

IMPACTO DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL MANEJO DE DEMENCIA SENIL  
TIPO ALZHEIMER DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE  
BIENESTAR DEL ANCIANO (C.B.A) SAN VICENTE DE PAUL FLORENCIA  
CAQUETÁ

ESTEFANY BLANDÓN LINARES

NATALIA VÉLEZ PRIETO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES ECSAH

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

FLORENCIA, CAQUETÁ

2018

Contenido	
<b>Introducción</b>	4
<b>Planteamiento del problema</b>	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
<b>Justificación</b>	9
<b>Objetivos</b>	13
<b>Objetivo general</b>	13
<b>Objetivos Específicos</b>	13
<b>Marco teórico</b>	14
<b>Marco conceptual</b>	18
<b>Diseño metodológico</b>	22
Tipo de estudio	22
Población y muestra estudiada	23
Instrumentos	23
Procedimientos (fases)	25
Métodos de Análisis de Datos	25
<b>Cronograma</b>	26
<b>Análisis de resultados</b>	28
<b>Conclusiones</b>	34
<b>Recomendaciones</b>	37
<b>Anexos</b>	38
Diario de Campo	43
<b>Referencias bibliográficas</b>	46

## Listado de Ilustraciones

Ilustración 1 Nivel de escolaridad de los adultos mayores con los que se trabajó.....	28
Ilustración 2 Resultados del Consumo de Alcohol de los adultos mayores .....	28
Ilustración 3 Nivel de Satisfacción con su vida.....	29
Ilustración 4 Frecuencia de Actividad Física.....	29
Ilustración 5 Resultado del test mini-mental anterior a la realización de las actividades de estimulación cognitiva .....	30
Ilustración 6 Resultado del test Mini mental posterior a la realización de las actividades de estimulación cognitiva. ....	31
Ilustración 7 Resultado del pre y post test mini-mental con relación a la edad.....	31
Ilustración 8 Ejercicio de batería de estimulación cognitiva .....	38
Ilustración 9 Ejercicio de batería de estimulación cognitiva .....	39
Ilustración 10 Mini-mental pre aplicación batería de estimulación cognitiva.....	40
Ilustración 11 Ejercicio de estimulación cognitiva de memoria 7 aplicado el día 14 de febrero.....	41
Ilustración 12 Mini-mental post aplicación batería de estimulación cognitiva, aplicado el 17 de marzo de 2018.....	42
Ilustración 13 Consentimiento informado diligenciado por el coordinador del C.B.A. ....	45

## Listado de Tablas

Tabla 1 Resultados de actividades de Memoria.....	32
Tabla 2 Resultados de actividades de Gnosias .....	32
Tabla 3 Resultados de actividades de Praxias .....	32
Tabla 4 Resultados de Lenguaje .....	33

## Introducción

A través de los años la expectativa de vida va en aumento; por ende, la población de la tercera edad se ha elevado. Se puede visualizar que en las personas adultas mayores el deterioro cognitivo ha incrementado. Aponte Daza, V. C. (2015). “El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado”

En la actualidad Colombia se sitúa en el segundo país con mayor esperanza de vida en toda América Latina, seguida de Chile; la expectativa de vida en Colombia ha llegado a 76 años para los hombres y 83 años para las mujeres. Dos décadas atrás la esperanza de vida de los colombianos tan solo era de 74 años para las mujeres y 66 años para los hombres. Existe una tendencia al incremento de vida, además de que las mujeres tienden a tener mayor expectativa de vida en comparación con los hombres.

El Heraldo. (2016) Menciona a Bartolomé Bacci Miranda quien afirma que “La expectativa de vida ha aumentado tanto que, en el 2050, por primera vez, la pirámide poblacional se va a invertir: va a haber más viejos que jóvenes”. Esto hace que la población de la tercera edad sea mayor.

Según Rodríguez Daza, K. D. (2011) menciona que:

La Organización Mundial de la Salud caracteriza la capacidad funcional refiriéndose a la capacidad de ventilación, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular, y afirma que esta capacidad funcional aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, disminuye seguida con el tiempo de una disminución”.

Esta disminución está determinada por diferentes factores de la experiencia de cada persona relacionados con hábitos como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo, la alimentación, la situación socioeconómica, el nivel educativo y las condiciones de trabajo, ya que cada una de éstas contribuye a tener una vida saludable o no.

Además, esta disminución de la capacidad funcional lleva al sedentarismo, la inmovilidad, la discapacidad, el aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y

por consiguiente a la problemática psicosocial que se centra en el aislamiento, en la pérdida de un rol social y económico, en la depresión, la baja autoestima, la improductividad y la dependencia.

De acuerdo a cifras del organismo mundial Alzheimer's Disease International Organization (AID), en la actualidad hay alrededor de 46,8 millones de personas en el mundo que viven con Alzheimer y se espera que para el año 2050 haya 131,5 millones. En Colombia, el número de casos asciende a 200 mil en personas en la población de los 65 y 85 años de edad. Portafolio (2015).

Portafolio (2015) Menciona al Neurólogo Bladimir Gómez, quien afirma Aunque no hay forma de prevenir el Alzheimer, si es posible limitar la afectación de la enfermedad. Por esto es fundamental que los cuidadores y los familiares aprendan a tratar al enfermo desde el inicio de los primeros síntomas. Adicionalmente, es clave brindar los programas integrales de rehabilitación, que incluyan educación, apoyo psicológico y medicación, y que permitan retrasar el deterioro.

Se busca a través de la estimulación cognitiva mejorar el funcionamiento de las habilidades cognitivas como atención, memoria, percepción, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutoras; a través de talleres y actividades específicas organizadas de acuerdo con las necesidades de los adultos mayores.

## Planteamiento del problema

En los últimos años se ha producido una serie de cambios sociales que han modificado notablemente el problema de la atención sociosanitaria a los ancianos. El aumento de la esperanza de vida en muchos países desarrollados ha incrementado la incidencia y la prevalencia de enfermedades incapacitantes como la demencia, lo cual unido a la evolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años. Gómez Viera, N., Bonnin Rodríguez, B. M., Gómez de Molina Iglesias, M. T., Yáñez Fernández, B., & González Zaldívar, A. (2003).

De Sánchez, C. R., Nariño, D., & Cerón, J. F. M. (2010). “El Informe Mundial sobre la Enfermedad de Alzheimer publicado en el 2009, predice que para el 2010 un total de 35.6 millones de personas padecerán de EA en el mundo y se calculaba que esta cifra se duplicaría cada 20 años”. Pág. 2.

Las cifras dan cuenta de que la enfermedad del Alzheimer y otras formas de demencia mataron a 1,54 millones de personas en el 2015, más del doble del número de muertes causadas por la enfermedad en el año 2000, según documentos publicados en el sitio web de la OMS el mes pasado. La enfermedad reemplazó al VIH/Sida como la séptima en la lista de las 10 mayores causas de muerte a nivel mundial. Nuevas terapias ayudaron a disminuir las bajas del VIH/Sida de 1,5 millones a 1,1 millones en el mismo periodo de 15 años. EL TIEMPO. (16 de febrero de 2017).

CARACOL RADIO. (18 de agosto de 2013). “Se estima que en el mundo hay más de 31 millones de personas que padecen de Alzheimer y en nuestro país la cifra supera los 200 mil pacientes que se encuentran entre los 65 y 85 años de edad”

Se debe tener claridad que en la demencia senil tipo Alzheimer los pacientes tienen alteraciones cognitivas. Mientras que las personas que son diagnosticadas con deterioro cognitivo no presentan la enfermedad del Alzheimer.

“El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose” (Madrigal, 2007). “...hay una limitación de la

renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos” (Arriola e Inza, 1999, 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 (Madrigal, 2007).

También cabe comparar el estudio que se desarrolló en la totalidad de adultos mayores que residen en cuatro hogares geriátricos de Medellín, dos privados y dos públicos. En total se incluyeron 220 sujetos; A continuación, se muestran los resultados:

La edad promedio en el grupo de estudio fue de 77 años con rango entre 60 y 90, el 56% fueron mujeres, el 67% residían en un hogar geriátrico público o de beneficencia, el 44% de los adultos estaban a cargo del hogar geriátrico (abandonados por familia y amigos), el 87% tienen una percepción de satisfacción con el hogar, el 29% está insatisfecho con el apoyo familiar, el 60% participaba en algún tipo de grupo social (religioso, cultural, deportivo u otro) y el promedio de visitas por mes fue de 3,6 (Conde-Sala, J. L, 2000).

En el envejecimiento normal los programas de estimulación cognitiva se diseñan como una respuesta terapéutica a las quejas subjetivas de pérdida de memoria, mientras que en los procesos degenerativos primarios tipo EA consisten en intervenciones complementarias al tratamiento farmacológico. El objetivo de todas ellas es enlentecer el deterioro cognitivo y el mantenimiento de competencias psicosociales necesarias para las actividades de la vida diaria y social mediante el refuerzo de las funciones relativamente preservadas y residuales. García Sánchez, C., Estévez González, A., & Kulisevsky, J. (2002).

