia delante.</li><li>• Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará</li></ul>



		<p>capacidad para trasladarse a lugares conocidos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frecuente alteración del ritmo diurno.</li><li>• Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.</li><li>• Casi siempre recuerda su propio nombre.</li><li>• Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Éstos son bastante variables e incluyen:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Conductas delirantes, como por ejemplo, los pacientes acusan a su esposo/a de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno, o con su propio reflejo en el espejo.</li><li>b) Síntomas obsesivos, como por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza.</li><li>c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta que no existía hasta entonces.</li><li>d) Abulia cognitiva, como por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.</li></ol></li></ul>
GDS 6	Deterioro cognitivo muy severo Puntuación: 0	<ul style="list-style-type: none"><li>• En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje sólo gruñidos.</li><li>• Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.</li><li>• A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo la capacidad para andar.</li><li>• El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.</li></ul>

Fuente: Reisberg B y cols. (1982). Modificada por Tárrega L. (1999).



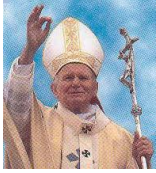
Anexo 6:

# Cuadernillo de estimulación cognitiva

Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (2009). volver a empezar, ejercicios prácticos de estimulación cognitiva. Modificado por Garcia, y. (2015).

Yazmin García Gelvez

Psicóloga clínica



2015

## **ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO: EJERCICIOS DE ORIENTACIÓN ESPACIAL**

"Mi municipio"

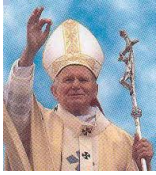
### **INSTRUCCIÓN:**

En el siguiente recuadro, dibuje a “vista de pájaro” su municipio o su barrio, escribiendo el nombre de establecimientos o aquellos sitios donde viven familiares o amigos (lo importante es la exactitud espacial del mapa, no su calidad artística o técnica)



## **ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y DE LA PERSONA**

- ¿Qué día de la semana es hoy?
  - ¿En qué fecha estamos?
  - ¿En qué mes estamos?
  - ¿En qué año?
  - ¿En qué estación del año?
  - ¿Qué hora es?
  - ¿En qué momento del día estamos?
  - ¿Si ahora vamos a comer, qué hora debe ser?
- Dada una situación determinada (por ejemplo):
- Mañana será 24 de Diciembre.
  - ¿Qué fiesta celebraremos?
  - ¿Qué es típico de estas fiestas?
  - ¿Con quién lo celebraremos?
  - ¿Qué comeremos?
  - ¿En qué calle estamos?
  - ¿En qué planta estamos?
  - ¿En qué barrio estamos?
  - ¿En qué ciudad estamos?
  - ¿En qué provincia?
  - ¿En qué nación?
- Orientación de la persona:
- ¿Cómo se llama?
  - ¿En qué año nació?
  - ¿Qué edad tiene?
  - ¿Está casado/a?
  - ¿Cómo se llama su esposo/a?
  - ¿Tiene hijos?
  - ¿Cómo se llaman?
  - ¿Y nietos?
  - ¿Cómo se llaman?
  - ¿Qué edades tienen?
  - ¿En qué calle vive?



- ¿Cuál es su número de teléfono?

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE ATENCIÓN**

Localice letras

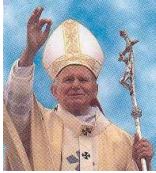
INSTRUCCIÓN:

¿Cuántas “A” “E” “O” y “U” encuentra en el recuadro?

Q W E R T Y U I O P L O Ñ I K U J M N H Y T  
G B R F V G T R E W S X Z A Q W S X C D E  
R F D E R T Y G F D S W Q A Z X C V B N M  
K J H Y U J K I O L Ñ P B H J F V C D S X Z A  
Q W S X C D E R T F G V B N H Y U J M N K  
I O L Ñ P O I U Y R W R T Y U I O O P O I U J  
N H Ñ P O I R E W S Z A X D S W Q E R T Y  
U I O P L K J H G F R D E S W Q A Z X S C D  
F V B G H N M J K L O P I Ñ Y H T G R F E D  
W S A Q W E R T Y U I O P K L Ñ H G F D S  
A Z X C V B N M K J H G F E S R T Y U I O F  
E D S C V F D F G H J K L O I U T R E W R T  
Y U I O L H G F F S W Q A Z X C V B N M K J  
H Y U J K I O L Ñ P B H J F V C D S X Z A Q  
W S X C D E R T F G V B N H Y U J M N K I  
O L Ñ P O I U Y R W R T Y U I O O P O I U M  
J K L O P I Ñ Y H T G R F E D W S A Q W E R  
T Y U I O P K L Ñ O I U Y R W R T Y

