



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA MEMORIA Y CALIDAD DE VIDA
EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA
ORIENTACION: ADMINISTRACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

P R E S E N T A

JUAN DE FRANCISCO JOSÉ CASTRO MARISCAL

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ELSA CORREA MUÑOZ

MÉXICO, D. F.

Mayo, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA MEMORIA Y CALIDAD DE VIDA
EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA
ORIENTACION: ADMINISTRACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

P R E S E N T A

JUAN DE FRANCISCO JOSÉ CASTRO MARISCAL

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ELSA CORREA MUÑOZ

MÉXICO, D. F.

Mayo, 2012

DR. MANUEL ENRIQUE VÁZQUEZ VALDÉS
Coordinador de la Unidad de Administración
del Posgrado
Presente:

Me permito informar a usted a través del presente que el Comité Académico del Programa de Maestría en Enfermería, autorizó al LIC. EN ENF. JUAN DE FRANCISCO JOSÉ CASTRO MARISCAL con No. de Cuenta 90375048 prorroga por 6 meses a partir de esta fecha, para presentar el examen de grado de la **Maestría en Enfermería (Administración en el Cuidado de Enfermería)** con base en lo estipulado en el artículo 11 del título I del Reglamento General de Estudios de Posgrado.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ MI ESPÍRITU"
México D. F., a 27 de marzo del 2012.



MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

JURADO:

PRESIDENTE: Dra. Morán Peña Laura

VOCAL: Mtra. Correa Muñoz Elsa

SECRETARIO: Dra. Lara Barrón Ana María

SUPLENTE 1: Dr. Pineda Olvera Juan

SUPLENTE 2: Mtra. Reyes Auddifred Virginia

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU”
Cd. Universitaria, D.F., a 19 de Enero de 2012

Elsa Correa Muñoz
Directora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se desarrolló como requisito de titulación para obtener el grado académico de Maestro en Enfermería con Orientación (Administración del Cuidado de Enfermería). Para su realización se contó con el apoyo administrativo de la Directora del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, la Dra. Rosalva Juárez Blanca, así como del personal de Enfermería de Guardia especial; también al Dr. Heberto Arboleya Casanova; Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca pero sobre todo a la Subdirectora de Enfermería Mtra. Reyna A. Rosas Loza a quienes agradezco por apoyarme en esta investigación.

Agradezco a la Lic. Soto Morgan Claudia Verónica, Trabajadora Social Serrano Frago María de los Remedios y todos los Adultos Mayores del INAPAM por darme las facilidades de realizar mi investigación dentro del Centro comunitario Ignacio Zaragoza ubicado en Escuadrón 201 dentro de la delegación Iztapalapa.

La investigación se llevó a cabo bajo la dirección de la Mtra. Elsa Correa Muñoz. A la Mtra. Elsa Correa Muñoz, por su paciencia, tiempo, confianza y continuo apoyo para la dirección, asesoría y conclusión de ésta tesis.

A la Mtra. Rosa María Ostigüin Meléndez por creer y confiar en mí como profesionista, a la Lic. Gema Stiker Múgica quien siempre fue muy accesible durante mi estancia en la E.N.E.O.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez y a la Dra. Raquel Retana Ugalde, por compartir conmigo su amplia experiencia para enriquecer este trabajo y por su valiosa y siempre presta disposición para asesorarme en aspectos muy específicos en este proyecto.

A todos los integrantes de la Unidad de Investigación en Gerontología que en algún momento me apoyaron de manera desinteresada en el momento en que solicité su ayuda.

A mis nuevas amigas, “The Fantastic Five” de la Maestría Robledo Botello Dulce María, Villicaña López Maribel, Delgado Bonilla Cecilia y Matías Garduño Azucena a mis compañeros Arriaga Zepeda Ma. del Roció, Morales Torres Óscar.

A todos y cada uno de los asilados y trabajadores de Huehuetotl Yabin Casa de Asistencia para Ancianos A.C. por apoyarme y comprender el tiempo que me privé de estar con ellos para fines de mi investigación.

A Cesar Arenas Reyes, Yolanda María Almaguer Cárdenas y Sandra Leticia Hernández Jiménez estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, por su valiosa e inapreciable participación activa en ésta investigación, quienes trabajaron día a día en la valoración gerontológica del pretest y postest en la población de adultos mayores participantes en el estudio, brindándome un tiempo dentro de sus actividades académicas.

A mis amigas y compañeras de trabajo en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de la guardia especial E.E.P Verónica Martínez Losoyo, E.E.P. María Consuelo Tapia Guerra, E.G. Consuelo Amaya Espinoza, E.E.P María Reyna Suarez Contreras, E.G. Irma Ivonne Hernández Galván, E.G. Ma. Luisa Aguilar Galindo, E.G. Julia Martínez Morales, E.G. Gabriela Carrillo Olvera, E.G. Ma. Teresa Morales Hernández, E.G. Rosaysela Armenta Martínez, L.E. Alejandrina Jiménez Baños P., E.G. Ma. Guadalupe Trejo Santos, E.G. Arcelia Vázquez Lozano.

DEDICATORIAS

A mi madre Josefina, que desde donde quiera que este sé que siempre vigila mis pasos a pesar de que me ha hecho falta sus consejos y palabras de aliento en mis momentos de flaqueza.

A mi hermano Mario, a mis sobrinos Lolo, Luis, Casandra y Desiré, porque su existencia es el motor de mi vida y el motivo para buscar dar lo mejor de mi día con día.

A mi familia los cuales han creído en mí a pesar de los años, mis tíos y tías Manuel, Mary, Pelona, Victoria, Blanca, Ana, Cruz, Modesto Nicolasa, Tino. Mis primos y sobrinos que no menciono por no omitir a nadie.

Al amor de mi vida “Olaff”, por su constante motivación e incondicional apoyo y comprensión.

Y por último, a los adultos mayores participantes en este estudio, por su tiempo y por su gran muestra de interés para éste proyecto, porque juntos recorrimos un camino en la búsqueda de una mejor opción de vida.

ÍNDICE

RESUMEN	1
1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- JUSTIFICACIÓN	4
3.- MARCO TEÓRICO.	5
3.1 Envejecimiento	5
3.2 Proceso normal de envejecimiento.	6
3.3 Envejecimiento y funciones cognitivas.	7
3.4 Deterioro Cognitivo.	7
3.5 Memoria en el Adulto Mayor.	10
3.5.1 Memoria sensorial.	11
3.5.2 Memoria a corto plazo.	11
3.5.3 Memoria a largo plazo.	11
3.6 Calidad de vida en la vejez.	13
3.6.1 Enfoques teóricos de calidad de vida.	14
3.7 Programas para mejorar la memoria.	16
3.8 Enfermería y el cuidado.	17
3.9 Participación del profesional de enfermería en la implementación de programas de intervención para mejorar la memoria y calidad de vida en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve.	17
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5.- HIPÓTESIS	20
6.- OBJETIVO	21
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	22
7.1 Tipo de Estudio:	22
7.2 Universo de estudio:	22
7.3 Criterios de inclusión:	22
8.- VARIABLES.	23
8.1 Variable independiente.	23
8.2 Operacionalización de Variables.	23

9.- TÉCNICAS. -----	25
10.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO: -----	27
11.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES. -----	28
12.- RESULTADOS -----	29
13.- DISCUSIÓN -----	32
14.- CONCLUSIONES -----	35
15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	37
16.- ANEXOS -----	45

RESUMEN

Antecedentes: La aplicación de programas de estimulación para la memoria han sido considerados saludables, así mismo una vía para la promoción de la salud, la prevención y tratamiento en problemas de memoria por Deterioro Cognitivo Leve, los beneficios de la estimulación de memoria son innumerables, aunque estos no son inmediatos, es un proceso que se van dando progresivamente en la evocación de recuerdos, memoria a corto, mediano y largo plazo.

Objetivo. Evaluar la influencia de un programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Método: Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental en una población de 65 adultos mayores de 60 años, sin distinción de sexo, adscritos al Grupo Otoño del Instituto Nacional para el Adulto Mayor en Iztapalapa durante el periodo de Agosto de 2010 a Marzo de 2011. Asimismo se les aplicaron los siguientes instrumentos Mini Examen Mental de Folstein, Test de aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey, Calidad de vida de la OMS (WHOQoL) y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage para evaluar la función cognitiva y afectiva. Los datos fueron analizados a través de frecuencias, porcentajes, promedios \pm DE y como pruebas de comparación t pareada y X^2 con un 95% de confianza.

Resultados: En relación a la prueba de tamizaje para detección de deterioro cognitivo utilizando la escala de Mini mental de Folstein se encontró en la población estudiada que el 35 (54%) mostraron deterioro cognitivo leve, los cuales en relación al puntaje del Test de aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey, se encontró un valor significativamente mayor en el postest final en los adultos mayores después de la aplicación del programa de estimulación de memoria en comparación con el pretest (12.17 \pm 1.9 vs. 10.47 \pm 3.5, $p < 0.0001$). Respecto al puntaje obtenido en el instrumento WHOQoL, se observó que la percepción de calidad de vida mejoró considerablemente en el postest final en comparación con el pretest teniendo como resultados 100.97 \pm 10.44 vs. 93.31 \pm 12.99, $p < 0.0001$. Por último en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se observó un puntaje significativamente menor en el postest en comparación con la prueba inicial (8.29 \pm 4.26 vs. 10.20 \pm 6.8, $p < 0.0001$). En cuanto a los adultos mayores que no presentaron deterioro alguno que fueron el 30 (46%), obtuvieron como resultado en el Test de aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey, se encontró un valor significativamente mayor en el postest final en los adultos mayores después de la aplicación del programa de estimulación de memoria en comparación con el pretest (12.33 \pm 1.8 vs. 11.17 \pm 2.8, $p < 0.0001$). Respecto al puntaje obtenido en el instrumento WHOQoL, se observó que la percepción de calidad de vida mejoró considerablemente en el postest final en comparación con el pretest teniendo como resultados 103.17 \pm 101.9 vs. 95.0 \pm 8.94, $p < 0.0001$. Por último en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se observó un puntaje significativamente menor en el postest en comparación con la prueba inicial (6.0 \pm 2.95 vs. 6.93 \pm 4.5, $p < 0.0001$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los programas de intervención de enfermería para la estimulación de memoria tienen un impacto positivo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve ya que se observó un puntaje más alto en los niveles de memoria y calidad de vida.

ABSTRACT

Background: The application of stimulation programs for memory have been considered healthy, as well as an avenue for health promotion, prevention, treatment memory problems, Mild Cognitive Impairment, the benefits of stimulation of memory are countless, although these are not immediate, is a process that will gradually give the evocation of memories, memory, short, medium and long term.

Objective. To evaluate the influence of a nursing intervention program to improve memory and quality of life in older adults with mild cognitive impairment.

Methods: We conducted a quasi-experimental study in a population of 65 adults over 60 years, regardless of sex, autumn group attached to the National Institute for the Elderly in Iztapalapa during the period August 2010 to March 2011. They are also applied the following instruments Folstein Mini Mental Test, Test of Auditory-Verbal Learning King, Quality of life of the WHO (WHOQOL) and the Yesavage Geriatric Depression Scale to assess cognitive and affective function. Data were analyzed using frequencies, percentages, mean \pm SD and compared as paired t-tests and χ^2 with 95% confidence.

Results: Relative to the screening test to detect cognitive impairment using the Mini Mental Scale Folstein found in the study population to the 35 (54%) showed mild cognitive impairment, which in relation to learning test score Rey auditory-Verbal, we found a significantly higher in the post end in older adults after implementation of the stimulation of memory compared to the pretest (12.17 ± 1.9 vs. 10.47 ± 3.5 , $p < 0.0001$). Regarding the scores on the WHOQOL, we found that the perceived quality of life improved significantly in the final posttest compared with pretest results given as 100.97 ± 10.44 vs. 93.31 ± 12.99 , $p < 0.0001$. Finally on the Geriatric Depression Scale of Yesavage, we observed a significantly lower score in the posttest compared with the initial test (8.29 ± 4.26 vs. 10.20 ± 6.8 , $p < 0.0001$). As for older adults who did not show any deterioration which were the 30 (46%), obtained as a result on the Test of Auditory-Verbal Learning King, was found significantly higher in the post end in older adults after the implementation of the stimulation of memory compared to the pretest (12.33 ± 1.8 vs. 11.17 ± 2.8 , $p < 0.0001$). With regard to scores on the WHOQOL, we found that the perceived quality of life improved significantly in the final posttest pretest compared to having as results vs. 101.9 ± 103.17 . 95.0 ± 8.94 , $p < 0.0001$. Finally on the Geriatric Depression Scale of Yesavage, we observed a significantly lower score in the posttest compared with the initial test (6.0 ± 2.95 vs. 6.93 ± 4.5 , $p < 0.0001$).