Por último, el municipio de Florencia en la actualidad cuenta con 14.255 adultos mayores; a la fecha son beneficiados con esta ayuda 4.181 más la ampliación. En total 5.335 abuelitos están recibiendo cada dos meses el subsidio monetario para financiar sus necesidades básicas. (Extra-2014)

El 20% de la población del C.B.A de San Vicente de Paul de Florencia Caquetá presentan demencia senil tipo Alzheimer es una cifra que empieza alarmar, puesto que los costos sociales, familiares y económicos de esta enfermedad son alto. Por esto se espera rehabilitar, minimizar el

deterioro cognitivo que se presenta en la EA a través de la estimulación cognitiva, permitiendo así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Cabe realizar la anotación que la anterior cifra puede aumentar debido a que la cita con el psiquiatra es cada año, negándole a los adultos mayores un diagnóstico a tiempo y por consiguiente la negación de poder recibir tratamiento para la Enfermedad del Alzheimer, y no solo de esta demencia sino de otras enfermedades que requieren del profesional en psiquiatría.

#### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En este orden de ideas la pregunta de investigación es:

**¿Cuál es el impacto de la estimulación cognitiva en el manejo de demencia senil tipo alzhéimer de los adultos mayores del centro de Bienestar del Anciano (C.B.A.) San Vicente de Paul de Florencia, Caquetá?**



## Justificación

El aumento de las personas de la tercera edad diagnosticadas con demencia senil tipo alzheimer en el Centro de Bienestar del Anciano (C.B.A) de San Vicente de Paúl de Florencia Caquetá ; exige una rápida intervención para abordar la situación como un hecho real , puesto que estos ancianos tienen pocas posibilidades de llevar una vida digna y sana ; actualmente estos lugares no cuentan con la atención suficiente por parte de los entes gubernamentales , de la comunidad y de la familia es decir una red de apoyo para contribuir con el adecuado manejo que se le debe dar a la enfermedad de Alzheimer que presenta la población adulta mayor .

Vera, M. (2007, Septiembre) menciona a Velandia (1994) quien sustenta que la Calidad de vida del adulto mayor, según es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

De Sánchez, C. R., Nariño, D., & Cerón, J. F. M. (2010) “La Enfermedad de Alzheimer es además una de las enfermedades de mayor impacto social y económico para los sistemas de salud, grupos familiares y los pacientes mismos pues afecta su funcionalidad y disminuye su calidad de vida”.

En la Clínica de Memoria de HUSI-PUJ, en Bogotá, se han evaluado 2018 pacientes en los últimos 13 años, de los cuales un 49,56%, se diagnostican por consenso como EA, siendo en este centro la principal causa de demencia primaria. De ellos 248 (28.4%) son mujeres y 626 (71.6%) hombres. La edad en la que se realiza el diagnóstico en promedio es de  $71.5 \pm 11.4$  años (10). De Sánchez, C. R., Nariño, D., & Cerón, J. F. M. (2010) pág. 2.

Según De Sánchez, C. R., Nariño, D., & Cerón, J. F. M (2010) se estima que para el año 2020 la población colombiana mayor a 60 años, la población esperada con demencia será de 6.400.000 y los casos esperados de demencia en serán 263.000

En Buenos Aires y Montevideo, más de la tercera parte de los encuestados consideraron que su salud no era buena, pero esta proporción aumentó considerablemente en el resto de las ciudades (Bridgetown: 49,1%; São Paulo: 53,4%; Ciudad de La Habana: 62,6%; Santiago: 63,2%; México, D.F.: 69,4%). Entre 1,1% (en Montevideo) y 12,9% (en São Paulo) de los participantes del estudio mostraron signos de deterioro cognoscitivo; entre 21,5 y 33,2% de ellos manifestaron sentirse deprimidos, excepto en Bridgetown, donde esta proporción fue de solo 7%. En todas las ciudades estudiadas predominaron las personas con un IMC elevado (Menéndez Jiménez, J., Guevara González, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C, 2014 p. 356)

La autonomía está íntimamente ligada a la dignidad, que significa que todas las personas deben ser respetadas en su valor como tales hasta el final de sus vidas. La edad de la vejez nunca puede ni debe ser causa o excusa para restringir o limitar la autonomía, o para atropellar o socavar la dignidad de las personas mayores. (Huenchuan, S., Rodríguez, R. I., Bárcena Ibarra, A., Mancera, M. Á., & del Distrito Federal, M. G. 2014).

Es importante destacar que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con una red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78.2, respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo. (Salinas, A., Manrique, B., & Téllez-Rojo, M. 2008).

El escenario actual de la región muestra panoramas y fenómenos sociales nuevos; uno de ellos, tanto por su magnitud absoluta como por sus proyecciones y su rango de asociación, es la realidad de las personas adultas mayores, que requieren y demandan la preocupación pública y privada. (Viveros Madariaga, A. 2001)

Sin justificar las falencias o debilidades de Estados y sociedades latinoamericanas para ponerse a la altura de las demandas emergentes, la rápida implantación de un nuevo modelo de desarrollo –con sus propias limitaciones estructurales y capacidad de respuesta– explica en parte las debilidades para responder a las demandas de las poblaciones en condición precaria y, particularmente, de grupos determinados, como las personas adultas mayores. (Viveros Madariaga, A. 2001)

En sus propias palabras "constatamos que en nuestros países las personas adultas mayores vivimos una situación de larga injusticia, discriminación y vulneración de nuestros derechos sociales, económicos, políticos y culturales" 8. Esto refleja el sentimiento de indefensión que líderes y dirigentes de organizaciones de adultos mayores perciben nítidamente y muestra la envergadura de los desafíos instalados en la región. (Viveros Madariaga, A. 2001)

Se cuenta con el apoyo del centro y del personal que allí labora para desarrollar diferentes actividades encaminadas a mejorar las habilidades cognitivas; además de la disposición de los adultos mayores en participar en los diversos talleres que se realizaran dentro de la sede.

Proyecto de investigación aplicado esta estrategia le permite al estudiante el diseño de proyectos para una transferencia social de conocimiento que contribuya de manera innovadora a la solución de problemas focalizado. (UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia, S.F).

Por lo anterior se desarrollará proyecto de investigación aplicado dado que se desarrollara rehabilitación cognitiva con los adultos mayores para obtener mejoras en su estado cognitiva y por ende mejorar las condiciones de vida de esta población objeto de estudio , además se busca realizar el proceso de transferencia de conocimiento del quehacer del profesional de psicología.

La línea de investigación a la cual está adscrito el proyecto es *Psicología y construcción de subjetividades* y la sub línea *Construcción de subjetividades en el contexto comunitario* es un espacio donde el universitario tiene la oportunidad de plantearse una postura crítica frente al acontecer comunitario y académico. En relación con la aplicabilidad de una propuesta que permite solucionar una problemática específica, que admite la construcción de conocimiento del estudiante en formación y por ende la práctica del rol del psicólogo.

Entre las terapias no farmacológicas que se han ido proponiendo en los últimos años, la estimulación cognitiva es la que recibe el mayor apoyo empírico, especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, llegando a proponerse como la primera intervención a realizar cuando se realizan esos últimos diagnósticos. Existen diferentes programas de estimulación cognitiva en castellano, adaptados a las diferentes características de las poblaciones a las que pretenden atender. Dado que la proliferación de dichos programas corre el riesgo de menoscabar su calidad, se plantean una serie de recomendaciones teóricas que deben

tenerse en cuenta a la hora de aplicar estimulación cognitiva a estas poblaciones. (Ruiz-Sánchez de León, J. M. 2012, pág. 57-66.)

En general, los hallazgos presentados aquí son muy favorecedores pues se ha constatado como a través de un entrenamiento apropiado se han mejorado los olvidos cotidianos de un grupo de mayores, si bien, utilizar otras pruebas objetivas como la batería RBMT y/o extender el entrenamiento durante mayor tiempo afianzaría los resultados. Se puede concluir que el desarrollo de programas de intervención en estimulación de habilidades cognitivas y de memoria es necesario, además complementarse con intervención a nivel psicosocial (habilidades sociales, emociones y autoestima), y en ejercicio físico, potenciaría sus efectos pues son considerados factores principales de un buen envejecer. (Orozco, M. E. D. 2012).

Por lo anterior se busca a través de la estimulación cognitiva la rehabilitación de la demencia senil tipo Alzheimer y por ende de los procesos psicológicos básicos y superiores de los adultos mayores, para así minimizar y mantener las habilidades cognitivas; y de esta manera tener mejorías en la calidad de vida de los ancianos.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar el impacto de la estimulación cognitiva en el manejo de demencia senil tipo Alzheimer de los adultos mayores del Centro de Bienestar de San Vicente de Paúl del C.B.A. de Florencia, Caquetá.

### **Objetivos Específicos**

- Compilar los conceptos básicos que constituyen la estimulación cognitiva, en la psicopatología de los adultos de la tercera edad.
- Determinar el estado cognitivo de los adultos mayores a través de la aplicación del test Mini-mental.
- Estimular las capacidades cognitivas residuales para minimizar el deterioro cognitivo mediante una batería de estimulación cognitiva.

## Marco teórico

Las teorías del reloj biológico: Son teorías genéticas que parten de la premisa de que la genética determina todas las etapas de la vida del organismo como si de un reloj programado se tratase. De una o de otra manera todas alegan la carga genética que determina cuando el organismo empieza a envejecer, hecho que de alguna manera está fijado genéticamente.

Castanedo, C., & Sarabia, C. (2000)

(Vélez, Mónica, Bernardo Riffo y Beatriz Arancibia 2010) mencionan la teoría del enlentecimiento (Cerella, 1985; Salthouse, 1996), la declinación en el desempeño cognitivo se produciría por un enlentecimiento general de la velocidad de transmisión neural. Respaldan este enfoque hallazgos empíricos que muestran que las medidas de velocidad motora-perceptiva comparten mucha de la varianza asociada a la mayor edad en el desempeño de un amplio rango de tareas cognitivas (Junqué y Jodar, 1990).