“A” ENCONTRADAS: \_\_\_\_\_

“E” ENCONTRADAS: \_\_\_\_\_



“O” ENCONTRADAS: \_\_\_\_\_

“U” ENCONTRADAS: \_\_\_\_\_

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE FLUIDEZ VERBAL Y DEDUCCIÓN LÓGICA**

Palabras incompletas

INSTRUCCIÓN:

Descubra las palabras escondidas. Debe poner una sola letra por casilla  
(Vale cualquier palabra).

CA L \_ \_

C \_ Ñ \_ \_ A

\_ STR \_ \_ \_ \_ \_

C \_ \_ \_ RON

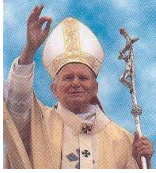
\_ AT \_ \_ \_

P \_ LL \_ \_ O

D \_ BO \_ A

AR \_ \_ \_ \_ \_ TO

PA \_ \_ \_ \_ O



## **TÉCNICAS PARA LA MEJORA DE LA MEMORIA: LA AGRUPACIÓN EJERCICIO LISTA DE CATEGORÍAS**

Doblar el papel por la mitad

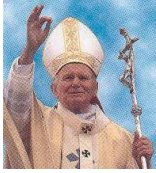
### **INSTRUCCIÓN:**

Mire atentamente la siguiente lista de palabras. ¿Cuántas es capaz de recordar?

Arquitecto, Perro, Pepino,  
Sofá, Coche, Bombero, Gato,  
Aceitunas, Escritorio, Avión,  
Funcionario, Burro, Atún,  
Taburete, Helicóptero,  
Tendero, Ratón, Lechuga,  
Lámpara, Barco.

### **MEMORIA PRE**

¿Cuántas palabras recuerda?



Puntuación: 1 punto por cada acierto en su orden correcto

## **ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL ÁREA DEL LENGUAJE LENGUAJE AUTOMÁTICO**

Diga:

- ¿Cuáles son los meses del año?
- ¿Cuáles son las estaciones del año?
- ¿Cuáles son los días de la semana?
- Los números del 1 al 10
- Siga la serie, contando de 2 en 2 hasta llegar a 50

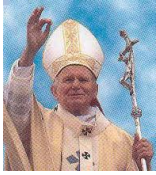


## LENGUAJE ESPONTÁNEO

Dada una lámina concreta, una fotografía o una situación determinada:  
Describe:

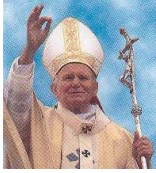


- ¿Qué hay en esta fotografía?
- ¿Qué ropa lleva las personas de la fotografía?
- ¿Qué objetos hay en esta en la fotografía?
- ¿Qué observa en esta fotografía?
- Explique lo que le expresa la fotografía.



**DENOMINACIÓN** Ponga debajo de cada imagen la actividad que están realizando





---

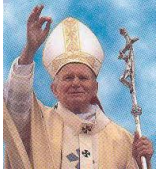
Complete la palabra a partir de la definición.

### DEFINICIÓN PALABRA

- El árbol que da manzanas como frutos M \_ \_ \_ \_ \_
- Construcción para pasar de un lado a otro de un río P \_ \_ \_ \_ \_
- Flor que le encanta a la mayoría de mujeres R \_ \_ \_
- Mover el remo para impulsar una embarcación R \_ \_ \_ \_
- Planta que se usa para fumar T \_ \_ \_ \_ \_
- Piedra preciosa de color rojo R \_ \_ \_
- Instrumento musical T \_ \_ \_ \_ \_
- Fruta amarga L \_ \_ \_
- Pieza de hierro que se clava en los cascos de los caballos

HE \_ \_ \_ \_ \_

- Señora que se dedica a cocinar C \_ \_ \_ \_ \_ A



- Animal con alas y plumas P \_ \_ \_ O

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE EVOCACIÓN CATEGORIAL**

I. Escriba palabras que empiecen por las sílabas

GA....