Conclusions: Our results suggest that nursing intervention programs for stimulation of memory have a positive impact on older adults with mild cognitive impairment was observed as a higher score on the memory levels and quality of life.

1.- INTRODUCCIÓN

Actualmente los trastornos cognitivos constituyen un importante problema en los Adultos Mayores (AM) los cuales en ocasiones no son detectados a tiempo por los profesionales en salud y pueden tener un impacto significativo en su funcionalidad y calidad de vida. Con el envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento cognitivo los cuales se traducen en un déficit de memoria sobre todo en la memoria reciente, observándose cierto grado de lentificación psicomotora, un descenso en el tiempo de reacción simple y una alteración en el modo de resolver problemas. El déficit de memoria a corto plazo es muy frecuente en este grupo etáreo no obstante muchos ancianos mantienen su memoria a largo plazo. El deterioro cognitivo puede ser un signo o un resultado de muchos trastornos primarios diversos, como: la ansiedad, el delirio, la depresión y la demencia los cuales repercutirán en sus actividades de la vida diaria de ahí que es importante detectarlo en forma oportuna mediante instrumentos que existen en la actualidad y son de fácil aplicación. De ahí la importancia de la presente investigación para lo cual se estudió una población de 65 adultos mayores del Grupo Otoño del INAPAM en Iztapalapa; a los cuales se les aplicó escalas para valorar deterioro cognitivo, memoria, aprendizaje y calidad de vida. Así mismo se implementó un programa de intervención de enfermería, con la finalidad de estimular las funciones cognitivas de memoria, lenguaje, cálculo, orientación para fortalecer la memoria y evitar mayor grado de deterioro, posterior a la intervención se aplicó nuevamente, en dos ocasiones, los instrumentos para evaluar la influencia que tuvo el programa.

2.- JUSTIFICACIÓN

El deterioro cognitivo es un problema de salud que afecta a los adultos mayores y que tiene grandes repercusiones en su salud y funcionalidad. En la actualidad son pocos los estudios relacionados con la influencia que tienen los programas de intervención de enfermería para estimular y fortalecer la memoria, así mismo ha sido muy poco estudiado dentro del área de enfermería en nuestro país. Sin embargo se observa que poco a poco ha ido despertando el interés dentro de la disciplina.

El profesional de Enfermería juega un papel muy importante dentro del equipo de salud, tanto en la prevención y detección así como en la atención y cuidado integral en los adultos mayores.

De ahí la relevancia de la presente investigación, cuyos resultados nos permitirán extrapolar y difundir como influyen estos programas de intervención en el fortalecimiento de la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, para las futuras generaciones de enfermería.

Por otro lado es importante señalar que en nuestro país el estudio de la vejez es reciente, comparado con países industrializados en donde se tienen grandes avances en investigaciones al respecto.

Por otra parte debemos tener en cuenta que la población adulta mayor es un grupo que crece aceleradamente en nuestro país, por lo cual es necesario diseñar modelos de atención acorde a las necesidades de salud.

3.- MARCO TEÓRICO.

3.1 Envejecimiento

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que apareció en las naciones desarrolladas y que está teniendo una fuerte tendencia en los países en desarrollo como México.¹ El envejecimiento representa un gran desafío para los gobiernos por las múltiples implicaciones que trae consigo y más aún porque muchos de estos carecen de políticas integrales sobre el envejecimiento, lo que dificulta aún más este proceso.²

Al respecto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó en el año 2002, que el 10% de la población mundial era representado por personas mayores de 60 años (629 millones), así mismo, se tiene proyectado que ésta cifra se incrementará a 2000 millones para el año 2050, lo que representará el 20% de la población mundial y para el año 2150 uno de cada tres personas en el mundo serán mayores de 60 años, de igual manera, la ONU reportó que en el año 2002 había en el mundo 210 000 individuos mayores de 100 años y se estima que para el 2050 la cifra se incrementará 15 veces, ascendiendo a 32 millones la población de centenarios en el mundo.¹⁻³

Desde el punto de vista biológico: El envejecimiento se define como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución de la respuesta homeostática debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que se enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.⁴ En este sentido, los humanos envejecen de manera indistinta y la edad cronológica no siempre es representativa a la edad biológica.

Durante el envejecimiento se ve alterada la homeostasis, es decir, el proceso adaptativo del organismo; sin embargo, se logra mantener el equilibrio gracias a la alostasis, la cual es un mecanismo biológico que permite a un individuo mitigar o a contrarrestar los retos ambientales a los que se ve expuesto.⁵ Es importante señalar que la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varios factores, biológicos, psicológicos y ecológicos pero sobre todo, factores históricos y socio-culturales, otro factor importante es la manera en que el sujeto se adapta y enfrenta su propio envejecimiento⁶.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto para todos los países.⁶ Las tendencias de este incremento tienen diversas manifestaciones, que plantean problemas de salud como son: el aumento de los índices por enfermedades crónico-degenerativas y de incapacidades. El acelerado incremento de personas de 85 y más años de edad y el predominio de mujeres en edades avanzadas, más allá de ser un fenómeno demográfico, representan un gran desafío para los políticos y las autoridades en salud, ya que son las personas las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas

adecuadas para responder a las nuevas demandas de esperanza de vida para no verse contrarrestada por una mayor discapacidad, aunado a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.⁶⁻⁷ Ya que debido a la esperanza de vida se incrementa la aparición de enfermedad crónica degenerativa dentro del proceso de envejecimiento las cuales son las primeras causas de muerte en nuestro país y a nivel mundial.^{7,8}

3.2 Proceso normal de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra, mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, es un proceso universal que ocurre en todas las especies, se caracteriza por ser individualizado⁹, lo que significa, que no todos envejecemos al mismo ritmo, va a depender de factores intrínsecos y extrínsecos y desgaste del propio organismo a lo largo de la historia del individuo dado por un ambiente determinado^{10,11}, por lo que se puede aseverar que aunque dicho proceso ocurre en todos los humanos, existe la posibilidad de identificar factores que enlentezcan el deterioro biopsicosocial para que el envejecimiento curse con una mejor calidad de vida. Durante el proceso normal de envejecimiento ocurren cambios, estructurales y funcionales en aparatos y sistemas con sus respuestas clínicas que se traducen en un déficit funcional, mental y social,^{12,13,14} que repercuten sobre la calidad de vida del adulto mayor, cambios que se relacionan con los estilos de vida y éstos, a su vez, con el estado de salud de los diferentes órganos y sistemas, uno de los sistemas en los que se evidencian y son más notorios estos cambios son a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), ocasionando alteraciones estructurales y/o bioquímicas, provocando en consecuencia el deterioro o declive de las funciones cognitivas por neurodegeneración¹⁵. Para hablar sobre declive cognitivo, es necesario definir cognición, cuyo concepto se define como los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente (el estímulo) y la propia conducta observable desde el exterior (la respuesta)¹⁶. Estos procesos abarcan la percepción del ambiente; la capacidad para recordar, razonar, y pensar todo lo percibido; la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Por lo tanto, la función cognitiva es esencial para que el anciano sea capaz de tomar cierto sentido del ambiente circundante y de responder de forma apropiada para satisfacer las necesidades diarias. La función cognitiva no se ve necesariamente afectada en una gran extensión por los cambios fisiológicos normales que aparecen con el envejecimiento; sin embargo, es común que las personas ancianas sufran diversos cambios cognitivos que afectan las funciones intelectuales que repercuten en las actividades de la vida diaria y que van a influir de manera determinante en la funcionalidad mental y calidad de vida de los adultos mayores.¹⁷, Entre los cambios que se han observado están: dificultad para la memoria reciente, cierto grado de lentificación psicomotora, un descenso en el tiempo de reacción simple y una alteración en el modo de resolver problemas. El déficit de memoria asociada con el envejecimiento normal está relacionado con la memoria a corto plazo. No obstante muchos ancianos mantienen su memoria a largo plazo. El deterioro cognitivo puede ser un signo o un resultado de muchos trastornos primarios diversos, como: la ansiedad, el delirio, la depresión y la demencia¹⁸.

3.3 Envejecimiento y funciones cognitivas.

Es importante señalar que con el incremento de la edad se producen cambios no sólo biopsicosociales sino de personalidad, emocional y cognitivos que interfieren con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, laborales y sociales del individuo.^{19,20,21,22} Las funciones cognitivas (atención, orientación, percepción, fijación, memoria, etc.) que establecen procesos por los que el individuo recibe, almacena y utiliza la información de la realidad y de sí mismo, estos afectarán al conjunto de procesos, funciones y capacidades psicológicas fundamentales para nuestra vida. Para que el anciano sea funcional, los procesos cognitivos deben operar todos a un nivel efectivo. La función cognitiva requiere, que tanto los órganos de la percepción como el propio encéfalo estén sanos.

Hasta hace poco tiempo las modificaciones en las funciones cognitivas se asociaban a un proceso de deterioro irreversible, que hoy se ha desechado gracias a los avances en el conocimiento y a la existencia de diferentes técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar y modificar estos procesos^{23,24}.

Se sabe que, las personas mayores, presentan un cierto declive en algunas funciones relacionadas con el rendimiento intelectual, acentuándose con la edad, aunque cabe señalar que esto no es generalizado, ya que un importante porcentaje de sujetos no sufre afección alguna. No obstante, sabemos que ciertos elementos moduladores personales, socioeconómicos y educativos influyen en el funcionamiento intelectual de la vejez, así como la salud en general.²⁵ Este funcionamiento intelectual, también conocido como inteligencia la podemos dividir en dos para facilitar su comprensión, la inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.

Inteligencia fluida, es la que está directamente relacionada con los aspectos biológicos, en la que se incluyen capacidades como adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación, razonamiento inductivo, etc., que reflejan nuestra capacidad instantánea de razonamiento, independientemente de la experiencia. Es decir, es innata en los individuos²⁶.

Inteligencia cristalizada, formada por actitudes como vocabulario, información general, razonamiento constructivo, conocimientos generales, etc., que no decaen con la edad, sino que incluso algunas se incrementan a lo largo de los años, adquiridas con el aprendizaje y la experiencia. Por lo contrario, existen capacidades de reserva que pueden ser activadas durante la vejez y que permiten compensar, e incluso prevenir el deterioro cognitivo leve^{12,25}.

3.4 Deterioro Cognitivo.

El adulto mayor además de presentar cambios por el proceso normal de envejecimiento puede verse afectado por padecimientos crónicos degenerativos, como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva

que ocasionan daño a tejidos y sistemas del cuerpo humano, con el paso de los años, originando complicaciones que pueden afectar los ojos, los riñones, las extremidades; existen otras complicaciones que repercuten a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) las enfermedades cerebro-vasculares, de las cuales en México poco se ha investigado, éste tipo de complicaciones, ocasionan alteraciones estructurales y/o bioquímicas en los vasos sanguíneos cerebrales, provocando en consecuencia el deterioro o decline de las funciones cognitivas²⁷, las cuales se definen como los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente (el estímulo) y la propia conducta observable desde el exterior (la respuesta).^{28,29} Estos procesos abarcan la percepción del ambiente; la capacidad para recordar lo que se percibió, para razonar y pensar sobre lo que se ha percibido; la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.

Los síntomas de deterioro cognitivo leve varían de persona a persona, al principio pueden no distinguirse de los síntomas de olvido que ocurren en casos de depresión, ansiedad y en el envejecimiento cerebral normal. Debe interrogarse minuciosamente sobre todo en relación a dificultades para recordar eventos recientes, y para la ejecución de actividades de la vida cotidiana (preparar alimentos, llenar formas de trabajo, cheques, manejo del dinero, etc.).