Aranibar, P. (2001) menciona a Bazo, (1990) que la teoría de la actividad, cuyo fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible y que, por lo tanto, un envejecimiento satisfactorio consiste en permanecer como en la edad adulta.

Oddone, M. J. (2013). La teoría de la actividad (Cavan, 1962; Havighurst & Albrecht, 1953), en contraposición a la del descompromiso, sostiene que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, el concepto de sí mismo está relacionado con los roles desempeñados. Como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, jubilación, viudez), para mantener un autoconcepto positivo éstos deben ser sustituidos por roles nuevos. Por lo tanto, el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos. Oddone, M. J. (2013). P. 2

La teoría del vaciado de roles plantea que durante la vejez el individuo pierde sus roles más importantes, lo que conlleva simultáneamente a la pérdida de las normas asociadas a esos roles, es decir pierde la noción acerca de lo correcto o incorrecto en el ámbito de su conducta social. Aranibar, P. (2001). P.16

Esta situación no tiene que ser necesariamente negativa para los ancianos, ya que puede introducir una nueva sensación de “libertad” al desligarlos de obligaciones y pautas establecidas; sin embargo, existe la posibilidad de que este mismo fenómeno se traduzca en una situación de total desestructuración del anciano (situación denominada desaparición social del anciano).

Aranibar, P. (2001). P.16

Teoría de la Desvinculación. Sostiene que la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio (o funcional) para ambas partes. Por un lado, este abandono permitiría al adulto mayor desprenderse (esencialmente a través de la “oportunidad” de jubilarse) de una serie de roles y responsabilidades socio laborales que ya no está en condiciones físicas ni psicológicas de asumir y encontrar un espacio de paz para prepararse para la muerte. Por otro lado, deja campo para que se produzca el recambio de generaciones viejas por otras nuevas y más aptas, sin mayores conflictos ni traumas. Alvarado Pérez, E. G., & González Contreras, A. C. (2008).

Vélez, Mónica, Bernardo Riffo y Beatriz Arancibia (2010) mencionan a (Hasher & Zacks, 1988; Zacks & Hasher, 1997). Quienes afirman que la teoría de Déficit inhibitorio (...) sostiene que el envejecimiento debilita los procesos inhibitorios que regulan la atención sobre los contenidos de la memoria operativa. Ello afecta a una amplia gama de actuaciones cognitivas entre las cuales se incluyen la comprensión y producción del lenguaje. (p. 5)

Vélez, Mónica, Bernardo Riffo y Beatriz Arancibia (2010) menciona a (Zacks, Hasher & Li, 2000). Quien afirma que la memoria, según esta teoría, no solo debe activar y procesar ciertas unidades de información, sino también debe filtrar los contenidos no pertinentes para que no se produzca interferencia o confusión. Para ello deben operar simultáneamente dos funciones: una función de acceso, que restringe el ingreso de información irrelevante a la memoria operativa y una función de supresión, que elimina la información que ha dejado de ser útil o que estuvo en estado de latencia y finalmente no fue utilizada. En conjunto, ambas contribuyen a que las representaciones mentales que alcanzan el umbral de activación sean coherentes y se articulen con las metas que guían el procesamiento. Si estos mecanismos inhibitorios de la atención se debilitan, puede suceder que mientras se está procesando la información surjan pensamientos intrusivos o se hagan asociaciones no relevantes, elementos que, al competir por recursos de

procesamiento, reducen la capacidad funcional de la memoria de trabajo afectando la comprensión o el recuerdo. (p. 5)

Vélez, Mónica, Bernardo Riffo y Beatriz Arancibia, (2010, p.6). “La teoría del déficit inhibitorio se ha aplicado al procesamiento del lenguaje de los adultos mayores para explicar, entre otras cosas, por qué la actuación se ve afectada por estímulos distractores durante la lectura o la audición”. Así, Carlson y sus colaboradores (Carlson, Hasher, Zacks & Connelly, 1995) informan sobre una lectura desproporcionadamente lenta en sujetos mayores cuando enfrentan textos en que se ha introducido material distractor, el cual fue controlado por los experimentadores cuidando que el contenido del elemento distractor se relacionara con el significado textual y su localización no fuera predecible. Por otra parte, Zacks & Hasher (1997) han utilizado esta teoría para explicar los casos en que la investigación reporta verbosidad en el discurso de las personas mayores y frecuentes alejamientos del tópico central en sus conversaciones.

(Vélez, Mónica, Bernardo Riffo y Beatriz Arancibia, 2010, p.9). Mencionan la teoría del déficit sensorio-perceptivo o de la señal degradada de (Baltes & Linden-berger, 1997) plantea que la declinación de los procesos sensoriales y perceptivos asociada al envejecimiento - principalmente, audición y visión- produce entradas erróneas o incompletas en las computaciones de bajo nivel implicadas en la codificación fonológica y ortográfica. Como consecuencia de esta falla se produciría daño en el proceso de selección léxica y en otros procesos subsiguientes (Burke & Shafto, 2008; Schneider, 2001). No está todavía muy claro en qué medida las pérdidas que pudieran ocurrir en los niveles más altos de la cognición vinculada al lenguaje podrían atribuirse solamente al efecto de señales de entrada degradadas. Hay acuerdo, sin embargo, en que las declinaciones en los procesos de percepción influyen en la comprensión y producción del lenguaje (McDowd, 2001).

Teoría colinérgica y glutamatérgica del Alzheimer de Reynaldo Fernández, G., Pardo Andréu, G., Guevara García, M., Cascudo Barral, N., & Carrasco García, M. R

Las alteraciones histopatológicas se producen siguiendo un patrón característico, en el que determinadas zonas cerebrales y poblaciones neuronales resultan afectadas siguiendo un orden determinado. Los cambios tienden a comenzar en el lóbulo temporal medial, a través de la corteza de asociación, desde allí se proyectan hacia el núcleo basal de Meynert,<sup>9</sup> la fuente



primaria de neuronas colinérgicas, para seguir luego las proyecciones de éste hacia el hipocampo y la corteza frontal, parietal y occipital. Por lo tanto, en su fase inicial, podemos conceptuar la enfermedad como un trastorno degenerativo con especificidad neuronal y regional, carácter que se pierde con la progresión de la misma. Esto indica que los cambios profundos de la cognición y la personalidad que aparecen en los pacientes con EA deben estar asociados a una pérdida de eficacia de la neurotransmisión en varias sinapsis y centros cerebrales. Reynaldo Fernández, G., Pardo Andréu, G., Guevara García, M., Cascudo Barral, N., & Carrasco García, M. R. (2008).

## Marco conceptual

La vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores. Sin embargo, es de importancia recalcar la idea de que la experiencia y los logros alcanzados por una persona en esta etapa del ciclo de vida cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo humano y calidad de vida, y logran la sensación de satisfacción del trayecto de vida mismo. Rodríguez Daza, K. D (enero de 2011).

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros de vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen. Corte Constitucional (2014)

Fustinoni, O. (2002). “El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada”.

BonomedicoBlog. (S.F). La demencia senil es una alteración cerebral de carácter irreversible. Normalmente aparece en la tercera edad con una serie de síntomas que provocan la disminución de la capacidad intelectual del paciente. Esta disminución de la capacidad intelectual llega a afectar gravemente al desempeño de las actividades básicas del día a día.

Según Consuegra, N (2010) “el Alzheimer es un desorden degenerativo cerebral caracterizado por la pérdida progresiva de la memoria y el deterioro de las funciones cognitivas, del lenguaje y del juicio, que afectan generalmente la personalidad y las conductas de quienes las sufren”.

Pinto, B., Exeni, S., & Peñaloza, K. (2007). Menciona a (Barlow y Durand, op.cit. quien afirma que “la demencia tipo Alzheimer, se caracterizan por alteraciones cognitivas múltiples, las que se desarrollan de forma progresiva e irreversible, siendo la memoria la más perjudicada. La persona tiene dificultades para organizar información nueva, no puede aprender por asociaciones, a la par que disminuye su motivación en general. Con el tiempo se presenta confusión mental, agitación, depresión y en algunos casos hostilidad. A estos problemas se suman efectos

neuropsicológicos, como ser: afasia, apraxia, agnosias, y alteraciones en la programación y regulación de la actividad psíquica”.

Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., & Rodríguez, B. G. (2011) quienes retoman a (WHO, 2001) el cual afirma que:

El termino estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, calculo, etc.), ya sea esta en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Ahora bien, en algunos contextos se usa el término rehabilitación, que va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Esto incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social.

La psicopatología, como disciplina psicológica, parte de las leyes de desarrollo y la estructura de la psique en estado normal. Estudia las leyes de disgregación de la actividad psíquica y las propiedades de la personalidad, comparándolas con las leyes de formación y desarrollos de los procesos psíquicos con norma, estudia la regularidad en las alteraciones de la actividad reflectora del cerebro. (Zeigarnik, B. V, 1981)

Los procesos psicológicos constituyen elementos fundamentales en el estudio de la psicología. Son los procesos que permiten a la persona tomar conciencia de sí misma y de su entorno, se encuentran en el origen de cualquier manifestación conductual y hacen posible el ajuste del comportamiento a las condiciones y demandas ambientales Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, J. D. (2001).

#### Procesos psicológicos básicos

La atención es el proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegible y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos. GOMEZ, A. I. H. (2012).