Gato

LA...

Lana

MA...

Madre

SE...

Servilleta

TO...

TOro

CA....

CAsa

II. Escriba palabras que empiecen por las letras

M

María

P

Pera

L

Lápiz

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

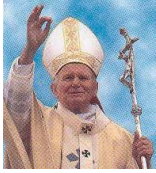
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

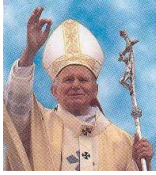
Escriba nombres de cosas que podemos encontrar en

**EL SUPERMERCADO**

**LA PAPELERÍA**

**LA FARMACIA**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



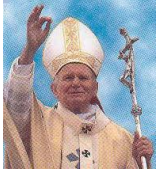

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE REPETICIÓN VERBAL Y FLUIDEZ VERBAL**

Repita

Las siguientes frases:

Deben proponerse frases con diferente número de palabras y distinto nivel de dificultad de éstas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral.

- Los impuestos se pagan en la oficina de recaudación municipal
- En el garaje hay treinta coches



- La mantequilla se compra en el supermercado
- El domingo comeremos sancocho
- Hay un gato en el tejado
- Me gusta bailar
- Hablo tres idiomas
- Vivo con mi hija
- Hoy es lunes
- Tengo un perro
- Voy a casa
- Bebo agua
- Tengo hambre

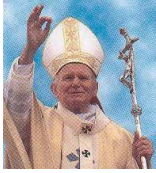
Repita las siguientes palabras:

Deben proponerse palabras con diferente número de sílabas, con el fin de adecuar el grado de dificultad de las tareas de producción oral.

- Cascabel, extravagante, divertido, gimnasta, fantástico, supermercado, ligereza, abundante, impermeable, dudoso, famélico...
- Banco, santo, pardo, madre, cromo, grúas, selva, trucha, mango, puerta, noche, trasto, bueno, jarra, piedra...
- Saco, gato, pelo, raya, mano, lobo, sopa, llave, letra, costa, metro, fino, sal, sol, más, paz, res, mes, con...

Repita las siguientes letras:

Deben repetir cada letra y luego con cada una de ellas darnos una palabra

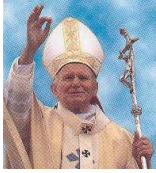


- G, P, B, L, M, O, A, L, N, S, F, I, R
  - A, E, I, O, U
- Repita los siguientes números:

Deben proponerse cifras con diferente número de dígitos, con el fin de adecuar el nivel de dificultad de las tareas de producción oral.

- 20.010, 15.215, 23.125, 84.125, 10.201
- 1.205, 3.020, 5.231, 4.587, 6.125, 7.852
- 325, 235, 685, 125, 965, 487, 520, 100, 320
- 23, 15, 12, 80, 60, 20, 13, 45, 85
- 3, 8, 5, 7, 2, 6

Una vez terminen de repetir los números, les preguntamos de cuales números se acuerdan, para estimular la evocación



## **ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO: EJERCICIOS DE LECTO-ESCRITURA**

### **I. Redacción**

Escriba una breve redacción sobre las actividades que ha realizado este fin de semana.

Escriba un poema o la letra de una canción que usted conozca

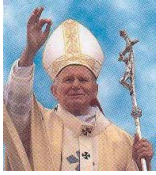
### **II. Redacción guiada**

Escriba algún refrán que usted conozca:

Ejemplo:

Dime con quién andas y te diré quién eres.

Escriba una frase en la que aparezcan las siguientes palabras:



• Novela, programa, favorito:

Ejemplo:

La novela de la tarde es mi programa favorito.

- Ladrón, cárcel, parque
- 

- Cocina, leche, mesa
- 

- Bus, avión, transporte
- 

Escriba una frase en la que aparezca la siguiente palabra

Ejemplo:

- Periódico: Me gusta leer el periódico cada mañana.

- Fruto \_\_\_\_\_

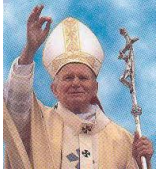
- Sueño \_\_\_\_\_

- Caramelo \_\_\_\_\_

- Cereza \_\_\_\_\_

- Mar \_\_\_\_\_

- Corazón \_\_\_\_\_



- Grande \_\_\_\_\_
- Elegante \_\_\_\_\_
- Alto \_\_\_\_\_
- Oscuro \_\_\_\_\_
- Blanco \_\_\_\_\_
- Limpio \_\_\_\_\_

### Descripción

Describa:

- La indumentaria que usted lleva puesta.