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 60 años, mientras que las demencias afectan del 5 al 10 % de esta población²⁶.

El incremento de la expectativa de vida en la población ha ocasionado un aumento de las enfermedades que aparecen en edades avanzadas y resulta de gran importancia investigar aquellas que causan incapacidad física y se asocian con deterioro intelectual, por afectar directamente la calidad de vida del paciente³⁰.

Un aspecto que frecuentemente contribuye al déficit intelectual de las personas de edad, es el hecho de vivir apartadas de la sociedad. En la senectud aunque ya muchos no tienen responsabilidades directas y pueden socializar, se reducen las oportunidades de charlar con la gente que aún lleva una vida activa. El anciano va así aislándose del mundo exterior y se confina entre las cuatro paredes de su hogar, con lo cual sus conversaciones se reducen a las molestias de su salud y a aspectos muy puntuales o bien del pasado, que repiten constantemente^{31, 32}.

Para precisar la magnitud del déficit cognitivo, el diagnóstico evidentemente es clínico. La historia clínica debe ser relevante y primordial para evaluar alteraciones en la capacidad intelectual, en especial la memoria y la capacidad para el desempeño de las actividades cotidianas en el hogar, laborales y sociales, incluyendo una exploración física y neurológica completa con aplicación de escalas de evaluación cognoscitiva como el Mini mental de Folstein³³⁻³⁷ y en función de ello confirmar o descartar la presencia de deterioro cognitivo, se llevan a cabo exámenes específicos que cuantifican las funciones mentales, denominados "exámenes neuropsicológicos" o "pruebas o tests psicométricos". Los hay de distinta

complejidad, desde pruebas simples hasta tests que requieren varias sesiones para completarse. También varían en su orientación y objetivo, ya que hay pruebas diseñadas para el diagnóstico del deterioro en general, para el lenguaje, orientadas a la memoria ya que de un 10 a 15% de pacientes de este grupo evolucionan anualmente a la demencia^{26,38}.

Los trastornos cognitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud. En el ámbito nacional, los trabajos realizados con respecto al deterioro cognitivo en viejos han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 4,2 a 19,6 %³⁹⁻⁴¹. El deterioro cognitivo constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia.⁴²

En Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 6%: Uruguay (4.03%), Chile (5.96%) y Brasil (3.42%)^{43,44}. En la población mexicana se espera un aumento significativo de casos de demencia en adultos mayores. Actualmente se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas.⁴⁵ Son pocos los reportes científicos sobre la prevalencia de la demencia en la población mexicana. Sin embargo, en un estudio realizado en una comunidad de Jalisco,⁴⁶ reportó una prevalencia del 3.3% por mil habitantes.

Con respecto a la prevalencia sobre deterioro cognitivo y los factores asociados, estudios llevados a cabo, como el realizado por Mejía-Arango et al. en México en ancianos de 65 años y más, tomando en cuenta dos variables dependientes de deterioro cognoscitivo más dependencia, determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo sin dependencia funcional fue de 7.1% sin obtener diferencias significativas por edad, género, escolaridad y estado civil, no obstante, la prevalencia de deterioro cognitivo más dependencia funcional fue de 3.3%, mostrando diferencias por género y edad, ya que la probabilidad de padecer deterioro cognitivo era mayor en el género femenino y aumenta con la edad.⁴⁷

Algunos estudios han investigado la relación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo, no obstante, otros más se han enfocado a su relación con padecimientos crónicos-degenerativos⁴⁸. El deterioro cognitivo relacionado con enfermedades crónicas, afecta profundamente la calidad de vida del paciente y sus familiares, desafiando a médicos, instituciones de salud y a las organizaciones de salud pública⁴⁹, ya que presenta una alta frecuencia en el adulto mayor. Incluso, algunas investigaciones han demostrado que la frecuencia del deterioro cognitivo es aún mayor cuando se es viejo y se tiene Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial, o incluso ambas patologías⁵⁰. El estudio de las funciones cognitivas en la Diabetes Mellitus se remonta al año 1922 con Miles y Root, quienes demostraron que las personas con diabetes tenían un desempeño deficiente en pruebas de memoria, aritmética y eficacia psicomotora, en comparación con personas sin la enfermedad. Investigaciones más recientes muestran también una asociación directa entre la Diabetes Mellitus y disfunción cognitiva predominantemente en memoria y aprendizaje⁵¹.

3.5 Memoria en el Adulto Mayor.

La memoria es una de las principales funciones del cerebro y su objetivo es recoger y almacenar la información proveniente del mundo externo, para evocarla cuando sea necesario. El sustrato de la memoria es un sistema funcional, en el cual participan diversas áreas cerebrales, cada una de las cuales hace una contribución relativamente específica a la función normal. A modo de ejemplo podemos decir que el hipocampo (en la cara interna de los lóbulos temporales) es fundamental para conservar la información de lo que sucede en ese momento; que el lóbulo temporal izquierdo es importante para la memoria verbal y el derecho para la memoria visuoespacial; que las áreas pre-frontales son importantes para establecer estrategias de memorización o de evocación; que en el lóbulo parietal izquierdo se almacenan habilidades motoras adquiridas.⁵²

Al decir que las áreas pre-frontales son importantes para establecer las estrategias de memorización nos referimos a que la memoria no es un registro pasivo de lo que sucede a nuestro alrededor sino que un proceso activo, en el cual la persona decide qué desea recordar, a qué dirigir su atención para conservarla. Algo similar sucede al evocar, uno se acuerda mejor de lo que le interesa, y la organización de los recuerdos depende de los propósitos del momento⁵³, cuando no sucede esto, se dice que se incrementa la tasa de olvidos, que se reduce la capacidad para adquirir y retener información, iniciándose estas dificultades hacia la quinta década de la vida, además de que progresan lentamente. Algunos autores señalan que la memoria reciente es la que presenta mayores alteraciones y la que se encuentra mayormente conservada es la memoria a largo plazo la cual está relacionada con aspectos de carácter emocional.⁵⁴

Es importante señalar, que los cambios que se presentan en la memoria no sólo dependen de la edad o de los cambios estructurales del cerebro (disminución en el número de neuronas, de producción de neurotransmisores, lentificación en el impulso sináptico, etc.), sino dependen de otros factores orgánicos, de factores psicológicos, sociales y culturales, del nivel educativo, entre otros., los cuales pueden afectar los resultados en la ejecución de algunas de las tareas que se solicitan en pruebas de diagnóstico neuropsicológicas.⁵⁵

A continuación se describen los diferentes tipos de memoria, retomando además los procesos de atención, velocidad y estrategias de procesamiento de la información, debido a que estos se encuentran íntimamente relacionados con la memoria. Primero podemos destacar la memoria declarativa y la procedural (conciencia cognitiva). La primera es la memoria sobre las cuales podemos ser interrogados verbalmente, incluye la memoria episódica y la semántica. La episódica se refiere a recordar sucesos precisos en el tiempo y el espacio, propios de cada individuo: qué hizo el miércoles a mediodía, cuáles son las palabras que repitió hace un par de minutos. La memoria semántica es cultural, se refiere a conceptos que se han ido enriqueciendo con la experiencia: qué es el genoma humano. La memoria procedural, en cambio, se refiere a la adquisición paulatina de habilidades: aprender a manejar un auto, a reconocer diversos tipos de flores, a vestirse o usar la gramática. Estas habilidades no pueden ser interrogadas, para comprobar que las ha

adquirido es necesario demostrarlo^{12,53}. Segundo, podemos subdividirla o desglosarla para su mejor comprensión.

3.5.1 Memoria sensorial.

La memoria sensorial almacena de manera breve la información que proviene del entorno. Es específica para cada sentido, por ejemplo la memoria icónica almacena la información visual (iconos), la memoria ecoica, almacena la información auditiva (ecos), se dice que es el estadio inicial del procesamiento de información, se mantiene un breve periodo de tiempo, de forma que se pueda reconocer dicha información para su procesamiento posterior⁵⁶

3.5.2 Memoria a corto plazo.

En esta memoria se mantiene una cantidad pequeña de información, se divide en memoria primaria y memoria de trabajo. La memoria primaria es aquella que se mantiene de forma pasiva en la conciencia y la cantidad de información que se mantiene es pequeña y breve (ej. un número telefónico). La memoria de trabajo es la información que de alguna manera se manipula o codifica empleando una estrategia de asociación para recordarla más tarde; de manera general la información que se procesa en la memoria a corto plazo es de tipo verbal y visual. En la memoria de trabajo, se procesa la información de forma que se pueda almacenar de manera permanente en la memoria a largo plazo, que implica procesos de organización, nemotecnia y procesamiento en profundidad. Este tipo de memoria se utiliza para la resolución de problemas y toma de decisiones.⁵⁶

3.5.3 Memoria a largo plazo.

La memoria a largo plazo puede almacenar gran cantidad de información durante periodos de tiempo muy largos. Este tipo de memoria se subdivide en: episódica, semántica, procedimental y prospectiva.

La memoria episódica consiste en recordar momentos o lugares concretos, lo que se realizó en un día en particular, o cuando se debe de realizar alguna actividad (recordar el horario para tomarse los medicamentos, por ejemplo), también hechos que forman parte de la experiencia personal y que son activamente recuperados utilizando información contextual sobre cómo y cuándo ocurrieron.

La memoria semántica implica recordar conocimientos obtenidos previamente sobre el mundo, organizado y acumulado conceptualmente, relacionado con el lenguaje y con la memoria cristalizada, ejemplo de ello es el significado de palabras.

La memoria procedimental se relaciona con aprendizajes de habilidades y acciones a menudo se relaciona con conductas automáticas como caminar, es decir, destrezas que una vez aprendidas no requieren esfuerzo consciente para ser recuperadas. Teniendo que ver con acciones que se realizaran en el futuro (recordar llevar la ropa a la lavandería).⁵⁶

La memoria no se pierde al llegar la vejez, sino que empieza a verse alterada a partir de los 40-50 años, pero los adultos mayores refieren ir la perdiendo, debido al problema que tienen para recordar nombres y realizar tareas.

En el envejecimiento normal existe una discreta disminución de la memoria episódica y de la velocidad de reacción. En el Deterioro Cognitivo Leve existe una pérdida significativa de la memoria y a veces de otras capacidades, sin que llegue al grado necesario para hablar de demencia como sucede en la enfermedad de Alzheimer. En algunos casos la causa de este deterioro sería un trastorno emocional, reversible con el tratamiento adecuado; otras veces puede deberse a un conjunto de fármacos o de alcohol; otras veces puede tratarse de una enfermedad de Alzheimer en etapa inicial¹⁸ o algunas enfermedades crónicas o con trastornos hormonales, con la deficiencia de alguna vitamina, con alteraciones de la circulación cerebral, con la ingesta de medicamentos, así como con la desnutrición. Existen de igual forma factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión, la falta de sueño. Dentro de los factores de carácter social se pueden enunciar a la jubilación, a la reducción de actividad social⁵⁷, causando en ocasiones depresión.

Debemos destacar que la depresión puede inhibir funciones tales como la atención y la memoria, hasta llegar a constituir las llamadas "seudo demencias". El diagnóstico de estas afecciones es muy importante porque el tratamiento puede lograr una mejoría total.⁵⁸

Los problemas relacionados con la memoria provocan en las personas mayores sentimientos de pérdida de control sobre el medio y el propio comportamiento, atribuyéndolos frecuentemente a la edad. Este tipo de atribución provoca, a su vez, un peor resultado en la ejecución de tareas relacionadas con la memoria, con lo cual se produce un círculo vicioso que no siempre es fácil de romper. No obstante, como se ha comentado anteriormente, existen determinadas variables individuales, ambientales y de la propia tarea que influyen directamente en su ejecución, por lo que una vez más es necesario no hacer excesivas generalizaciones en ésta como en otras áreas del funcionamiento intelectual.²³

Debemos tener en cuenta que los aspectos motores están condicionados, en parte, por los procesos psicológicos; mantener funcionales estos procesos supone mantener en gran medida funcional la motricidad del sujeto.