La memoria es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera una información determinada o un suceso concreto. Es el proceso psicológico que nos permite aprender. Jodar M (coord.) Redolar D, Blázquez González Muñoz E, Periañez J & Viejo R. (2013).

Según Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (febrero de 2013) *La sensación es el modo más elemental que utiliza el hombre para extraer información de su entorno, y de esta forma poder adaptarse mejor a él. Se refiere específicamente al proceso mediante el cual el organismo captura los estímulos del medio ambiente interno y externo, por medio de receptores nerviosos especializados, y los envía por medio de las vías nerviosas hasta los centros cerebrales de integración sensorial.*

La motivación es el conjunto de necesidades físicas o psicológicas, de valores y modelos sociales incorporados, no siempre conscientes, que orientan la conducta de la persona hacia el logro de una meta. Malena (2009).

La percepción es la función por la cual se reconocen los estímulos del medio ambiente y se realiza a través de los cinco sentidos: la vista, la audición, el olfato, el tacto y el gusto. Ellos permiten detectar que algo sucede en el entorno. Puig, X. (2012)

#### Procesos psicológicos superiores

Bustos Ruiz J.F (2008) Menciona a Quintero (1998, p.51) quien manifiesta que el pensamiento “es un fenómeno psíquico de orden cognoscitivos de alguna manera superior al conocimiento adquirido por los sentidos. El pensamiento es como la acción o acto del entendimiento y no la facultad de comparar, combinar y estudiar las ideas y de entender que no sería un acto sino una potencia”

El lenguaje es un método exclusivamente humano, y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada. El lenguaje es, primordialmente, un sistema auditivo de símbolos. En cuanto es articulado, es también un sistema motor, pero el aspecto motor del habla es, con toda evidencia, algo secundario en relación con el aspecto auditivo. En los individuos normales, el impulso a hablar torna forma, primero, en la esfera de las imágenes auditivas, y de ahí se trasmite a los nervios motores por los cuales se gobiernan los órganos del habla. Sapir, E. (1966).

Bustos Ruiz J.F (2009) menciona a Freeman (1962) manifiesta que la definición de inteligencia se divide en tres corrientes: Las que dan mayor importancia al ajuste o adaptación del individuo a su medio ambiente total, o aspectos especiales de este; las que subrayan la capacidad individual para aprender a beneficiarse por medio de la experiencia y las que subrayan la capacidad para llevar a cabo el pensamiento abstracto.

“El aprendizaje implícito, también denominado no declarativo o inconsciente, no depende de la voluntad ni de la conciencia del sujeto, aunque en alguna de las fases del aprendizaje sea necesaria la intervención de procesos conscientes”. Jodar M (coord.) Redolar D, Blázquez González Muñoz E, Periañez J & Viejo R. (2013). P. 59

Praxia es la faculta de cumplir más o menos automáticamente ciertos movimientos habituales, adaptados a un fin determinado (peinarse, saludar, abotonar, sacar una moneda). Son actos psicomotores intencionales, que implican muchos niveles jerárquicos, desde la tonicidad a la estructura espacio temporal. Caballero, M. (S.F).

“Gnosias es el proceso de conocimiento a partir de las impresiones suministradas por los órganos sensoriales. También implica percepción, reconocimiento y denominación de los estímulos provenientes de un objeto. Además, requiere la participación de los centros corticales superiores”. Caballero, M. (S.F). Pág. 3

Las funciones ejecutivas se han definido, de forma genérica, como procesos que asocian ideas simples y las combinan hacia la resolución de problemas de alta complejidad. Así, términos como ‘funcionamiento ejecutivo’ o ‘control ejecutivo’ hacen referencia a una serie de mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos para orientarlos hacia la resolución de situaciones complejas. Tirapu-Ustarroz, J., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2005).

## **Diseño metodológico**

### Tipo de estudio

#### Investigación cualitativa

Revelo Vivas, I. D. (2011). Menciona a Valles (1997) quien sostiene que la investigación cualitativa se caracteriza porque el estudio se hace sobre una muestra pequeña y lleva una intencionalidad, pero no pretende universalizarse. Entonces, el planteamiento central de la teoría es que surge de la interacción con los datos aportados por el trabajo de campo. Luego, el análisis cualitativo de los datos es un proceso no matemático de interpretación llevado a cabo con el propósito de descubrir conceptos y relaciones que puedan trasladarse a esquemas teóricos para ser explicados y construir nueva teoría.

Revelo Vivas, I. D. (2011). Menciona a Glaser (1969) quien afirma que “Aunque este método es un proceso de crecimiento continuo, los estadios previos permanecen operativos a lo largo del análisis y proporcionan desarrollo continuo al estadio siguiente hasta que el análisis termina”. De acuerdo con esta afirmación, en este método se produce un entrelazamiento de las operaciones de recolección de información, la codificación, análisis e interpretación de resultados a lo largo de todo el proceso, reflejando el carácter holístico de la investigación cualitativa. De esta forma, este procedimiento se convierte en un método de comparación constante donde todo el material codificado es necesario y se integra continuamente en el proceso posterior de comparación.

## Población y muestra estudiada

### Población:

En el Centro de Bienestar del Anciano (C.B.B) de San Vicente de Paúl de Florencia Caquetá se encuentran internados cincuenta y nueve (59) adultos de la tercera edad, de los cuales doce (12) ancianos se encuentran con Demencia Senil tipo Alzheimer. Además la mayoría de los adultos mayores que se encuentran en el C.B.A están de 55 años en adelante, además estos ancianos se encuentran en condiciones de improductividad, deficiencia, vulnerabilidad o abandono por parte de su familia.

### Muestra:

Se realizó estimulación cognitiva con Seis (6) adultos mayores con demencia senil tipo Alzheimer. Solo se trabajó con seis (6) adultos mayores porque los demás ancianos presentaban dificultades auditivas, visuales, de movilidad y se encontraban en constante reposo.

### Instrumentos

La entrevista es una técnica cualitativa de recogida de información en la que participan dos individuos (aunque pueden participar más). Ésta no se considera una conversación informal, pues tiene una intencionalidad, un objetivo. García, J. (S.F).

Kawulich, B. (2005, May). Menciona a MARSHALL y ROSSMAN (1989) quienes definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (p.79). Las observaciones facultan al observador a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una "fotografía escrita" de la situación en estudio.

El diario de campo se concibe como aquel documento en el cual se registra la información que se obtiene de las entrevistas y las observaciones, pero además se hace la reflexión sobre lo registrado y los autores de teorías que hablen sobre los temas. Revelo Vivas, I. D. (2011). Pág. 57.

Test Mini mental: Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. Hipocampo.org. (S.F).

Robles Arana, Y. I. (2003). Menciona a (Folstein y col; 1975; p. 195) Quienes afirman que “debido a que es una evaluación cuantificada del estado cognoscitivo ha demostrado confiabilidad y validez, hace más objetiva lo que comúnmente es una impresión vaga y subjetiva de las dificultades cognoscitivas durante la evaluación de un paciente, puede repetirse a lo largo de la enfermedad y muestra poco efecto en la práctica por eso es ideal para la medición inicial y la medición seriada de este importante aspecto del funcionamiento mental, y puede demostrar la mejoría o el empeoramiento de este aspecto con el tiempo y con el tratamiento. permite hacer comparaciones entre los cambios intelectuales y otros aspectos del funcionamiento mental (por ejemplo, evaluar los déficits cognoscitivos en algunos pacientes con desorden afectivo y la mejoría de estos síntomas con la terapia apropiada para el desorden de ánimo). Puede ayudar a establecer la competencia y necesidades del paciente en los asuntos de la vida diaria, porque las falla en la orientación, memoria, lectura o escritura tienen claras implicancias en su capacidad de autocuidado...”

Evaluación del Estado mental y emocional del adulto mayor (Versión de Modulo 4) (S.F)  
“El MMSE–Abreviado no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como seguimiento para valorar cambios”.

Batería: Es un instrumento de estimulación cognitiva utilizado tanto en individuos sanos como personas con algún deterioro cognitivo, para prevenir y minimizar este tipo de deterioro.



## Procedimientos (fases)

### Fase 1 Entrevista y aplicación Test Mini mental

La entrevista se realizará en la primera semana a los seis (6) adultos mayores. Con el fin de recolectar datos personales e información de relevancia para la investigación. La aplicación del test Mini mental inicial se realizará después de realizar la entrevista a los seis (6) adultos mayores para determinar el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores.

### Fase 2 Aplicación de la batería de estimulación cognitiva

La batería se aplicará a los seis (6) ancianos; dividiéndose en 12 secciones, estimulando los procesos psicológicos deteriorados.

### Fase 3 Aplicación del test Mini mental final

La aplicación del test Mini mental se desarrollará en la última semana de finalización de la intervención, a los seis (6) adultos mayores; Para determinar el efecto de la estimulación cognitiva en los adultos mayores.

## Métodos de Análisis de Datos

Los métodos de análisis de datos que se emplearan para interpretar los resultados de este proyecto son las gráficas estadísticas y el diario de campo.