---

---

---

---

- Lo que usted ve por la ventana o en la sala en que se encuentra.

---

---

---



- Describa la siguiente escena

---

---

---

---

---

---

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE RAZONAMIENTO, ABSTRACCIÓN Y OTRAS  
FUNCIONES VERBALES**

¿Qué tienen en común las siguientes palabras?

Ejemplo:

El perro, el gato y el león son animales.

- El blanco, el rosa y el azul son. ....
- El rosal, las margaritas y el clavel son. ....
- El bolígrafo, la pluma y el lápiz son. ....
- La falda, las medias y el saco son. ....



- El ron, el vino y la cerveza son. ....
- Colombia, España y Francia son. ....
- El avión, la moto y el tren son. ....
- El dos, el cinco y el nueve son. ....
- Pintor, escultor y mecánico son. ....
- El salmón, la sardina y la trucha son. ....
- La primavera, el verano y el invierno son. ....
- Bogotá, Bucaramanga y Medellín son. ....
- La nariz, la boca y los ojos son. ....
- La lenteja, el garbanzo y los frijoles son. ....
- La batidora, la tostadora y el horno son. ....
- El cuchillo, el tenedor y la cuchara son. ....

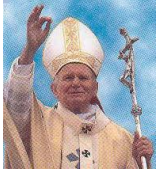
Escriba el nombre de las tiendas correspondientes:

Ejemplo:

¿Dónde compramos el pan? En la panadería.

¿Dónde compramos...

- La carne? \_\_\_\_\_
- El pescado? \_\_\_\_\_
- El periódico? \_\_\_\_\_
- Los relojes? \_\_\_\_\_
- Las zapatillas? \_\_\_\_\_



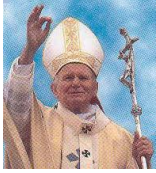
- Los bolígrafos? \_\_\_\_\_
- El pollo? \_\_\_\_\_
- La colonia? \_\_\_\_\_
- Las aspirinas? \_\_\_\_\_
- Los tomates? \_\_\_\_\_

Complete las siguientes frases:

Ejemplo:

Un deporte en el que se utiliza una pelota es el FÚTBOL.

- El último mes del año es \_\_\_\_\_
- La estación del año en que hace más frío es \_\_\_\_\_
- Para hacer una tortilla de patatas necesito aceite, sal, patatas y \_\_\_\_\_
- El color del mar y del cielo es el \_\_\_\_\_
- El padre de mi padre es mi \_\_\_\_\_
- Los pintores pintan \_\_\_\_\_
- Echaré la carta en el \_\_\_\_\_
- Los aviones aterrizan en el \_\_\_\_\_
- Entre el dos y el cuatro está el número \_\_\_\_\_



Una con flechas, el adjetivo más adecuado a cada palabra:

DIENTES

VERDE

PELO

MADERA

MESA

MADURA

PRADERA

BLANCOS

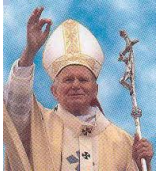
FRUTA

CANOSO

**ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO:  
EJERCICIOS DE MEMORIA**

Lea el siguiente texto con atención, después le haremos una serie de preguntas.

D. José, era el párroco de Chinchón desde hace 33 años, en su trabajo le iba bien. Conversar y dar paz espiritual a sus feligreses era algo vocacional para él.



Jesús, un niño de 6 años, era su perdición. Era verle y comenzar a sudar. ¿Qué trastada tramará ahora este pequeño diablo?, pensaba el párroco nada más asomar sus rizos rubios por la calle principal.

En su último encuentro, D. José perdió sus hermosas pestañas y todos los pelos que recubrían sus carnosas piernas.

El incendio del confesionario de hace 9 meses, fue seguro provocado, repetía en voz baja el párroco de forma incesante, mientras se mordía sus uñas.

"Espabilao", el burro de D. José, también recordaba a Jesús, cuando por su culpa perdió dos de sus preciados dientes, masticando una zanahoria de madera que artísticamente había preparado el angelito de 6 años.