Los datos históricos, antropológicos y, particularmente, los estudios psicológicos, muestran que los ancianos pueden mantener sus capacidades psicológicas a un buen nivel si no dejan de estimularlas a través de programas o actividades que incidan sobre algunos de los factores anteriores, se puede modificar de manera positiva la memoria ya sea mejorándola o

manteniéndola.⁵⁹ Asimismo, las células cerebrales tienen la capacidad de modificar su función y adaptarse a los cambios que se generan con el envejecimiento de manera temporal o permanente, ya que ciertas neuronas tienen la capacidad de realizar funciones diferentes para las que inicialmente estaban concebidas, a lo que se le ha llamado plasticidad cerebral.⁶⁰

Pero la situación normal de aislamiento del anciano en nuestras sociedades provoca que este estímulo disminuya lo cual deteriora gravemente las funciones psicológicas repercutiendo en su calidad de vida.⁶¹

3.6 Calidad de vida en la vejez.

La calidad de vida, es un concepto holístico, es decir, incluye todos los aspectos de la vida que están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales, existiendo por tanto interdependencia entre ellos.

Cabe señalar que la calidad de vida es un concepto que no tiene un consenso en cuanto a su definición, debido a que es definida y utilizada en diferentes ámbitos.

La expresión “calidad de vida” empieza a utilizarse en debates públicos referentes al medio ambiente y a las condiciones de la vida urbana, durante la década de los 50 y 60, despierta gran interés por conocer el bienestar humano y las consecuencias o el impacto de la industrialización en la sociedad, por ello surge la necesidad de contar con indicadores para hacer mediciones objetivas. Desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos que permitieron medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, haciendo, en un primer momento, referencia a las condiciones objetivas, de tipo económico y social, y en un segundo momento contempla elementos subjetivos.⁶²

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la calidad de vida, como un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.⁶³

Velarde-Jurado señala que cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.⁶⁴

En los últimos 10 años las investigaciones de calidad de vida, han ido aumentando progresivamente en diferentes campos tanto profesionales como científicos y se han

centrado en aspectos de diagnóstico, tratamiento y calidad de atención. Ejemplo de ello, es en las ciencias de la salud, en donde el concepto es empleado como un modo para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento o intervención, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social, y se enfoca fundamentalmente en la mejora de la calidad de vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, S.I.D.A, asma y esclerosis múltiple, entre otras.⁶²

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. También, se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.⁶²

Por otro lado, los estudios sobre vejez y calidad de vida han prestado especial atención en investigar la influencia de tratamientos en enfermedades crónicas degenerativas y de otros factores como la hospitalización prolongada, en los niveles de calidad de vida.

Desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. Y al verse afectada, repercute en el trabajo, autonomía, relaciones sociales ocio, etc.⁶⁵

Es importante mencionar que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidades, varía de persona a persona. Así tendremos que dos personas con “aparentemente” el mismo estado de salud tendrán percepciones distintas de su calidad de vida.⁶⁴

Es importante señalar que, cuando un adulto mayor presenta limitaciones físicas son indicadores importantes para determinar los niveles de calidad de vida.⁶⁶

La salud en cada una de las esferas que componen al individuo es un elemento fundamental para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida o disminución altera el funcionamiento cotidiano de quien presenta dicha situación, y que compromete su calidad de vida.⁶⁵

3.6.1 Enfoques teóricos de calidad de vida.

Existen diferentes enfoque teóricos que hacen referencia a la calidad de vida, entre ellos está la considerada por Diener, quien ha destacado los aspectos subjetivos y personales, como es la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos. La teoría de arriba-abajo y

abajo-arriba, considera que la persona reflexiona sobre las situaciones satisfactorias e insatisfactorias de acuerdo a su situación. Por lo que no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta.

La teoría teológica o finalista, reconoce el bienestar subjetivo al cumplir las metas propuestas, toma en cuenta que no todas las metas producirán bienestar, pero planear el futuro, reduce la ansiedad que este conlleva y mejora la calidad de vida y con ello el bienestar.⁶⁷

Existe un tercer enfoque que es el de las teorías cognitivas, en donde las personas realizan comparaciones con la sociedad (con otras personas o grupos). En cuanto a la subjetividad se plantea que la persona realiza una elaboración de acuerdo a cómo construye el mundo, de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades “mejores” o “peores”, dependiendo de su propia concepción de la realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Y a partir de dicha comparación la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida. Sin embargo, una limitante de dicha teoría es que si las personas con las cuales realiza la comparación no poseen o no se encuentran bien, imposibilita a quien realiza la comparación, para lograr un bienestar subjetivo.

El enfoque multidimensional hace referencia a que el concepto de calidad de vida incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción que ésta experimenta y otros), como socio-ambientales o condiciones de vida (redes de apoyo, servicios sociales y otros).⁶⁸

Como se ha mencionado anteriormente la calidad de vida es multifactorial y se compone por tres dimensiones, las cuales son: física, que hace referencia a la percepción del estado físico o de salud, de síntomas de alguna enfermedad y efectos adversos de algún tratamiento. La segunda dimensión es la psicológica siendo la percepción del estado cognitivo y afectivo (miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro) incluyendo además creencias personales, espirituales y religiosas. Por último la dimensión social, conformada por la percepción de las relaciones interpersonales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, tipo de relaciones y desempeño en actividades (laborales mayormente).

Debido a que el desgaste físico, el funcionamiento biológico, la estructura psicológica y la esfera social del individuo, se interrelacionan, es decir, que una esfera ejerce influencia en otra y repercuten en la funcionalidad (física, mental y social), se parte del supuesto de que la percepción que tengan de su autoestima y calidad de vida las personas viejas se verá influida por la funcionalidad específicamente por la física.

Finalmente podemos señalar que el deterioro cognitivo tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor, lo cual va a repercutir de manera importante en su calidad de vida de ahí la importancia de establecer un diagnóstico oportuno para poder

implementar programas preventivos para la estimulación de la memoria y evitar un mayor deterioro el cual podría evolucionar a estados de demencia.

Los estudios realizados sobre la efectividad de los programas de intervención para mejorar la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve son escasos en nuestro país y los que se han realizado no han sido del todo concluyentes, de ahí la relevancia de la presente investigación. Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permitirán contribuir para el diseño de programas de intervención de enfermería basados en la evidencia científica, que permitan implementar intervenciones dirigidas a mejorar las funciones cognitivas y estado afectivo de los adultos mayores.

3.7 Programas para mejorar la memoria.

La implementación de programas para estimulación de memoria en personas de la tercera edad es algo que siempre se ha planteado pero la realidad que hay muy poco estudiado al respecto. El beneficio de los programas de estimulación de memoria son innumerables, aunque esto no es inmediato, es un proceso que se va dando paulatinamente en el cerebro; estos beneficios se deben primordialmente a la estimulación cerebral lo que se refleja en la función neuronal⁶⁹, lo cual repercute de forma favorable en mejorar la memoria y por ende la calidad de vida.

Los programas de estimulación son estrategias que fortalecen la memoria a corto y largo plazo. Debido al aumento del vigor mental al tiempo de reacción y la conservación y/o fortalecimiento de la memoria y la agilidad mental, así como en la potenciación de la creatividad e imaginación. En las personas mayores de 60 años es frecuente que ocurra un decremento del flujo arterial cerebral, acentuado cuando padecen alguna patología crónica por disminución del aporte de oxígeno y glucosa considerada como factor energético por excelencia para mantener un óptimo funcionamiento cerebral. La insuficiencia de oxígeno y glucosa cerebrales dificulta la síntesis de algunos neurotransmisores, como la dopamina y produce un decremento en la producción de catecolaminas (epinefrinas y norepinefrina), responsables de regular los estados de sueño y vigilia, además de controlar los estados de ánimo^{69,70}. Los programas de estimulación de memoria, si bien es cierto no son un tratamiento definitivo para los problemas de deterioro cognitivo leve o las alteraciones de tipo emocional comunes en el adulto mayor, si nos permiten *retardar su instalación o frenar su evolución* al inducir una mejor estimulación al cerebro, lo que facilita la recuperación funcional de algunas de sus neuronas mediante incremento en la producción de catecolaminas, así como de las enzimas que facilitan la acción de los neurotransmisores. De la misma forma, el programa de estimulación al dar la sensación de beneficio favorece la producción de endorfinas, sustancias estimulantes que inducen una mejor percepción del estado de salud, lo cual mejora el aspecto afectivo de la persona que lo practica, mejorando sus estado de ánimo, su autoestima y por ende su calidad de vida.^{71,72} Recientemente, ha acumulado pruebas convincentes de que la actividad física y el ejercicio regular pueden reducir la depresión, el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento.^{73,74,75}

3.8 Enfermería y el cuidado.

La enfermería ha evolucionado y en la actualidad para su práctica se requiere más que vocación y buena voluntad, se requiere de un alto profesionalismo, humanismo y conocimientos científicos que permitan brindar una atención especializada. De ahí el interés de hacer una reflexión y una revisión acerca del cuidado, la naturaleza del mismo y la importancia que tiene para la profesión de enfermería y para las personas a las cuales se dirige.

La esencia de la enfermería es el CUIDADO, al cual podemos definir como, las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas⁷⁶. El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud⁷⁷.

Los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de la enfermería como disciplina profesional⁷⁸. El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como son: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Con frecuencia el cuidado pasa desapercibido o es invisible como lo señala Colliere, el hecho de cuidar o preocuparse de alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles; sin embargo, estas son fundamentales para la persona que vive una experiencia de salud- enfermedad. La práctica de la enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.

3.9 Participación del profesional de enfermería en la implementación de programas de intervención para mejorar la memoria y calidad de vida en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Enfermería como parte del equipo multidisciplinario juega un papel fundamental en la atención integral del adulto mayor (AM). Está demostrado que dentro de los problemas que más afectan al AM son los de memoria y deterioro cognitivo de ahí la importancia de que el profesional de enfermería que es quien pasa el mayor tiempo con los pacientes, detecte en forma eficaz y oportuna éste tipo de problemas para lo cual es necesario que realice una

valoración gerontológica integral y que con base a las necesidades detectadas implemente programas de intervención, los cuales trasciendan e impacten en la familia y el adulto mayor lo cual se reflejará en su economía y calidad de vida.⁷⁹

El programa de intervención de enfermería que se aplicó en la población de estudio para mejorar la memoria y calidad de vida, está conformado por veinte sesiones.

Es importante señalar que el aumento de la esperanza de vida en nuestro país ha hecho evidente la necesidad en los profesionistas en el área de salud el buscar nuevas formas de intervenir en el área psicológica vinculada a la productividad y calidad de vida de la persona. De ahí que enfermería puede ser una pieza fundamental dentro del cuidado enfermero en la estimulación cognitiva del adulto mayor como parte del que hacer de enfermería.

En México existen pocos estudios que evidencien la influencia que tiene los programas de estimulación cognitiva para mejorar la memoria y la calidad de vida en adultos mayores así, como la importancia de la participación del profesional de enfermería en dichos programas, de ahí la relevancia de la presente investigación.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el proceso normal del envejecimiento existen cambios que repercuten sobre la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor, cambios que se relacionan con el estilo de vida y éste, a su vez, con el estado de salud a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), ocasionando alteraciones estructurales y/o bioquímicas, provocando en consecuencia el deterioro o declive de las funciones cognitivas¹²⁻¹⁶. Para hablar sobre declive cognitivo, es necesario definir cognición, cuyo concepto se define como los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente (el estímulo) y la propia conducta observable desde el exterior (la respuesta). Estos procesos abarcan la percepción del ambiente; la capacidad para recordar lo que se percibió, para razonar y pensar sobre lo que se ha percibido; la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Por lo tanto, la función cognitiva es esencial para que el anciano sea capaz de tomar cierto sentido del ambiente circundante y de responder de forma apropiada para satisfacer las necesidades diarias. La función cognitiva no se ve necesariamente afectada en una gran extensión por los cambios fisiológicos normales que aparecen con el envejecimiento; sin embargo, es común que las personas ancianas sufran diversos cambios cognitivos que repercuten en las actividades de la vida diaria, entre ellos cierta dificultad para la memoria reciente, cierto grado de lentificación psicomotora, un descenso en el tiempo de reacción simple, y una alteración en el modo de resolver problemas.¹⁹⁻²² El déficit de memoria asociada con el envejecimiento normal está relacionada con la memoria a corto plazo. No obstante muchos ancianos mantienen su memoria a largo plazo⁵⁶. El deterioro cognitivo puede ser un signo o un resultado de muchos trastornos primarios diversos, como: la ansiedad, el delirio, la depresión y la demencia^{57,58} de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno e implementar programas de intervención preventivos, en México son escasos los estudios sobre la influencia de programas de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.^{69,70}

De ahí la relevancia de la presente investigación, para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo influye un Programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve?