### Cronograma

ACTIVIDAD	Octubre	Noviembre			Diciembre				Febrero							Marzo			
	23	1	5	4	5	7	8	14	15	16	20	21	22	23	27	13	14	15	17
Entrevista																			
Aplicación Test Mini mental																			
Análisis del test																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria y gnosias																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de Memoria																			
Aplicación ejercicio de praxias.																			
Aplicación ejercicio de praxias.																			
Aplicación Test Mini mental																			

### Recursos necesarios

<b>RECURSO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>1. Equipo Humano</b>	<b>Dos estudiantes de psicología</b>	<b>\$0</b>
<b>2. Equipos y Software</b>	<b>Dos computadores, impresora, cámara</b>	<b>\$0</b>
<b>3. Viajes y Salidas de Campo</b>	<b>Tres viajes por semana al Centro de Bienestar del Anciano</b>	<b>\$0</b>
<b>4. Materiales y suministros</b>	<b>Papel, esfero</b>	<b>\$0</b>
<b>5. Bibliografía</b>		
<b>TOTAL</b>		<b>\$0</b>

## Análisis de resultados

Grafica Nro. 1

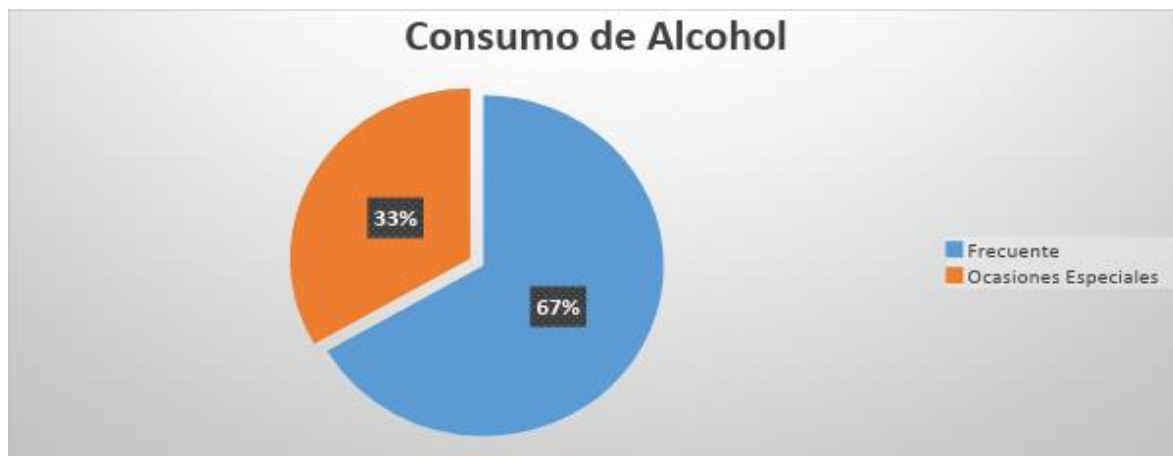
*Ilustración 1 Nivel de escolaridad de los adultos mayores con los que se trabajó.*



El 83% de la población; es decir 5 adultos mayores refiere no tener educación y el 17%, que corresponde a un adulto mayor sostiene haber cursado primero de primaria.

Grafica Nro. 2

*Ilustración 2 Resultados del Consumo de Alcohol de los adultos mayores*



El 67%, es decir 4 adultos mayores refieren haber consumido alcohol de forma frecuente, el 33% que corresponde a 2 adultos mayores manifiesta haber consumido alcohol solo en ocasiones especiales.

Grafica Nro. 3

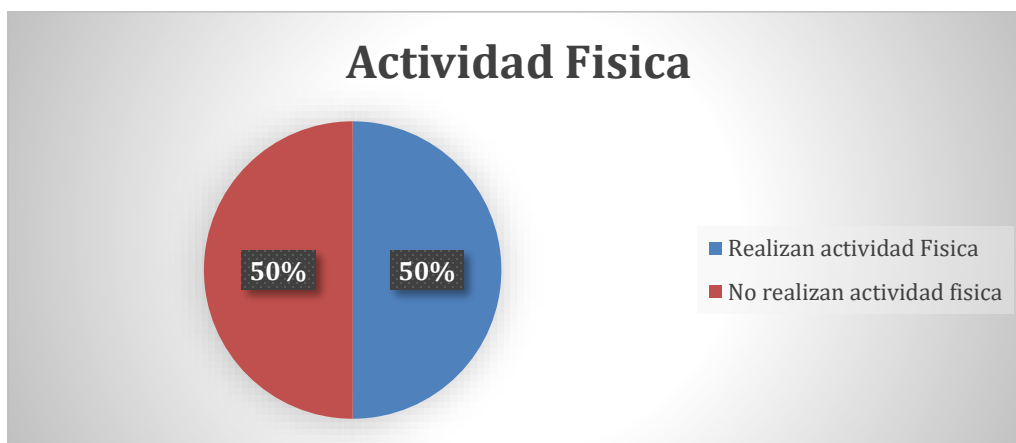
Ilustración 3 Nivel de Satisfacción con su vida.



El 67%, es decir 4 de los adultos mayores refiere estar insatisfechos con su vida, el 33% que corresponde a 2 adultos mayores, manifiestan haber tenido un estilo de vida acorde con una salud positiva mental y física.

Grafica Nro. 4

Ilustración 4 Frecuencia de Actividad Física



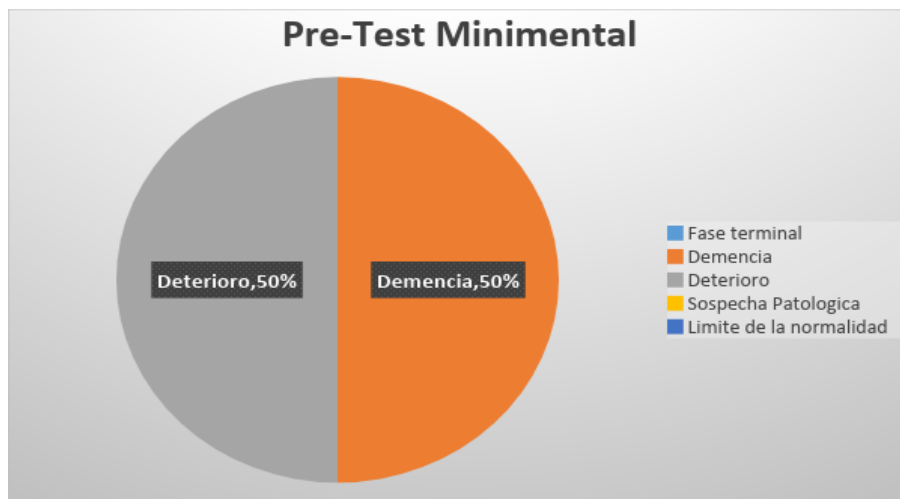
El 50% que corresponde a tres adultos mayores realiza caminatas cortas dentro del establecimiento, mientras que los tres adultos mayores restantes permanecen en reposo durante el día.

## Resultados de test mini-mental

Puntuaciones de referencia en relación con el mini-mental: 27 o más: normal; 24 o menos: sospecha patológica; 12-24 deterioro y de 9-12 demencia.

Grafica Nro. 5

Ilustración 5 Resultado del test mini-mental anterior a la realización de las actividades de estimulación cognitiva

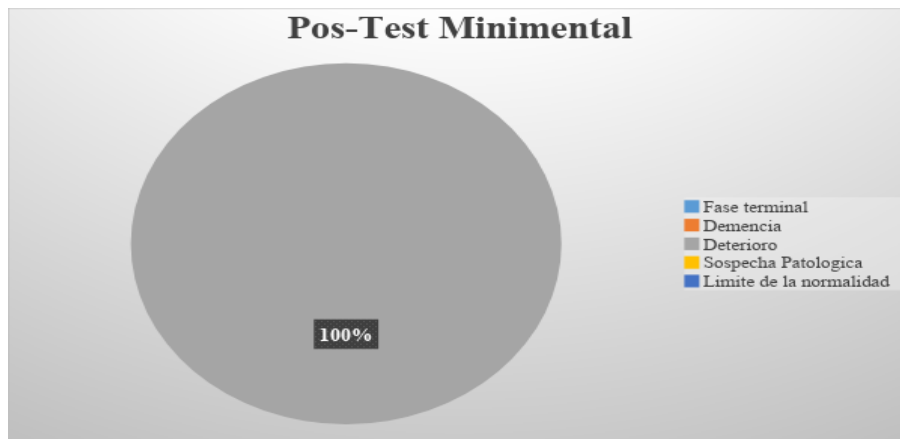


Cumplieron los criterios de inclusión 6 pacientes con Demencia senil tipo Alzheimer quienes aceptaron participar del estudio. El promedio de edad fue de 78 Años. En cuanto al nivel educacional, 5 (83,3%) adultos mayores refieren no tener escolaridad y 1 (16,6%) adulto mayor expone que estudió primero de primaria.

En el pretest Mini mental 3 (50%) de los adultos mayores que participaron de la investigación puntuaron en demencia, mientras que los 3 (50%) adultos mayores restantes puntuaron en deterioro cognitivo.