Ante la próxima trastada llamaré a la policía. De tanto repetir el N° de teléfono de las autoridades, D. José se lo sabía mejor que el rosario... 5 60 65 22,... 5 60 65 22

POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE EL TEXTO QUE ACABA DE LEER.

1.-¿Cómo se llamaba el párroco?

---

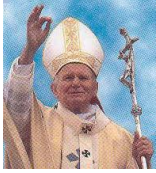
2.-¿De qué localidad?:

---

3.-¿Cuántos años llevaba siendo párroco en ese lugar?

---

4.-¿Cómo se llamaba el niño que le atormentaba?



---

5.-¿Cuántos años tiene el niño?

---

6.-¿Cómo se llamaba el burro de la historia?

---

7.-¿Cuántos dientes perdió?

---

8.-¿Recuerda el teléfono de la policía que repetía el párroco de forma frecuente?

---

9.-¿Hace cuánto tiempo pasó lo del incendio del confesionario?

---

## **ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO: EJERCICIOS DE CÁLCULO**

El ejercicio consiste en que la persona se le mostrara una cantidad de material (colores, maracas, pinceles), los cuales estarán ubicados en diferentes mesas, a ellos se les dará una bolsa en la cual tendrán que ir introduciendo estos materiales, teniendo en cuenta la orden dada.

Ejemplo: introduzca en su bolsa 3 pinceles, 2 maracas y 5 colores

Luego se le revisara cada bolsa para saber si la orden fue bien ejecutada, así mismo se podrá ir intercambiando ordenes más complejas.

Ejemplo: introduzca 5 colores, 6 pinceles y retire de su bolsa 3 colores y un pincel cuantos pinceles y colores nos quedan en la bolsa?



Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (2009). volver a empezar, ejercicios prácticos de estimulación cognitiva. Modificado por yazminGarcia(2015).

Anexo 7: Intervención con cada una de las cuatro pacientes y sus resultados.

Paciente	Sesiones	Objetivo	Actividad	Resultados
Y.S	1, 2 y 3	<b>OBJETIVOS</b> -Determinar las características socioemocionales de la paciente que le impiden desarrollar las habilidades cognitivas en su mayor capacidad, para esto hay que identificar el proceso de duelo para hacerle frente a la problemática.	Seguimiento psicológico, observar el estado emocional e indagar sobre el duelo (hermano) Identificar el proceso de duelo a fin de determinar la etapa que afronta, ofrecer técnicas de afrontamiento y superación del proceso de duelo por la muerte de su hermano; mejorando su esfera afectiva, trabajando la consolidación, el vínculo y la alianza terapéutica. Para ello, es recomendable permitir al paciente expresar sus emociones y su dolor en la forma que necesite hacerlo desde la primera sesión. Mostrar interés real y entender sus vivencias, acoger sus emociones, darle a entender a la persona que dispone de ese espacio para ello y que el profesional está ahí para apoyarla y permitir al paciente liberarse de su sufrimiento a través del acompañamiento en la expresión de sus emociones dolorosas. Este tipo de estrategias de intervención basadas en la escucha activa, la empatía y la presencia del profesional, son las que van a permitir consolidar un vínculo necesario para llegar a buen puerto en este proceso.	Se logró superar el duelo con éxito, ya que la paciente manifiesta estar tranquila,
		<b>OBJETIVO GENERAL</b> Estimular las actividades cognitivas preservadas, con el fin de mejorar las habilidades psicosociales y una mayor adaptación al medio social. Se realizaron 10 sesiones (3 de duelo y 7 de estimulación cognitiva).  <b>ESPECÍFICOS</b> -Estimulación de las habilidades preservadas y así mismo estimular las funciones que estaban estancada para esto		
	4	<b>OBJETIVOS</b>	Elaboración de dos carteles didácticos donde se estimulará la concentración, coordinación y movilidad.	Con el programa de estimulación cognitiva. se logró mantener las