5.- HIPÓTESIS

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura en donde se demuestra la eficacia de los programas de intervención de enfermería como instrumento para ayudar a mejorar los problemas de salud, suponemos que el implementar un programa de intervención de enfermería para estimular la memoria tendrá un impacto positivo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, para mejorar la memoria y calidad de vida.

6.- OBJETIVO

Evaluar la influencia de un programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudio:

Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental

7.2 Universo de estudio:

Se estudiaron 65 adultos mayores de 60 años y más, del Grupo Otoño del INAPAM en Iztapalapa del periodo Agosto 2010 - Marzo 2011.

A los cuales se les aplicó un examen pretest, después se les realizó una intervención a través de un programa de estimulación de memoria y dos exámenes posttest, previa firma de consentimiento informado.

7.3 Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 60 años y más.

Sin distinción de sexo.

Adultos mayores que no presentaran problemas cerebro-vasculares.

Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve.

.

Criterio de exclusión:

Adultos mayores que no quieran participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

Adultos mayores que presenten durante el estudio alguna patología cerebro vascular.

Adultos mayores que no acudan a todas las sesiones del programa.

8.- VARIABLES.

8.1 Variable independiente.

Programa de intervención de enfermería
Deterioro cognitivo leve

Variable dependiente.

Memoria
Calidad de vida

Variables intervinientes

Edad
Sexo
Estado civil
Escolaridad
Depresión

8.2 Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN.	CATEGORÍA DE MEDICIÓN.
<i>Programa de intervención de enfermería</i>	Herramienta fundamental para planear y organizar acciones específicas de enfermería en el cuidado integral del paciente	Cualitativa nominal.	Si intervención No intervención
<i>Deterioro Cognitivo</i>	El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta.	Cualitativa Ordinal	Leve Moderado Severo

Memoria	Es la función cerebral resultado de conexiones sinápticas entre neuronas mediante la que el ser humano puede retener experiencias pasadas.	Cualitativa nominal	Test de Rey. Memoria saludable Déficit de memoria
Calidad de vida:	Término multidimensional, objetivo y subjetivo que refiere el grado de satisfacción y bienestar en la vida del sujeto.	Cualitativa ordinal.	Mala Promedio Alta
Edad	Edad que refiere el sujeto al momento del interrogatorio	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del individuo.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Estado Civil	Condición social en el momento de la entrevista	Cualitativa nominal	Viudo Casado Divorciado Soltero Unión libre.
Escolaridad:	Nivel de instrucción formal.	Cualitativa nominal.	Sin instrucción. Primaria. Secundaria. Bachillerato. carrera técnica. Licenciatura Profesional.
Depresión	Estado anímico determinado por factores bioquímicos y psicosociales, evaluado a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)	Cualitativa Nominal	Normal (EDG ≤10) Probable depresión (≥11)

9.- TÉCNICAS.

Para éste estudio se conformó un grupo con 65 adultos mayores a los cuales se le aplicó un examen pretest, se le hizo una intervención a través de un programa de estimulación de memoria y dos exámenes posttest.

Así mismo se les aplicaron los siguientes instrumentos:

a) Mini Examen Mental de Folstein: Es una prueba neuropsicológica de tamizaje (diagnóstico probable), para detectar deterioro cognitivo en adultos mayores, dicho instrumento ha sido validado en población mexicana, es una prueba cuya aplicación requiere de 5 a 10 minutos, consta de 30 preguntas integradas en 5 secciones las cuales evalúan: orientación, registro, atención, calculo, lenguaje, memoria diferida. Es importante señalar que mediante la escolaridad y la edad se establecen los puntos de corte 24 a 30 puntos = normal; igual o menor de 23 puntos = deterioro cognitivo leve; igual o menor de 17 puntos = deterioro cognitivo severo. *(Anexo 1)*

b) Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey: Es una prueba que mide el aprendizaje y la retención, además se puede emplear para evaluar aspectos de memoria de recuerdo y reconocimiento. Utiliza 15 palabras no relacionadas que se administran en cinco pruebas. *(Anexo 2)*

c) El instrumento WHOQoL (calidad de vida de la OMS): Evalúa la percepción de vida tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente, dicho cuestionario está conformado por dos apartados que en conjunto suman 26 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta y puede ser de auto-aplicación. Catalogando como calidad de vida mala, promedio y buena. *(Anexo 3)*

d) Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Es un cuestionario que se utilizó como prueba tamizaje, a partir de preguntas sencillas, permite detectar de manera presuncional (diagnóstico probable) de depresión, dicho cuestionario esta conformado de 30 preguntas dicotómicas (si/no); con 11 o más puntos indica probable depresión. *(Anexo 4)*

Así mismo se le implementó al grupo un programa de estimulación de memoria con la finalidad de fortalecer su memoria el cual constó de 12 sesiones con una duración de tres horas por sesión, en la cual el grupo realizó al inicio actividades de relajación para mantener la atención, posteriormente se iniciaron sesiones de lecturas comentadas, juegos de mesa, hubo exposiciones de películas con preguntas para el análisis, la reflexión y el debate, se dejaron tareas para realizar en casa, al finalizar las actividades del día se llevó a cabo una sesión integradora y una retroalimentación para fortalecer lo aprendido. *(Anexo 5)*

Al finalizar la implementación del programa se realizó una evaluación inmediata y a los tres meses se aplicaron nuevamente los instrumentos ya mencionados para evaluar su efectividad.

10.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V.15.0. se empleó estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, valores, promedios \pm DE y como prueba de comparación, Ji cuadrada (X^2) y t de student al 95% de confianza.

11.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Consentimiento informado

- El consentimiento informado se obtuvo por escrito, con la firma de los participantes y el responsable del estudio, observando con esto lo dispuesto en la Ley General de Salud y los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la declaración de Helsinki. (Anexo 6)

12.- RESULTADOS

Se estudiaron a 65 adultos mayores, que acuden regularmente a realizar actividades recreativas al centro comunitario Grupo Otoño del INAPAM en Iztapalapa. A los cuales se les realizó un examen inicial (pretest), posteriormente se les aplicó un programa de intervención, continuando con un postest inmediato y un postest a los tres meses para determinar la influencia del programa para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con y sin deterioro cognitivo leve.

De la población estudiada 35 (54%) mostraron deterioro cognitivo leve y en 30 (46%) no se observó ningún deterioro, la edad promedio fue 72.2 ± 6.9 y 74.4 ± 7.1 respectivamente; en relación al sexo se encontró que el 84.6% fueron mujeres de las cuales 32 (58%) mostraron deterioro cognitivo y 23 (42%) no mostraron, para el sexo masculino el 3 (30%) tiene deterioro cognitivo y el 7 (70%) sin deterioro, en cuanto a la escolaridad predominó la educación primaria con un 55.5% mostraron deterioro.

En cuanto al estado civil se encontró el que el 23 (35.4%) eran viudas 12 (52%) con deterioro y 11 (48%) sin deterioro. De los casados 13 (56%) tienen deterioro y 10 (44%) no lo tienen. (Cuadro 1.1)

Cuadro 1.1 Características de la población de estudio con Deterioro Cognitivo Leve y sin Deterioro.

	Con Deterioro	Sin Deterioro
<i>Edad</i>	72.2±6.9	74.4±7.1
Sexo:		
Femenino	32 (58%)	23 (42%)
Masculino	3 (30%)	7 (70%)
Escolaridad (años)	7.8±4	6.4±5
Edo. Civil		
Viudo	12 (52%)	11 (48%)
Casado	13 (56%)	10 (44%)

Con relación a la evaluación en los pacientes con deterioro cognitivo se utilizaron los siguientes instrumentos: para la memoria se utilizó el Test de Rey, obteniendo un promedio de 10.47 ± 3.5 en el pretest, al término del programa de 12.14 ± 2.27 y a los 3 meses 12.17 ± 1.9 donde se podía obtener un máximo de ítems correctos de 15. Con una $p=0.0001$ los cuales fueron estadísticamente significativos.

Para la medición de Calidad de vida se utilizó la escala WHOQoL obteniéndose los promedios de 93.31 ± 12.99 en el pretest, 99.14 ± 11.7 en el postest inmediato y 100.97 ± 10.44 a los tres meses posteriores al programa. Resultando estadísticamente significativos.

Con respecto a la escala de Yesavage que se utilizó para detectar los pacientes que tuvieran algún grado de depresión y que pudieran causar confusión en cuanto al diagnóstico de deterioro cognitivo, los resultados fueron los siguientes 10.20 ± 6.8 en la prueba inicial, 8.80 ± 4.93 en la evaluación inmediata y 8.29 ± 4.26 en la prueba posterior a los tres meses como podemos observar se logró disminuir el estado de depresión después del programa, siendo estos resultados estadísticamente significativos con una $p=0.0001$. (Cuadro .1.2)

Cuadro 1.2 Efecto de programa de intervención de enfermería en pacientes con deterioro cognitivo.

Pruebas	Pretest	Postest inmediato	Postest 3 meses después
Test de Rey	10.47 ± 3.5	12.14 ± 2.27	$12.17 \pm 1.9^*$
Calidad de Vida	93.31 ± 12.99	99.14 ± 11.7	$100.97 \pm 10.44^*$
Yesavage	10.20 ± 6.8	8.80 ± 4.93	$8.29 \pm 4.26^*$

***Prueba t pareada $p=0.0001$**

En relación a la evaluación en los pacientes sin deterioro cognitivo se utilizaron los mismos instrumentos; en cuanto a memoria se utilizó el Test de Rey, obteniendo un promedio de 11.17 ± 2.8 en el pretest, al término del programa de 12.67 ± 1.98 y a los 3 meses 12.33 ± 1.8 . Con una $p=0.05$ los cuales fueron estadísticamente significativos.

Para la medición de calidad de vida se utilizó la escala WHOQoL obteniendo como resultado 95.0 ± 8.94 en el pretest, 101.67 ± 11.7 en el postest inmediato y 103.17 ± 11.9 a los tres meses posteriores al programa. Resultando también estadísticamente significativos.

Con respecto a la escala de depresión geriátrica de Yesavage que se utilizó para detectar los pacientes con depresión se obtuvieron los siguientes puntajes de 6.93 ± 4.5 en la prueba inicial de 6.4 ± 3.6 en la evaluación inmediata y de 6.0 ± 2.95 en la prueba posterior a tres

meses observando disminución de depresión después del programa. Encontrándose nuevamente que los resultados fueron estadísticamente significativos con una $p=0.05$.(Cuadro .1.3)

Cuadro 1.3 Efecto del programa de intervención de enfermería en pacientes sin deterioro cognitivo.

Pruebas	Pretest	Postest inmediato	Postest 3 meses después
Test de Rey	11.17±2.8	12.67±1.98	12.33±1.8*
Calidad de Vida	95.0±8.94	101.67±11.7	103.17±11.9*
Yesavage	6.93±4.5	6.4±3.6	6.0±2.95*

***Prueba t pareada $p=0.05$**

13.- DISCUSIÓN

Durante el proceso normal de envejecimiento se producen diversos cambios que pueden alterar el funcionamiento cognitivo, los cuales si no se detectan en forma eficaz y oportuna, pueden evolucionar y transformarse en trastornos cognitivos, los cuales tendrán un impacto y trascendencia, en la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores.¹⁵

Los programas de estimulación son estrategias que fortalecen la memoria a corto y largo plazo. Debido al aumento del vigor mental al tiempo de reacción y la conservación, el fortalecimiento de la memoria y la agilidad mental, así como en la potenciación de la creatividad e imaginación en las personas mayores.^{69,70}

La implementación de programas para estimulación de memoria en personas de la tercera edad es algo que siempre se ha planteado pero la realidad es que hay muy poco estudiado al respecto.