### Grafica Nro. 6

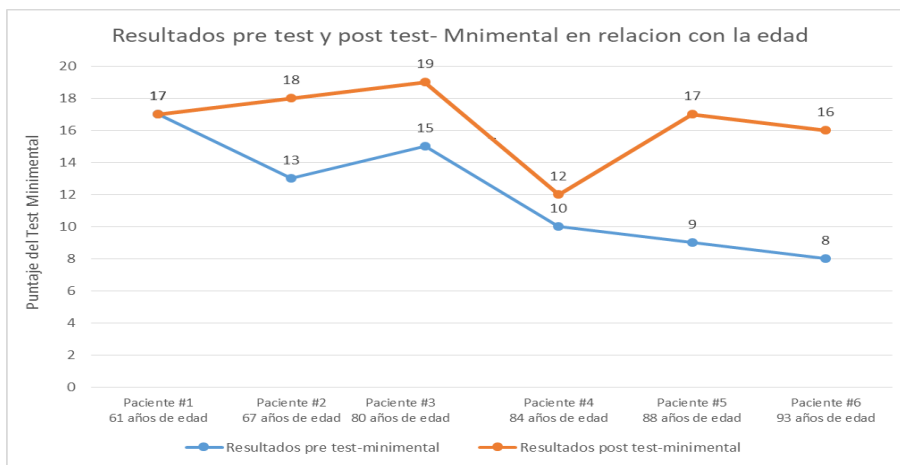
Ilustración 6 Resultado del test Mini mental posterior a la realización de las actividades de estimulación cognitiva.



La diferencia en el post – test Mini mental se evidencia; ya que de los 6 (100%) adultos mayores, todos puntuaron en deterioro cognitivo es decir se minimizó el número de adultos mayores con demencia senil pasando de 3 (50%) a 0 adultos mayores con demencia senil.

### Grafica Nro. 7

Ilustración 7 Resultado del pre y post test mini-mental con relación a la edad.



Tomando en cuenta la ilustración 7 se puede decir que la edad y el deterioro cognitivo tienen una relación directamente proporcional; es decir, que a mayor edad mayor deterioro cognitivo.

Después de realizar la estimulación cognitiva se puede evidenciar que la edad es un factor que influye en el deterioro de las habilidades cognitivas, principalmente evidenciado en memoria, lenguaje y atención.

Los principales aspectos referentes a los aciertos en los ejercicios de la estimulación cognitiva de los seis (6) adultos mayores se detallan en las Tablas 1, 2, 3 y 4.

Tabla Nro. 1

*Tabla 1 Resultados de actividades de Memoria*

Tabla 1. Resultados de los aciertos de las actividades de Memoria	
Memoria Semántica	45% 60%
Memoria Bibliográfica	56%
Memoria de Trabajo/Lenguaje	80%
Memoria Episódica	57%

Tabla Nro. 2

*Tabla 2 Resultados de actividades de Gnosias*

Tabla 2. Resultados de los aciertos de las actividades de Gnosias	
Vocabulario y Léxico	82%

Tabla Nro. 3

*Tabla 3 Resultados de actividades de Praxias*

Tabla 3. Resultados de los aciertos de las actividades de Praxias	
Gestuales	86%



Tabla Nro. 4

*Tabla 4 Resultados de Lenguaje*

Tabla 4. Resultados de aciertos de las actividades de Lenguaje		
Vocabulario y Léxico	82%	88
Comprensión	94%	

## Conclusiones

La aplicación de una batería de estimulación cognitiva permite mantener las habilidades cognitivas y minimizar las alteraciones cognitivas como se puede observar en las gráficas Nro . 5 y 6 donde se evidencia que un 50% (correspondientes a 3 ancianos) mantienen las funciones cognitivas y el otro 50% (equivalente a 3 de los adultos de la tercera edad) minimiza el deterioro cognitivo pasando de demencia senil a deterioro cognitivo.

Por lo anterior Madrigal, L. M. J. (2007). Menciona a López, López y Ariño (2002) quien afirma que no existe en estos momentos mejor fórmula que el entrenamiento cognitivo, ya que éste proporciona una ayuda para afrontar el deterioro multifuncional y entrena las capacidades que se encuentran preservadas o menos afectadas. Pág. 8

En la demencia senil tipo Alzheimer las principales alteraciones en la fase inicial son en la memoria a corto plazo, desorientación en el tiempo y espacio, incapacidad de concentración. En fase intermedia se presenta deterioro en la memoria verbal, visual, semántica y la memoria episódica. En la fase final el paciente presenta depresión crónica y apática.

- En los ejercicios de estimulación cognitiva referentes a memoria, cabe destacar que la mayoría de los pacientes les resultó más sencilla los ejercicios de memoria de trabajo (80%), aunque cuando en el ejercicio las frases eran extensas, estas se debían repetir varias veces para que el adulto mayor pudiera evocarla de forma completa.
- En los ejercicios de estimulación cognitiva referentes a memoria episódica con 57%, esto se debe a que es uno de los tipos de memoria que más se altera en pacientes con demencia senil tipo alzhéimer, y se manifiesta por el olvido de acontecimientos vividos, en principio se olvidan hechos recientes como por ejemplo olvidar encargos, que cenó el día anterior. Más adelante se van borrando recuerdos cada vez más antiguos, como el nombre de los hijos y esposa.
- En los ejercicios de estimulación cognitiva pertenecientes a memoria bibliográfica con 56%, esta consiste en almacenar conceptos y eventos del ser humano y del contexto en el que se desenvuelve, que pueden ser expresadas de forma concreta. A los adultos mayores se les preguntaba cómo han evolucionado los medios de transporte, Si recordaban el día de su

boda, y se les preguntaba que recordaban de la Toma del Palacio de Justicia. Se les dificultaba mucho recordar estas y otras preguntas, la mayoría de ancianos no recordaba.

- En los ejercicios de estimulación cognitiva referentes a memoria semántica con un 45%, aunque esta, en fases iniciales se conserva, la alteración se muestra por el olvido progresivo de la información obtenida a largo plazo de la vida, por ejemplo, la incapacidad de clasificar u ordenar objetos. Se les aplicó ejercicios como identificar los elementos que se rompían o de vidrio, cuál era la capital de Colombia.
- En los ejercicios de estimulación cognitiva referentes a lenguaje se destaca que comprenden y siguen órdenes, distinguen objetos y describen su funcionalidad. Cabe aclarar que para desarrollar los ejercicios de lenguaje se les realizaba la lectura de estas en un tono de voz elevado ya que presentan dificultades auditivas; además de esto no se desarrolló entrenamiento de lectoescritura debido a que el 83% de la población muestra no tienen escolaridad. Con las actividades de gnosias se pudo determinar que la población muestra identifica con gran facilidad características tales como color, olor, forma, entre otros; de objetos utilizados regularmente en el diario vivir.
- En los ejercicios de estimulación cognitiva referentes a Praxias, se pudo evidenciar que estos realizan de manera adecuada acciones cotidianas como lavarse los dientes, comer sopa, correr cortinas, saludar, entre otros.
- En los Resultados del Test Mini-mental en relación con la orientación espacial 66% equivalente a 4 ancianos se encontraban orientados, ya que reconocían el lugar en el que se situaban y los diferentes espacios del centro de bienestar del adulto mayor. El 44% es decir 2 adultos mayores no estaban completamente orientados debido a que solo reconocían el espacio del centro donde se hallaban y la ciudad donde residen.
- En los Resultados del Test Mini-mental referente a la orientación temporal el 100% equivalente a seis adultos de la tercera edad solo estaban orientados en un 46%, debido a la carencia de un plan de actividades durante la semana; puesto que se pudo notar que identificaban los días jueves por que señoras pertenecientes al grupo de la renovación católica carismática realizaban el santo rosario y los sábados un sacerdote se desplazaba hasta el lugar para celebrar la eucaristía.

Actualmente en Colombia no se encuentran estudios empíricos que ratifiquen la efectividad de los programas de estimulación cognitiva, esto no permite tomar decisiones en las políticas de salud pública en el país, para así incluir las terapias de entrenamiento cognitivo como prevención y tratamiento no farmacológico para reducir y minimizar el deterioro cognitivo progresivo. La comprobación empírica de este tipo de intervenciones permitiría plantear alternativas válidas, para darle el manejo adecuado que requiere la enfermedad del Alzheimer, el deterioro cognitivo y otras demencias.

La dificultad para encontrar en Colombia los datos estadísticos sobre la población adulta mayor con demencia senil tipo Alzheimer no deja evidenciar la realidad en perspectiva de las dificultades que tienen los pacientes y familiares de esta enfermedad, evitando que las diferentes disciplinas académicas puedan dimensionar las consecuencias negativas y puedan contribuir a plantear alternativas de solución tanto en la salud del paciente, como para los familiares y para el sistema de salud del país.

## **Recomendaciones**

Se recomienda repetir el programa de estimulación cognitiva con una muestra mayor para determinar un nivel de fiabilidad más alto. Además, se aconseja aumentar el número de sesiones del programa de estimulación cognitiva con el fin de obtener una mayor mejoría en la población objeto de estudio.

Se recomienda el acompañamiento de la red familiar en los pacientes con demencia senil tipo Alzheimer debido a que la memoria emotiva es la que se mantiene por más tiempo en los adultos mayores. Aunque estos pacientes pueden no reconocer a sus familiares más cercanos, un brazo, una caricia o algún gesto de afecto puede favorecerles el recuerdo, permitiéndoles reconocer a quienes los acompañan diariamente y a quienes aman.

Además, se aconseja dividir la población objeto de estudio según las variables (escolaridad, rango de edad, nivel de deterioro cognitivo) que influenciaron los resultados, esto con el fin de tener mayor eficacia metodológica y por consiguiente mejorar la aplicación del programa de estimulación cognitiva para evitar sesgos. Por otro parte se recomienda evaluar el impacto del programa de estimulación periódicamente de acuerdo con el tiempo en el que se desarrolle el entrenamiento cognitivo (post-test) para determinar la durabilidad de la efectividad y mejorar futuras aplicaciones de la intervención.