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.</li> <li>• Favorecer la producción de actos motores voluntarios.</li> <li>• Favorecer las habilidades visuo-constructivas.</li> </ul>		habilidades preservadas.
5	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p><b>GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.</li> <li>• Mantener la orientación de la persona.</li> <li>• Activar la memoria personal o autobiográfica.</li> </ul> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> <li>• Optimizar los niveles de atención.</li> <li>• Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.</li> </ul>	aplicación de guía para la estimulación y mantenimiento cognitivo de orientación tiempo y espacio	
6	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.</li> <li>• Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos.</li> </ul>	desarrollo de guías para la estimulación y mantenimiento cognitivo, ejercicios de memoria	
7	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.</li> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener y estimular la comprensión verbal.</li> <li>• Potenciar la capacidad de repetición.</li> </ul>	desarrollo de guías para la estimulación y mantenimiento cognitivo, ejercicios de lenguaje	



8	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Trabajar el reconocimiento de los sonidos.</li> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas.</li> </ul>	<p>por medio del desarrollo de una guía práctica se ara estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de evocación categorial</p>	
9	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la incitación y la fluidez verbal.</li> <li>• Ejercitar la mecánica de la lecto-escritura.</li> <li>• Optimizar la expresión verbal.</li> </ul>	<p>por medio del desarrollo de una guía práctica estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de lecto-escritura</p>	
10	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservar el reconocimiento numérico.</li> <li>• Activar y promover la lectura de cifras y números.</li> <li>• Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas.</li> <li>• Favorecer la discriminación de cantidades.</li> <li>• Optimizar la discriminación de los números.</li> <li>• Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal</li> </ul>	<p>estimular el procesamiento numérico y de cálculo, por medio del desarrollo de una guía</p>	
	<p>Estimular las actividades cognitivas preservadas, con el fin de mejorar las habilidades psicosociales y una mayor adaptación al medio social. Para esto se realizaron 7 sesiones</p>		<p>Se logra estimular las áreas que estaban estancadas como atención, memoria, evocación, lenguaje, cálculo, debo</p>
1	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.</li> </ul>	<p>Por medio de una guía se estimuló la motricidad fina</p>	<p>mencionar que esta paciente no sabe leer ni escribir por esta razón el trabajo con ella fue de escucha</p>



T.S

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la producción de actos motores voluntarios.</li> <li>• Optimizar la expresión verbal.</li> </ul>		activa y actividad dirigida, a pesar de esto los resultados fueron muy buenos.
2	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservar el reconocimiento numérico</li> <li>• Favorecer la discriminación de cantidades.</li> <li>• Optimizar la discriminación de los números.</li> <li>• Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal</li> </ul>	Por medio de la musicoterapia (manipulación de instrumentos: maracas) se estimuló la atención, cálculo.	
3	<b>OBJETIVOS:</b>  <b>GENERALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.</li> <li>• Mantener la orientación de la persona.</li> </ul> <b>ESPECÍFICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> <li>• Optimizar los niveles de atención.</li> </ul>	Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal y de la persona	
4	<b>OBJETIVOS</b>  <b>ESPECÍFICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.</li> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> </ul> <b>ESPECIFICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener y estimular la comprensión verbal.</li> <li>• Potenciar la capacidad de repetición.</li> <li>• Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.</li> </ul>	Desarrollo de guías para la estimulación y mantenimiento cognitivo, ejercicios de lenguaje	
5	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.</li> </ul> <b>ESPECIFICOS</b>	Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de evocación categorial	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Trabajar el reconocimiento de los sonidos.</li> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas.</li> </ul>		
	6	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la incitación y la fluidez verbal.</li> <li>• Ejercitar la mecánica de la lectura-escucha</li> <li>• Optimizar la expresión verbal.</li> </ul>	Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de lectura-escucha	
	7	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.</li> <li>• Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos</li> </ul>	Estimulación de la memoria	
<b>M. F</b>	1	Estimular las actividades cognitivas preservadas, con el fin de mejorar las habilidades psicosociales y una mayor adaptación al medio social. Para esto se realizaron 7 sesiones	Se indago sobre el estado de ánimo de la paciente, la señora M.F presenta problemas de visión lo cual nos impide la realización de las guías, la estimulación se realizara de forma guiada donde su única fortaleza será la escucha y el habla.	Se logra estimular las áreas que estaban estancadas como atención, memoria, evocación, lenguaje, calculo, debo mencionar que esta paciente posee problemas muy graves de visión por esta razón el trabajo con ella fue de escucha activa y actividad dirigida, a pesar de esto los resultados fueron muy buenos.
	2	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservar el reconocimiento numérico</li> <li>• Favorecer la discriminación de cantidades.</li> <li>• Optimizar la discriminación de los números.</li> <li>• Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal</li> </ul>	Por medio de la musicoterapia (manipulación de instrumentos: maracas) se estimuló la atención, y cálculo.	