El beneficio de los programas de estimulación de memoria son innumerables, aunque esto no es inmediato, es un proceso que se va dando paulatinamente en el cerebro; estos beneficios se deben primordialmente a la estimulación cerebral lo que se refleja en la función neuronal⁶⁹, lo cual repercute de forma favorable en mejorar la memoria y por ende la calidad de vida.

Los estudios realizados sobre la efectividad de los programas de intervención para mejorar la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve son escasos en nuestro país y los que se han realizado no han sido del todo concluyentes, de ahí la relevancia de la presente investigación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron los siguientes: Se encontró que no existen diferencias en cuanto a edad, género, escolaridad, estado civil y ocupación en el grupo de estudio, predominando los adultos mayores casados y las amas de casa. Estas características socio demográficas concuerdan con los resultados reportados en el estudio multicéntrico realizado en 7 países de América Latina y el Caribe (encuesta SABE 2001), en la cual se señala que en la población de adultos mayores predominan los mayores del sexo femenino, el nivel de educación es el básico, la ocupación de las mujeres es la de amas de casa, la edad fluctúa de 60 a 75 años, y en cuanto al estado civil, en primer lugar se encontraron los casados seguidos de los viudos.^{80,81}

Con respecto al estado mental de la población de estudio los resultados mostraron que 54% de la población de estudio presentó deterioro cognitivo leve, donde el 58% son mujeres lo cual no concuerda con lo reportado en un estudio descriptivo, transversal realizado en la Ciudad de Guadalupe Nuevo León dentro de las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde se estudiaron 226 pacientes geriátricos, encontrándose que sólo el 30% de la población estudiada presentó Deterioro Cognitivo Leve,

de los cuales el 15% se encontraban entre los 70 a 79 años, resultando estadísticamente significativo ($p < 0.05$)⁸²

En otro estudio realizado en población mexicana a 4183 adultos mayores del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) donde la edad promedio fue de 72 años en su mayoría mujeres se encontró una prevalencia del 7% de deterioro cognitivo⁸³ datos que no son similares con lo reportado en el presente estudio, lo cual podría deberse al nivel de escolaridad de la población ya que el 55.5% cursó sólo educación primaria completa o incompleta. En este sentido, se han encontrado reportes donde se ha demostrado que el bajo nivel educativo puede ser un factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo, lo cual explica la prevalencia detectada en nuestro estudio. Cabe señalar que la mayoría de los estudios utilizan un mismo punto de corte para toda la población, sin considerar el nivel educativo, dando como resultado la sobrestimación de deterioro cognitivo.⁸³

Un estudio multidimensional en España resalta que las funciones cognitivas tienen gran influencia en la calidad de vida, de ahí que los pacientes sin deterioro cognitivo en este estudio que representaron el 60% percibe una calidad de vida alta mientras que los que mostraron algún grado de deterioro el 54% se percibe con una calidad de vida promedio lo cual coincide con este estudio⁸⁶ y que se relaciona con lo que señala la literatura que las personas que tienen algún tipo de estimulación cognitiva o relaciones sociales su calidad de vida es mejor.⁸⁴

Es importante resaltar que la depresión puede ser de origen multifactorial, al respecto en el presente estudio, se encontró en la población total, que un 28% tiene algún grado de depresión de los cuales el 37% tienen cierto grado de deterioro cognitivo, este dato sobre depresión concuerda con lo reportado en un estudio realizado a tres grupos de pensionados y jubilados de la sección 28 y 54 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación del Instituto Nacional para los Adultos Mayores con 32, 24 y 26 participantes respectivamente, con una edad mínima de 52 años y máxima de 89 años, en la ciudad de Navojoa, donde se encontró que el 42% presentó síntomas depresivos.^{85,86} esto pudiera deberse a las condiciones de vida y las características de los grupos de estudio ya que el envejecimiento no es sinónimo de depresión. Es importante resaltar que el diagnóstico clínico certero se debe ajustar a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)⁸⁷ de lo contrario podría darnos diagnósticos confusos por la falta de pruebas neuropsicológicas.⁸⁸

Está demostrado que los programas de estimulación de memoria son una estrategia fundamental, para prevenir y enlentecer el deterioro cognitivo en los adultos mayores y que es muy importante que para su elaboración e implementación se determine previamente el nivel socio-cultural y educativo así como las características de los participantes. En este estudio se observó que de la población total el 54% tenía algún grado de deterioro cognitivo y después de la aplicación del programa de estimulación disminuyó a un 43% siendo estadísticamente significativo con una $p = 0.0001$. Lo cual resultó similar con un estudio

reportado sobre el rol psicopedagógico en los procesos de estimulación cognitiva, destacando la importancia que tiene el profesional para realizar tareas específicas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros demenciales⁸⁹.

Otro estudio realizado en 52 pacientes entre 55 y 74 años, adscritos a una clínica de salud del Estado de México, en donde se trabajó con dos grupos asignados en forma aleatoria, un grupo experimental de (n=27) y grupo control de (n=25), donde aplicaron un programa Cognitivo–Conductual para mejorar la calidad de vida en Adultos Mayores, sus resultados revelaron mejoría clínica y estadísticamente significativa ($p<0.01$). A sí mismo se evidenció mejor funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria. Se concluyó que mayores niveles de funcionalidad e independencia predicen mejor funcionamiento psicológico y mejor calidad de vida⁹⁰.

En otro estudio realizado en la Ciudad de México en una muestra a conveniencia de 138 Adultos Mayores en donde se evaluó el efecto de la actividad física sobre el estado cognitivo y afectivo en una población de adultos mayores se encontró un 30% de deterioro cognitivo en el grupo de adultos mayores sedentarios en contraste con el 11% de los que practicaban actividad física, cuya diferencia fue estadísticamente significativa con una ($p=\leq 0.01$).

Así mismo se observó un porcentaje más alto de sujetos con depresión en el grupo sedentario en comparación con los que realizan actividad física (43% vs. 30%).⁹¹

14.- Conclusiones

HIPÓTESIS

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura en donde se demuestra la eficacia de los programas de intervención de enfermería como instrumentos para ayudar a mejorar los problemas de salud suponemos que el implementar un programa de intervención de enfermería para estimular la memoria tendrá un impacto positivo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, para mejorar la memoria y calidad de vida, en este estudio se encontraron evidencias de que:

- Los resultados obtenidos demostraron que los programas de intervención de enfermería para la estimulación de memoria tienen un impacto positivo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve ya que se observó un puntaje más alto en los niveles de memoria y calidad de vida.
- El estimular la memoria ayuda a preservar y potenciar las capacidades cognitivas conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros demenciales.
- Los resultados obtenidos sugieren que al estimular la memoria, ésta mejora y por ende la calidad de vida.
- Finalmente podemos concluir que los resultados obtenidos evidencian la importancia del profesional de enfermería en la implementación de estos programas lo cuales deberán aplicarse con fines preventivos y en forma permanente dentro del cuidado de los adultos mayores y como parte de su práctica profesional cotidiana.

Perspectivas

- Los resultados obtenidos justifican dar continuidad a la investigación y ampliar el tamaño de la muestra con el objetivo de corroborar los hallazgos.
- Es conveniente realizar estudios de tipo longitudinal para obtener resultados más concluyentes.
- Llevar a cabo estudios en diferentes regiones y con población en la cual los individuos tengan características similares entre sí.
- Tratar de que la muestra de estudio se encuentre equilibrada entre sexos y de ser posible en edades con el fin de los resultados nos permitan llegar a resultados contundentes.
- Promover la implementación de programas de estimulación de memoria y realizar estudios de cohorte con la finalidad de extrapolar los resultados a toda la población.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEGI Los Adultos Mayores en México, Perfil Sociodemográfico al inicio del siglo XXI [revista en internet] 2005 [acceso 15 de agosto 2009]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
2. Hanashira H, Zolotow D, Padilla E. Los retos del envejecimiento en América Latina y el Caribe. México. [revista en internet] 1993 [acceso 15 de agosto 2009]1-7 Disponible en: <http://www.ahorausea.com/Sal111203Revolucióndemografica.html>
3. Proyecciones de la población de México, 1996-2050. México Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2008 pp. 223-236
4. Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM: Envejecimiento, enfermedades crónicas degenerativas y antioxidantes. México; FES Zaragoza. UNAM; 2003 pp. 6-20
5. Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM, Correa-Muñoz E. Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario; México FES Zaragoza UNAM 2008 pp. 46-66
6. Ortiz-Huerta D. Aspectos sociales del envejecimiento. 2ª ed. Departamento de Salud Pública. Facultad de medicina, UNAM. 2006: pp. 12
7. Terrés-Speziale AM, Homo longevus: El paradigma del envejecimiento sano Revista Mexicana de Patología Clínica 2005; 52 (1): pp. 27-39
8. Cassel CK. Successful aging- How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. Geriatrics 2001 Jan: 56 (1): pp. 93-95.
9. Semsei I. On the nature of aging. Meinch Agev Dev 2000; 117: pp. 93-108.
10. Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento, Enfermedades Crónicas y Antioxidantes. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM 2003; pp. 55-64.
11. Arronte-Rosales A, Mendoza-Núñez VM, et al. Evaluación del Estado afectivo y cognitivo en dos poblaciones de Adultos Mayores: Urbana y Rural. Archivo Geriátrico 2002; 5(4): pp. 99-102.
12. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Gerontología Comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM 2008: pp315-340.
13. Calero-García MD. El envejecimiento cognitivo en: La plasticidad cognitiva en la vejez. Barcelona-España. Octaedro. 2006. pp. 11-24.
14. Mason DJ. El doctor de la memoria. México D.F. Diana. 2006, Multidimensional. Premio IMSERSO "Infanta Cristina". 2004, pp. 118-120
15. Peinado-Herrera M.A., Del Moral-Leal M.L., Esteban, F.J. Envejecimiento neurodegeneración: bases moleculares y celulares. Rev. Neurol. 2000; 31 (11): pp. 1054-1065.

16. Simon-Staab A, Compton-Hodges L. Enfermería Gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento. México: McGraw – Hill Interamericana, 1998: pp. 354-357.
17. Dixon R. El concepto de ganancia y sus mecanismos en el envejecimiento cognitivo En: Envejecimiento cognitivo. Madrid-España. Editorial Medica panamericana, 2002, pp. 23-42.
18. De la Cruz-Del Valle A., Deterioro cognitivo del adulto mayor En: Consultorio médico de familia. La Habana vieja, 2007, pp. 1-10.
19. González-Chávez A, Vidales JA, Camacho J, Alexanderson-Rosas EG, Alcántara-Vázquez A. Síndrome de deterioro intelectual: Nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. Rev Med Hosp Gen Mex 1999;62(1): pp. 38-47.
20. Pérez-García JC. Diagnóstico diferencial y tratamiento de las demencias (síndrome de deterioro intelectual). En: Memorias del XXVII Congreso Nacional de Medicina Interna, 15 al 20 de noviembre de 2004, Center, Veracruz, México, 2004
21. Saliba, D., Orlando, M., Wenger, N., Hays, R., y Rubenstein, L. Identifying a Short Functional Disability Screen for Older Persons. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2000;55: pp. 750-756.
22. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León-Díaz EM, Marín C y Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panamericana de Salud Pública, 20;7(5): pp. 353-361.
23. Yaguas, J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva Multidimensional. Premio IMSERSO “Infanta Cristina”. 2004, pp. 118-120.
24. Gómez-Guden J. Estudio del desarrollo cognitivo de la gente mayor En: Biomedicina, España, 2006, Volumen 2 Número 2, pp.143-154.
25. Park, D. Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento En: Envejecimiento cognitivo. Madrid-España. Editorial Medica panamericana, 2002, pp. 3-22.
26. Solé-Padullés C, Clemente I, Bartres-Faz D. Marcadores genéticos relacionados con el déficit cognitivo en el envejecimiento. En: Anales de psicología; Murcia España, 2004 Volumen 20 Número 2, Diciembre, pp. 187-204.
27. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Publica Méx 2007;49 supl 4: pp. S475-S481.