## Anexos

### Grafica Nro. 8

Ilustración 8 Ejercicio de batería de estimulación cognitiva


OCTUBRE Y AGOSTO		ESPAÑA	
Memoria	7	MEMORIA DE TRABAJO/ LENGUAJE	
		Nivel de dificultad: medio	
<b>Instrucciones:</b> léale las siguientes frases una a una y a continuación pídale que la repita:			
<ul style="list-style-type: none"><li>4 El melón es una fruta muy refrescante</li><li>4 Coge el paraguas porque está lloviendo</li><li>4 Tengo que salir a comprar el pan</li><li>4 Los domingos vamos a la casa de la sierra</li> <li>4 Hoy el bus ha llegado tarde</li><li>4 Mis nietos irán de paseo al campo</li><li>4 Vamos a comer al restaurante</li><li>4 Este invierno ha llovido mucho</li> <li>4 Se ha dañado el ascensor</li><li>4 Iremos a misa de ocho</li><li>4 Cogemos un taxi para ir al hospital</li><li>4 La ensalada es un plato muy rico</li> <li>4 He ganado la partida de ajedrez</li><li>4 Saldremos a pasear por el parque</li><li>4 Tengo que comprarle un regalo a mi hija</li><li>4 Están restaurando la iglesia del pueblo</li> <li>4 Me gusta llevar los zapatos bien lustrados</li><li>4 El concierto del sábado fue una maravilla</li><li>4 Han recogido un premio en el parque</li><li>4 El azúcar se extrae de una caña</li></ul>			

Grafica Nro. 9

Ilustración 9 Ejercicio de batería de estimulación cognitiva

<b>Gnosias</b>	<b>19</b>	RECONOCIMIENTO VISUAL
		Nivel de dificultad: bajo

**Instrucciones:** pídale que observe atentamente las siguientes imágenes y señale aquellas que tengan forma redonda.



The image displays nine objects arranged in a grid-like fashion. From top-left to bottom-right, they are: a black and white soccer ball; a brown cardboard box; a square-faced analog clock with a white face and black numbers; a whole orange; a globe on a stand; a white die with black pips; a vintage television set; and a round object with a black and white pattern, possibly a piece of fruit or a small globe.

Grafica Nro. 10

Ilustración 10 Mini-mental pre aplicación batería de estimulación cognitiva.

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)</b>			
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>			
Nombre: [REDACTED]	Varón <input checked="" type="checkbox"/> / Mujer <input type="checkbox"/>	F. nacimiento: [REDACTED]	Edad: [REDACTED]
Fecha: [REDACTED]	Estudios/Profesión: [REDACTED]	N. H <sup>o</sup> : [REDACTED]	Observaciones: [REDACTED]
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)		2
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)		3
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)		2
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)		0
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)		0
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		1 1 1 1 1 1	6
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)		13

a.e.g.(1999)



Grafica Nro. 11

Ilustración 11 Ejercicio de estimulación cognitiva de memoria 7 aplicado el día 14 de febrero.

Nombre y apellidos: . . . [REDACTED] . . . Fecha 14/ Feb/ 2018

<b>Memoria</b>	<b>7</b>	MEMORIA DE TRABAJO/Lenguaje
		Nivel de dificultad: medio

**Instrucciones:** léale la siguientes frases una a una y a continuación pídale que la repita:

- 4 El melón es una fruta muy refrescante ✓
- 4 Coge el paraguas porque está lloviendo ✓
- 4 Tengo que salir a comprar el pan ✓
- 4 Los domingos vamos a la casa de la sierra ✓
  
- 4 Hoy el bus ha llegado tarde ✓
- 4 Mis nietos irán de paseo al campo ✓
- 4 Vamos a comer al restaurante ✓
- 4 Este invierno ha llovido mucho ✓
  
- 4 Se ha dañado el ascensor ✓
- 4 Iremos a misa de ocho ✓
- 4 Cogemos un taxi para ir al hospital ✓
- 4 La ensalada es un plato muy rico ✓
  
- 4 He ganado la partida de ajedrez ✓
- 4 Saldremos a pasear por el parque ✓
- 4 Tengo que comprarle un regalo a mi hija ✓
- 4 Están restaurando la iglesia del pueblo ✓
  
- 4 Me gusta llevar los zapatos bien lustrados ✓
- 4 El concierto del sábado fue una maravilla ✓
- 4 Han recogido un premio en el parque ✓
- 4 El azúcar se extrae de una caña ✓

©Copyright 2004 Fundació ACE Institut Català de Neurociències Aplicades. Reservados todos los derechos. Se autoriza el uso de esta ficha exclusivamente con fines terapéuticos. La adaptación o la traducción de este documento sin una autorización previa y por escrito están prohibidas, excepto por lo establecido en las leyes de propiedad intelectual.  
©Copyright Editorial Glosa respecto a ilustraciones y fotografías. El copyright es cedido sin ánimo de lucro a Fundació ACE Institut Català de Neurociències Aplicades para que lo administre según las condiciones descritas en el plan de autorització.

Grafica Nro. 12

Ilustración 12 Mini-mental post aplicación batería de estimulación cognitiva, aplicado el 17 de marzo de 2018.

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)</b>		
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>		
Nombre: [REDACTED]	Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Fecha: 17 Marzo 2018	F. nacimiento: [REDACTED] Edad: [REDACTED]	
Estudios/Profesión: [REDACTED]	N. Hº: [REDACTED]	
Observaciones: [REDACTED]		
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ✓ ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1 ✓	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</b>	2
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ✓ ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ✓ ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ✓ ¿En qué provincia estamos? 0-1 ✓ ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 ✓	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</b>	5
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 ✓ Árbol 0-1 ✓)	<b>Nº de repeticiones necesarias</b> <b>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</b>	2
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	<b>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)</b>	0
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) ✓	<b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>	1
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 ✓ .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 ✓ .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	<b>LENGUAJE (Máx.9)</b>	7
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	<b>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</b>	17

a.e.g.(1999)

## Diario de Campo

PROYECTO DE INVESTIGACION: El impacto de la estimulación cognitiva en el manejo de las psicopatologías de los adultos mayores en el centro de atención del adulto mayor san Vicente de Paul de C.B.A. De Florencia, Caquetá

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES- ECSAH

Formato: DIARIO DE CAMPO

Nº7

Nombre de las estudiantes: Estefany Blandón Linares y Natalia Yulieth Vélez Prieto

Institución: Centro de Bienestar del Adulto Mayor, San Vicente de Paul

Fecha: 14 de febrero de 2018

### Intervención

DESCRIPCION DEL LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA ACCION La actividad se realiza dentro de las instalaciones del centro de bienestar del adulto mayor San Vicente de Paul.
DESCRIPCION DE LAS PERSONAS OBSERVADAS O ENTREVISTADAS Adultos mayores que oscilan entre 61 Y 93 años, diagnosticados con demencia senil y demencia senil tipo alzhéimer. Cerca del 92% de esta población se encuentra en total abandono por parte de sus familias.
TECNICA(s): Programa de estimulación cognitiva Proceso: Memoria Nivel de dificultad: bajo medio, Medio
ACTIVIDAD Y PROPOSITO ESPECIFICO DEL INVESTIGADOR Se trabajó el ejercicio de memoria 7 y 8 del programa de estimulación cognitiva "Memoria" con el fin de mejorar la memoria de trabajo y lenguaje, memoria biográfica
REGISTRO

En el ejercicio de memoria 8 se les dijo una serie de acontecimientos familiares y los pacientes debían explicar lo que recordaban uno de los acontecimientos fue sobre festividades que se celebraban en la familia, nacimiento de los hijos. Además, se les dijo acontecimientos históricos relevantes como el desastre de armero, el asesinato de Jaime Garzón, la Toma del palacio de Justicia entre otros.

En el ejercicio de memoria 7 Se les leía una, o dos veces una serie de frases en los pacientes que requerían y ellos repetían las frases.


#### REFLEXIONES Y ANALISIS DEL PSICOLOGO EN FORMACION

En el ejercicio de memoria 8 en los acontecimientos familiares 5 de 6 pacientes, recordaron la mayoría de hechos que se le preguntaron; en los acontecimientos históricos relevantes 4 de 6 pacientes recordaron un hecho histórico relevante.

En el ejercicio de memoria 7 solo se trabajó con 4 de 6 pacientes, debido a que dos de los adultos mayores los ocuparon personal del ancianato; con los adultos mayores que se trabajó todos repitieron las frases con facilidad.

Grafica Nro. 13

Ilustración 13 Consentimiento informado diligenciado por el coordinador del C.B.A.

**UNAD**  
Universidad Nacional  
Abierta y a Distancia

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA-UNAD-  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES  
PROGRAMA PSICOLOGIA

**Consentimiento Informado**

Yo Alexander Obando Jaramillo, identificado(a) con C.C. número 1.117.494.270 de Florencia, en calidad de coordinador de Centro de Bienestar del Adulto Mayor he sido informado por las estudiantes de psicología Natalia Vélez Prieto con nro. De CC. 1.020.810.852 y Estefany Blando Linares con nro. De CC. 1.117.535.093 Sobre el interés de realizar una entrevista e intervención en estimulación cognitiva a seis (6) adultos mayores diagnosticados con Demencia Senil tipo Alzheimer sobre el proyecto El Impacto de la Estimulación Cognitiva en el Manejo de las Psicopatologías de los Adultos Mayores en el Centro de Atención del Adulto Mayor de San Vicente de Paul Centro de Bienestar del Anciano C.B.A. De Florencia, Caquetá.