3	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p><b>GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.</li> <li>• Mantener la orientación de la persona.</li> </ul> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> <li>• Optimizar los niveles de atención.</li> </ul>	<p>Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal y de la persona</p>
4	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.</li> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener y estimular la comprensión verbal.</li> <li>• Potenciar la capacidad de repetición.</li> <li>• Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.</li> </ul>	<p>Desarrollo de guías para la estimulación y mantenimiento cognitivo, ejercicios de lenguaje</p>
5	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Trabajar el reconocimiento de los sonidos.</li> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas.</li> </ul>	<p>Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de evocación categorial</p>
6	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la incitación y la fluidez verbal.</li> <li>• Ejercitar la mecánica de la lecto-escucha</li> <li>• Optimizar la expresión verbal.</li> </ul>	<p>Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de lecto-escucha</p>



7	<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.</li> <li>• Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos</li> </ul>	Estimulación de la memoria		
C. S	1	Entrevistar a la cuidadora, con el fin de indagar el estado de ánimo de la paciente ya que esta es farmacodependiente y en la prueba realizada arrojó que tiene deterioro cognitivo grave.	Seguimiento psicológico del estado de ánimo de la paciente y charla con la cuidadora, ya que esta paciente presenta deterioro cognitivo grave, y la mayoría de tiempo esta medicada.	Se logra estimular las áreas que estaban estancadas como atención, memoria, evocación, lenguaje, cálculo, debo mencionar que esta paciente debido a una trombosis tiene poca movilidad en su brazo derecho y además es farmacodependiente, por esta razón el trabajo con ella fue de escucha activa y actividad dirigida, siempre utilizando instrumentos tecnológico (tablet), a pesar de esto los resultados fueron muy buenos, aunque en ocasiones hubo mucha resistencia al trabajo realizado.
	2	<b>OBJETIVOS</b> Estimular las actividades cognitivas preservadas, con el fin de mejorar las habilidades psicosociales y una mayor adaptación al medio social. Para esto se realizaron 6 sesiones <b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.</li> <li>• Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos</li> </ul>	Por medio de la tecnología (tablet) se estimuló la retención y memoria de la paciente	
	3	<b>OBJETIVOS</b> <b>GENERALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.</li> </ul>	Estimulación cognitiva de la orientación espacio-temporal y de la persona	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la orientación de la persona.</li> </ul> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> <li>• Optimizar los niveles de atención.</li> </ul>	
4	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.</li> <li>• Ejercitar el lenguaje automático.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener y estimular la comprensión verbal.</li> <li>• Potenciar la capacidad de repetición.</li> <li>• Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.</li> </ul>	Estimulación cognitiva ejercicios de lenguaje
5	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.</li> <li>• Trabajar el reconocimiento de los sonidos.</li> <li>• Maximizar las capacidades lingüísticas.</li> </ul>	Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de evocación.
6	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la incitación y la fluidez verbal.</li> <li>• Ejercitar la mecánica de la lectura</li> <li>• Optimizar la expresión verbal.</li> </ul>	Estimulación y mantenimiento cognitivo ejercicios de lectura



Anexo 8: Resultados de las baterías aplicadas (pros), al finalizar del programa

NOMBRE	CES-D	ESCALA DE SOPORTE SOCIAL	MINIMENTAL	ESCALA DE CAPACIDAD FUNCIONAL
M. C. S	Puntuación de 18 Lo cual nos indica que si evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 58 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 15 se observa deterioro cognitivo moderado	Puntuación de 3 que equivale al 7% se observa un nivel muy bajo de funcionalidad
M.F	Puntuación de 9 Lo cual nos indica que no evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 65 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 26 se observa deterioro cognitivo leve	Puntuación de 19 que equivale al 47% se observa un nivel de funcionalidad bajo
T. S	Puntuación de 3 Lo cual nos indica que no evidencia indicadores rasgos depresivos	Puntuación de 60 lo cual nos indica que presenta buena relaciones sociales	Puntuación de 25 se observa deterioro cognitivo leve	Puntuación de 25 que equivale al 80% se observa un adecuado nivel de funcionalidad