28. Palomba, R. El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores. Documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores". Santiago de Chile: Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL), julio 24, 2002. Encontrado en :
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/13241/envejecimiento_serie30.pdf
29. Simon-Staab A, Compton-Hodges L. Enfermería Gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento. México: McGraw – Hill Interamericana, 1998: pp. 357-360.
30. Reuter-Lorenz P. Neuropsicología cognitiva del cerebro envejecido En: Envejecimiento cognitivo. Madrid-España. Editorial Medica panamericana, 2002, pp. 95-116.
31. Gasques-Linares J, Yuste-Rossell N, Pérez-Fuentes M, Review of Biological hypotheses explain in aging, En: Anales de psicología, Murcia España, 2005 Volumen 21 Número 2, Diciembre, pp. 323-327.
32. Fernández-Rojas X, Méndez-Chacón E. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto; CRELES- Costa Rica, 2004-2006 en población y salud en Mesoamérica, Volumen 5 Número 1, 2007. Encontrado en :<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>.
33. Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova, Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002;17(1): pp.17-32.
34. Espino DV, Lichtenstein MJ, Palmer RF, Hazuda HP. Evaluation of the Mini-Mental State Examination's internal consistency in a community-based sample of Mexican-American and European-American elders: results from the San Antonio longitudinal study of aging. JAGS 2004;52(5): pp. 822-827.
35. Ganguly M, Rodríguez E, Mulsant B, Richards S, Pandau R, Vander Blit J. Detection and management of cognitive impairment in primary care: The steel valley seniors survey. JAGS 2004;52: pp. 1668-1675.
36. Gómez-Viera N, Matos-Oliva JL, Arias-Sifontes W, González-Zaldívar A. Utilidad del Mini mental State de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. RevCubMed 2004;43(1): pp.1-8.
37. González-Chávez A, Vidales JA, Camacho J, Alexanderson-Rosas EG, Alcántara-Vázquez A. Síndrome de deterioro intelectual: nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. Rev Med Hosp Gen Méx 1999;62(1): pp.38-47.

38. Sanhueza-Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar J. Adultos Mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Cienc. Enferm.* [revista en la internet]. 2005 dic [citado 2010 oct 26]; 11(2): pp. 17-21. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532005000200004&lng=es. doi: 10.4067/s0717-95532005000200004.
39. Casanova-Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4): pp.309-15.
40. Haninen T, Koivisto K, Reinikainen KJ, Vanhanen M, Helkala EL, Soininen H, et al. Prevalence of age-associated cognitive decline in an elderly population. *Age Ageing* 1996;25(3): pp. 201-205.
41. Koivisto K, Reinikainen KJ, Haninen T, Vanhanen M, Helkala EL, Mykkanen L, et al. Prevalence of age-associated memory impairment in a randomly selected population from eastern Finland *Neurology* 1995; 45(4): pp. 741-747.
42. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris JC, Rabins P, et al. Current concepts in mild cognitive Impairment. *ArchNeurol* 2001; 58: pp.1985-1992.
43. Ketzoian C, Romero S, Dieguez E, Cairolo G, Rega Y, Caseres R, et al. Prevalence of demential syndromes in a population of Uruguay. Study of "Villa del Cerro". *J NeurolSci* 1997; pp. 150-155.
44. Australia A, Herrera E, Caramelli P, Silveira AS, Mathias SC, Nitrini R. Population epidemiology survey of dementia in Catanduva, Brazil. Preliminary Results. *J NeurolSci* 1997; 150:155-156.
45. Navarrete H, Rodríguez-Leyva I. La demencia. ¿Subdiagnosticada o ignorada? *Rev. Méx de Neurociencias* 2003;4: pp.11-12.
46. Cruz-Alcalá L. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la Ciudad de Tepatlán, Jalisco. *Rev. Méx de Neurociencias* 2002;3: pp.71-76.
47. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica Méx* 2007; 49 supl 4: pp. S475-S481.
48. Arronte-Rosales A, Mendoza-Nuñez V, et al. Evaluación del Estado afectivo y cognitivo en dos poblaciones de Adultos Mayores: Urbana y Rural. *Archivo Geriátrico* 2002; 5(4): pp. 99-102

49. Morris J. La nosología de la demencia. *Clínicas Neurológicas de Norteamérica*, 2000; 4: pp. 825-843.
50. Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Claiborne-Johnston S, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology* 2005; 64: pp.277:-281.
51. Miles W, Root H. Psychologic tests applied to diabetic patients. *Arch Intern Med*, 1922; 30:pp. 767-777.
52. Donald. Patrick, Randall Curtis; Measuring and improving the quality of dying and death. En: *Annals of internal medicine*, 2003, Volume 135, Number 5, pp. 410-416.
53. Ángel Ortega, Ma. Victoria Zunzunegüi, Ángel Rodríguez Laso. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población Española En: *Revista Española salud pública*, 2004, Volumen 78, Número “, pp. 201-213.
54. Arango J, Fernández S, Ardilla A; Demencias - Neuropsicología, En: *Las Demencias, Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y tratamiento; Manual Moderno*, España 2003, pp. 10-18.
55. Calero-García MD. El envejecimiento normal en: *La plasticidad cognitiva en la vejez. Barcelona-España. Octaedro. 2006. pp. 12-16.*
56. Warner-Schaie E, Sherry L. Willis; Intellectual Functioning In Adulthood: Growth, Maintenance, Decline, and Modifiability. [revista en la internet]. 2005 [citado 2010 Nov. 26]; pp. 1-14. disponible en: <http://www.uwpsychiatry.org/sls/publications/MindAlert.pdf>
57. Moroto-Serrano M; La memoria Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. [libro en internet]. [citado 2010 Nov. 26]; pp. 1-20. Disponible en: (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>; Peña-Casanova, 2005)
58. Arronte Rosales A, Perfil de rasgos de personalidad de una población de adultos mayores de la ciudad de México. Tesis que para obtener el Máster en Gerontología Social, España, enero 2001, pp. 16-18.
59. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>; Calero y Navarro, 2006

60. Calero, Dolores. La plasticidad cerebral desde el punto de vista biológico en: La plasticidad cognitiva en la vejez. Barcelona-España. Octaedro. 2006.pp. 25-41.
61. Flickr C, Ferri SH, Crook T, Bartus R, Reisberg B. Cognitive the cline in advanced age: Future direction for the psychometric differentiation of normal and pathological age change in cognitive functions. *DevNeuropsychol* 1986; 2: pp.309-22.
62. Montes, M. L. Calidad de Vida. *Revista Mexicana de Medicina Física y rehabilitación*. 2006, vol. 18,pp. 5-6.
63. Herrera JM, Barranco CE, Melián Chaxiraxi Medina, Herrera RM, Rodríguez MI y Mesa MN, La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Portularia: Revista de Trabajo social*. 2004 Vol. 4 pp. 171-178..
64. Velarde-Jurado, E. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica de México*, (2002).44, pp. 448-463
65. Moreno, B. & Ximénez, C. Evaluación de la calidad de la vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XX; 1996.
66. Sergio Trujillo, Claudia Tovar, Martha Lozano. Formulación de un modelo teórico desde la calidad de vida de la psicología, Colombia, 2004 Volumen 3, Número 1, pp. 89-99
67. WHOQOL Group, Programme on Mental Health Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization; 1997 pp. 1-15.
68. Palomba, R. El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores. Documento presentado en el "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores". Santiago de Chile: Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL),2002. julio 24.
69. Chávez-Samperio J, Lozano-Dávila ME, Lara-Esqueda A, Velázquez-Monroy O. Actividad física y deporte en el adulto mayor. *Bases fisiológicas*. Editorial Masson Doyma México 2004: pp. 9-29.
70. Fontaine FK. Physical activity mental health. *The Pshysician and Sport Medicine* 2000; 28 (10): pp. 24 – 30.
71. Leyva González FA, Mata-Velázco G, Salas-Romero MF. Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. *Rev Med IMSS* 1995: 33: 51-558.

72. Murray CJL, López AD. The Global Burden of Disease. Harvard University Press, 1997: pp. 25-39.
73. Abbott, R., White, L. R., Ross, W., Masaki, K. H., Curb, J. D. & Petrovitch, H. Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men JAMA. 2004; 292 (12): pp.1447-1453.
74. Dishman, R. K. Neurobiology of Exercise. Obesity. 2006; 14; pp.345-356.
75. Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler M, Ware JH, Grodstein F. Physical Activity, Including Walking, and Cognitive Function in Older Women. JAMA 2004; 292(12): pp.1454-1461.
76. Suárez de Sarmiento B. Conferencia, Homenaje a Inés Durana Samper, Se encuentra en: http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ26266_homenaje.htm., consultada el 16-03-11.
77. Kérouac, Susane. El pensamiento enfermero, Ed. Masson, España 2001, pp. 45.
78. Zárate Grajales, Rosa A. La gestión del cuidado de enfermería. Se encuentra en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=e>, consultado 16-03-11.
79. Fajardo-Ortiz G, Olivares-Santos R. Viejismo en el ambiente cotidiano. En Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008. pp.77-100
80. Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud [en línea] 2001[fecha de acceso 11 de Junio de 2010]. Se encuentra en: URL <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>
81. Resano PE, Olaiz FG. Las personas de 50 y más años. En: Envejecimiento en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2003. pp. 23-36
82. Alanis-Nino, G., Garza-Marronquín, J. V., González-Arellano, A. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Enero-Febrero, 2008, 46(1), pp. 27-32.
83. Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, M. A., Ruíz-Arregui, L. & Gutiérrez-Robledo, L. M. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica de México*, 2007, 49, supl. 4, pp. S475-S481.
84. Fernández-Ballesteros, R. *GeroPsychology. European Perspectives for and Ageing World*. Gottingen: Hogrefe & Huber. Madrid, 2007; pp.19-25.

85. Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. & Nieto M. *La evaluación de la depresión en adultos*. En V. Caballo (comp.): Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide. 2006.
86. Acosta C. García R. Ansiedad y depresión en adultos mayores; *Psicología y salud*, julio-diciembre, 2007/ vol. 17 N.-002 universidad Veracruz Xalapa, México pp. 291-300
87. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Texto revisado*. Barcelona: Masson. 2002; pp. 1-10
88. Latorre J. Depresión en la vejez: Evaluación, variables implicadas y relación con el Deterioro Cognitivo En: *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, España, Vol. 2, N°3, pp. 243-264.
89. Davicino N., El rol psicopedagógico en la estimulación Cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. En: *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2009. Vol. 4. N° 1. pp. 6-11.
90. González-Celis, A.L. y Sánchez-Sosa, J.J. Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 2003, Vol. 20, pp. 43-58.
91. Soriano Martell L.; Efecto de la actividad física sobre el estado cognitivo y afectivo en una población de adultos mayores del estado Hidalgo, Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería México, FES Zaragoza, UNAM; 2010, pp. 32-33
92. Beltrán Castillo N, relación de la funcionalidad Bio-Psico Social con la autoestima y la percepción de la calidad de vida en adultos mayores, para obtener el grado de Licenciada en Psicología, México, FES Zaragoza, UNAM 2009 pp. 44-48

16.- ANEXOS

Anexo 1



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

3.2. MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN (modificado)*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

<u>Calificación</u> <u>Máxima</u>	<u>Calificación</u> <u>Obtenida</u>	(Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)
--------------------------------------	--	---

I. Orientación

- | | | |
|---|-----|---|
| 5 | () | Pregunte: <i>¿Qué fecha es hoy?</i>
Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:
¿En qué año estamos? ()
¿En qué mes estamos? ()
¿Qué día del mes es hoy? ()
¿Qué día de la semana? ()
¿Qué hora es aproximadamente? () |
| 5 | () | Pregunte: <i>¿En dónde nos encontramos ahora?</i> (Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: |

- ¿En qué lugar estamos? ()
- ¿En qué país? ()
- ¿En qué estado? ()
- ¿En qué ciudad o población? ()
- ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()

*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. *Aging Neuropsychol Cogn* 2004; 11(1):1–11.