Las psicólogas en formación me han explicado la naturaleza, el propósito de la entrevista, me ha mostrado las preguntas, han explicado el fin de su realización y me han notificado que la información brindada, será de absoluta reserva y confidencialidad, así mismo los resultados serán tratados con fines académicos; de igual forma me comprometo a brindar información verídica y concreta.

Durante el proceso a seguir he tenido oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

En función de lo expuesto, y previa valoración de la información recibida, por escrito y verbalmente, consiento la entrevista propuesta.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente enunciado y ratifico el consentimiento general que diera al aceptar este tipo de procedimiento.

Florencia, Colombia 20 de Octubre 2017.

Firma 

Tipo de Documento CC Número 1.117.494.270

Estefany Blandón      Natalia Yulieth Vélez P.  
Psicólogas en Formación

## Referencias bibliográficas

- Acevedo, H. (2011) El proceso de codificación en investigación cualitativa, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Recuperado de [www.eumed.net/rev/cccss/12/](http://www.eumed.net/rev/cccss/12/)
- Alvarado Pérez, E. G., & González Contreras, A. C. (2008). Eficacia de los Programas de Salud Pública de los Adultos mayores implementado por el Consejo Nacional de Atención Integral (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
- Alzheimer's Association - Site Search. (S.F). Información Básica Sobre la Enfermedad de Alzheimer. Recuperado de [http://www.alz.org/national/documents/sp\\_brochure\\_basicsofalz.pdf](http://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf)
- Aponte Daza, V. C. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 13(2).
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. CEPAL.
- BonomedicoBlog. (S.F). Demencia senil: causas, síntomas, y tratamiento. Recuperado de <https://www.bonomedico.es/blog/demencia-senil-causas-sintomas-tratamiento/>
- Bustos Ruiz J.F (2009) Modulo de procesos cognoscitivos superiores Neiva, C.
- Bustos Ruiz J.F (2008) Modulo de procesos cognoscitivos superiores Neiva, C.
- Caballero, M. (S.F). Gnosias y Praxias. Recuperado de <http://www.aidyne2.tizaypc.com/contenidos/contenidos/3/Gnosias%20y%20Praxias%20didactico.pdf>
- Caquetá extra. (10 de Enero de 2014). Amplían cupos para ancianos en Florencia. Recuperado de <http://caqueta.extra.com.co/noticias/nacional/ampl%C3%ADan-cupos-para-ancianos-en-florencia-69515>

CARACOL RADIO. (18 de agosto de 2013). En Colombia 200 mil personas padecen de Alzheimer. Recuperado de

[http://caracol.com.co/radio/2013/08/18/regional/1376847720\\_953167.html](http://caracol.com.co/radio/2013/08/18/regional/1376847720_953167.html)

Castanedo, C., & Sarabia, C. (2000). Enfermería en el Envejecimiento. Univ Cantab, 1-3.

Conde Sala, JL. (2015). Psicopatología en la vejez. En A. Jarne y A Talarn (eds.) Manual de psicopatología Clínica Barcelona: Herder. Pp.701-768.

Conde-Sala JL, Psicopatología asociada a la vejez 2000

Consuegra, N. (2010). Diccionario de Psicología (2 ed). Bogota D.C: Ecoe Ediciones.

Corte Constitucional (2014) Sentencia C-503/14 Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-503-14.htm>

De Sánchez, C. R., Nariño, D., & Cerón, J. F. M. (2010). Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. Acta Neurol Colomb, 26(3), 1.

El Heraldo. (2016). Colombia, el segundo país latino donde se vive más. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/tendencias/colombia-segundo-pais-con-mayor-esperanza-de-vida-en-al-152683>

EL TIEMPO. (16 de febrero de 2017). La demencia ya es una de las principales causas de muerte en el mundo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-de-la-demencia-en-el-mundo-en-2015-60337>

Evaluación del Estado mental y emocional del adulto mayor (Versión de Modulo 4) (S.F) Recuperado de [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf)

Fernández, S. (S.F). Demencia senil (Causas, Síntomas, Tratamientos y Remedios). Guía tu cuerpo. Recuperado de <http://www.guiatucuerpo.com/demencia-senil/>

Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, J. D. (2001). Procesos psicológicos. Ediciones Pirámide.

Fustinoni, O. (2002). Deterioro cognitivo y demencia. Cuadernos de Medicina Forense, 1(1), 39-44.

García Sánchez, C., Estévez González, A., & Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(6), 374-378.

García, J. (S.F). Los distintos tipos de entrevista y sus características. *Psicología y Mente*.

Recuperado de <https://psicologiaymente.net/organizaciones/tipos-de-entrevista-trabajo-caracteristicas#!>

GOMEZ, A. I. H. (2012). *Procesos psicológicos básicos*. México: Red Tercer Milenio.

Gómez Viera, N., Bonnin Rodríguez, B. M., Gómez de Molina Iglesias, M. T., Yáñez Fernández, B., & González Zaldívar, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista cubana de medicina*, 42(1), 12-17.

González Romero, Y., Zenteno López, M. A., Hernández Álvarez, J., Báez Hernández, F. J., & Tamariz Razo, A. (2016). Prevalencia de enfermedades podológicas en el adulto mayor de un albergue público. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 331-340.

Hipocampo.org. (S.F). Mini-Mental State Examination (MMSE). Recuperado de

<https://www.hipocampo.org/folstein.asp>

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002016000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400004)

Huenchuan, S., Rodríguez, R. I., Bárcena Ibarra, A., Mancera, M. Á., & del Distrito Federal, M. G. (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores.

Jodar M (coord.) Redolar D, Blázquez González Muñoz E, Periañez J & Viejo R. (2013).

*Neuropsicología* (1ed.). Barcelona: Editorial UOC

Kawulich, B. (2005, May). La observación participante como método de recolección de datos. In *Forum: qualitative social research* (Vol. 6, No. 2, pp. 1-32).

Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 4-14.

Malena. (29 de 05 de 2009). La Motivación. *Psicología*. Recuperado de

<http://psicologia.laguia2000.com/el-aprendizaje/la-motivacion>



## Marco teórico

Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., & Rodríguez, B. G. (2011). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Editorial Uoc

Menéndez Jiménez, J., Guevara González, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2014).

Nolasco Polanco, K. L. (2012). Efectos del deterioro cognitivo en la conducta de los adultos mayores institucionalizados en centros de atención y diseño de un programa de actividades que disminuyan el impacto del deterioro cognitivo en adultos mayores dentro de los centros de atención a ancianos Sara Zaldívar y Ciudadela Dr. Julio Ignacio Díaz Sol (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).

Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Informes Envejecimiento en red, 4.

Orozco, M. E. D. (2012). Olvidos cotidianos en personas mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(4), 1294.

Peña, A. S. (2010). Estimulación cognitiva para adultos. Recuperado de [tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf](http://tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf)

Pinto, B., Exeni, S., & Peñaloza, K. (2007). Factores biopsicosociales en la demencia tipo Alzheimer. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana " San Pablo", 5(2).

Procesos psicológicos básicos. Recuperado de

<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3834/26/TEMA%20 PROCESOS%20PSICOL%20%20C3%93GICOS%20BASICOS.pdf>

Portafolio (2015) Cada 3 segundos el Alzheimer se lleva una memoria Recuperado de <http://www.portafolio.co/tendencias/segundos-alzheimer-lleva-memoria-60304>

Puig, X. (2012). Estimulación Cognitiva (1ed.). Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.

- Revelo Vivas, I. D. (2011). Estudio Diagnóstico y Propositivo sobre Estilos aplicados por el Profesor para la enseñanza de Fundamentos Matemáticos en el programa de Ingeniería de Sistemas.
- Reynaldo Fernández, G., Pardo Andréu, G., Guevara García, M., Cascudo Barral, N., & Carrasco García, M. R. (2008). Teorías acerca de los mecanismos celulares y moleculares en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina*, 47(3), 0-0.
- Robles Arana, Y. I. (2003). Adaptación del Mini-Mental State Examination.
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). Vejez y envejecimiento. Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud, ISSN 2145-4744, No. 12 (Enero de 2011).
- Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Rev. logop. foniatr. audiol. (Ed. impr.)*, 57-66.
- Salinas, A., Manrique, B., & Téllez-Rojo, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. *Revista de la sociedad peruana de HTA*, 3.
- Sapir, E. (1966). El lenguaje. Fondo de cultura económica.
- Tirapu-Ustarroz, J., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 41(8), 475-484.
- UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (s.f.). Alternativas para Grado - ECACEN. Recuperado de <https://academia.unad.edu.co/ecacen/oferta-academica/alternativas-para-grado>
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (Febrero de 2013). Procesos psicológicos básicos. Recuperado de: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90016/2013\\_2/Lecturas\\_de\\_referencia\\_Lecciones/Leccion\\_Evaluativa\\_Unidad\\_1/sensacin.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90016/2013_2/Lecturas_de_referencia_Lecciones/Leccion_Evaluativa_Unidad_1/sensacin.html)

- Vélez, Mónica, Bernardo Riffo, and Beatriz Arancibia. "Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes." *RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada* 48.1 (2010): 75-103.
- Vera, M. (2007, September). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 68, No. 3, pp. 284-290). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CEPAL.
- Zeigarnik, B. V, *Psicopatología*, Ediciones AKAL, 1981. ISBN 847339545X, 9788473395458
- Zermeño, M. G. G., & Cereceres, J. P. (2013). Adultos Mayores. *Revista Interamericana de Educación de Adultos* Año, 35(2).