Calificación Máxima **Calificación Obtenida**

II. Registro

3 () Diga al sujeto la siguiente instrucción: *“Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara”*, después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta. Luego repita las palabras hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

<u>Calificación</u> <u>Máxima</u>	<u>Calificación</u> <u>Obtenida</u>	III. Atención y Cálculo
5	()	Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. <i>“Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86.”</i> Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda)
		79 () 72 () 65 () 58 () 51 ()

<u>Calificación</u> <u>Máxima</u>	<u>Calificación</u> <u>Obtenida</u>	IV. Memoria diferida
3	()	Pida al sujeto: <i>“Repita las tres palabras que le pedí que recordara”.</i>
		Papel () Bicicleta () Cuchara ()

<u>Calificación</u> <u>Máxima</u>	<u>Calificación</u> <u>Obtenida</u>	V. Lenguaje
3	()	Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <i>¿Cómo se llama esto?</i> Repita lo mismo con un lápiz.
		Reloj () Lápiz ()

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción:
“Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención”.

“NI NO, NI SI, NI PERO”

(solo un ensayo) ()

- 3 () Comprensión verbal: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indíquele al sujeto: “le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez”.**

“Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo”

(Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).

Tome este papel con la mano derecha

Dóblelo por la mitad ()

Déjelo en el suelo ()

()

- 1 () Comprensión escrita: Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: “Cierre los ojos”. Pida al sujeto:**

“Por favor haga lo que dice aquí”. ()

CIERRE LOS OJOS

- 1 () Escritura de una frase: Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: “Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje”.**

()

Calificación **Calificación**
Máxima **Obtenida**

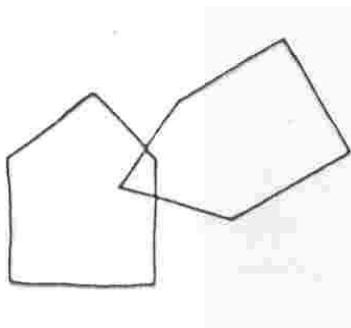
1 () **Copia de un dibujo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, “*copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja*”.**
No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine.
Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. ()
(No tome en cuenta temblor ni rotación)

Puntaje total _____

Marque con una X el diagnóstico probable considerando los puntos de corte del cuadro incluido en el protocolo.

Normal

Deterioro cognitivo



Observaciones:

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

LISTA B

	Ensayo 1	Intrusiones		Ensayo 1	Intrusiones
1. Escritorio			9. Nube		
2. Pastor			10. Barco		
3. Paloma			11. Borrego		
4. Zapato			12. Escopeta		
5. Pipa			13. Lápiz		
6. Montaña			14. Iglesia		
7. Lentes			15. Pez		
8. Toalla			TOTALES:		

↔ ENSAYO 6 DE LA LISTA A ↔

LISTA DE RECONOCIMIENTO

PALABRAS	SÍ	NO	PALABRAS	SÍ	NO	PALABRAS	SÍ	NO
Escritorio (2)			Campeño			Guitarra		
Libro			Escopeta (2)			Montaña (2)		
Cortina			Nube (2)			Lentes (2)		
Paloma (2)			Manzana			Padre		
Bosque			Dedo			Guajolota		
Cobija			Campana			Toalla (2)		
Café			Casa			Rana		
Pipa (2)			Pastor (2)			Borrego (2)		
Sal			Zapato (2)			Nariz		
Color			Tren			Jardín		
Iglesia (2)			Botón			Chimenea		
Oro			Escuela			Pez (2)		
Flor			Río			Sombrero		
Tambor			Barco (2)			Lápiz (2)		
Luna			Biberón			LLave		
TOTAL DE RECONOCIMIENTOS:								
TOTAL DE INTRUSIONES (LISTA B):								
TOTAL DE FALSOS RECONOCIMIENTOS:								

OBSERVACIONES Y DX:

Fuente: Rey, A. (1964), Leyamen clinique En: psychology, Paris: Preses Universitaires de France.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
 INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL*¹

Anexo 3

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre	Pobre	Ni Pobre Ni	Buena	Muy buena
---	-------------------------------------	-----------	-------	-------------	-------	-----------

*Fuente: González-Celis R A L. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM 2001.

		1	2	Buena 3	4	5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente	Nada en lo	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

	físico?	absoluto 1	2	3	4	5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

Observaciones: _____

Evaluator (a): _____ Supervisor(a): _____

Anexo 4



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		

20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones:

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

Anexo 5

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
1	<ul style="list-style-type: none"> ● Dar a conocer los objetivos del taller, la estructura y plantear la justificación del mismo. ● Explorar los gustos, aficiones e intereses de las personas adultas mayores que asisten al taller, para retomar algunos de esos aspectos en actividades posteriores. 	<p>Exposición de cambios cognitivos con el proceso de envejecimiento y Plasticidad neuronal.</p> <p>Preguntar a las personas sobre gustos de música, literatura y actividades cotidianas que les sean gratas.</p>	Ninguno	2 horas
2	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas conozcan información básica de la memoria, que se pretende estimular a lo largo del taller. 	Exposición de conceptos básicos: memoria, tipos de memoria, fases, diferenciación entre olvidos, etc.	Computadora y cañón	2 horas y media
3	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas adquieran la habilidad de relajar sus grupos musculares. ● Que las personas estimulen la función de atención. ● Habilitar la capacidad de escucha (atención), que trabaje la memoria ecoica, de trabajo y a largo plazo (explicita). ● Trabajar la atención y la memoria de trabajo. ● Reforzar las habilidades de atención y memoria explicita. 	<p>1. <i>Tensar-Distensar.</i> Las personas tensaran sus músculos de pies a cabeza, posterior a ello relajar todos los músculos (repetir 3 ocasiones)</p> <p>2. <i>Diferencias y semejantes.</i> Se presentan 2 imágenes semejantes, para que las personas encuentren las diferencias de los dibujos.</p> <p>3. <i>Conversación dirigida.</i> Entre dos personan deberán realizar una conversación, para posteriormente en grupo A comente de B y B comente lo de A.</p> <p>4. <i>El objeto intruso.</i> Presentar una agrupación de objetos (introducir dos o tres más) para que en una segunda presentación, las personas digan cuáles no estaban presentes en la primera.</p> <p>5. Observar las características de un objeto diariamente.</p>	<p>Ninguno.</p> <p>Proyección de imágenes semejantes o copias de imágenes.</p> <p>Ninguno.</p> <p>Proyección de imágenes, o con objetos reales (10 diferentes).</p> <p>Un objeto que pertenezca a la persona adulta mayor.</p>	<p>15 minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>1 hora.</p> <p>30 minutos.</p>

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
4	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas practiquen y fomentar la relajación. ● Potenciar la memoria icónica, ecoica, a largo plazo. ● Que las personas socialicen a través de la reunión, además de practicar y estimular la atención y la memoria explícita. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El grito energético. De pie o sentado se introduce aire a los pulmones, estirando los brazos hacia arriba, emitir un grito al mismo tiempo que se relajan los músculos. 2. Análisis cinematográfico: Observar una película de su época después realizar preguntas escenas de la misma. 3. Cine-debate en casa: Reunión en equipos pequeños en casa de alguno de ellos para ver y comentar algún programa de TV o radio, y/o película. 	Ninguno. Película “	15 minutos. 2 horas y media.
5	<ul style="list-style-type: none"> ● Relajar los músculos a través de pequeños auto-golpecitos en el cuerpo, ● Fortalecer la memoria icónica a través del empleo de la habilidad de asociación (mnemotécnica), la memoria a corto plazo y memoria episódica. ● Que las personas empleen la función de memoria icónica y ecoica, para generar una historia (empleando su creatividad), a su vez que se pretende fortalecer la memoria a largo plazo a través del recuerdo libre. ● Estimular la memoria a largo plazo mediante la asociación el recuerdo inducido con claves. ● Fortalecer y reforzar la creatividad, asociación y memoria a largo plazo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>La tarántula</i>. Imaginar que se tiene arañas en el cuerpo. Sacudirse con las manos para quitárselas. 2. <i>Imágenes estáticas</i>. Se presenta un grupo de imágenes por 15 segundos, y posteriormente se deben de intentar recordar cuales eran. 3. <i>Construye una historia</i>. Se presentará una lista de imágenes (con su concepto debajo), por 30 segundos, para que las personas construyan una historia utilizando dicha lista. 4. <i>Pares-impares</i>. Presentar pares de imágenes (1 min.), posteriormente presentar solo una imagen de dichos pares para que completen el par las personas. 5. Construir una historia con 5 objetos, realizar además la asociación de 5 pares de objetos en casa. 	Ninguno Proyección de imágenes, imágenes en hojas de rotafolio o tamaño carta. Se utilizará una proyección de la plantilla de imágenes. Proyección de los pares de imágenes.	15 minutos 30 minutos 1 hora. 1 hora

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
6	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas aprendan a respirar de forma adecuada, con la intención de generar relajación. ● Estimular la memoria explícita. ● Estimular la habilidad de la memoria de trabajo (operativa). ● Ejercitar la habilidad de asociación, la memoria a largo plazo a través de recuerdo con claves. ● Reforzar las habilidades hasta el momento aprendidas fortaleciendo la memoria episódica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respiración abdominal. Se pide que se introduzca aire, insuflando el abdomen de manera silenciosa, sin forzarse, retenerlo y sacarlo por la nariz (4-4-4). 2. <i>Acuérdate de tus 15</i>. Escritura de 15 nombres de comunidades, mujeres y frutas. 3. <i>Escucha y participa</i>. Se leerá un texto breve, y posteriormente se realizarán preguntas del tema. 4. <i>Asociación imagen-palabra</i>. Se presenta una serie de imágenes con palabras relacionadas para realizar asociaciones (ej. imagen-castillo, palabra-corona). 5. Trabajo en casa con objetos familiares para evocar recuerdos. 	<p>Ninguno.</p> <p>Hojas blancas y lápices.</p> <p>Historia, texto o párrafo.</p> <p>Proyección de imágenes o empleo de rotafolio.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>45 minutos.</p> <p>45 minutos.</p> <p>45 minutos.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular la relajación en las personas adultas mayores. ● Ejercitar la memoria de trabajo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Visualización con Programación Neurolingüística</i>. Se tendrá apoyo de música de naturaleza, al mismo tiempo induce con un relato para que visualicen y provocar un estado de relajación mental. 2. <i>Rompecabezas, memoramas y loterías</i>. Conformar equipos de 5 personas para implementar los juegos de mesa. 3. Actividad a realizar en casa: practicar la construcción de rompecabezas. 	<p>Ninguno.</p> <p>20 rompecabezas, 5 juegos de memoramas y 8 juegos de loterías.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>2 horas</p>

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
8	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas enfoquen su atención en el ejercicio de coordinación, y que a través de ello se fomente su relajación. ● Estimular la memoria ecoica, de trabajo y explícita. ● Fortalecer la memoria de trabajo y la memoria semántica. ● Ejercitar la función de fijación amnésica. ● Reforzar la memoria ecoica y episódica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respiración alternada. Las personas deben introducir aire por una narina, tapando la otra alternando (destapar-tapar). 2. <i>Música vívida</i>. Reproducir trozos de melodías, para que las personas identifique su título e interprete. 3. <i>Refranes incompletos</i>. Enunciar la parte inicial de los refranes para que las personas completen el mismo. 4. <i>Espacios sombreados</i>. Presentar cuadrículas con espacios sombreados (15 segundos), después una cuadrícula en blanco para que marquen cuales eran los espacios sombreados. 5. <i>Escucha de melodías en casa</i>. 	<p>Ninguno.</p> <p>Melodías de diferentes estilos (retomando época y contexto de las personas).</p> <p>Hojas con refranes tradicionales.</p> <p>Proyección u hojas con las cuadrículas de posiciones.</p>	<p>15 minutos</p> <p>1 hora.</p> <p>30 minutos.</p> <p>30 minutos.</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> ● Que las personas aprendan actividad de relajación con ayudas externas. ● Reforzar el proceso de atención, memoria icónica, de trabajo y episódica. ● Ejercitar el proceso atencional, memoria icónica, de trabajo y memoria episódica. ● Estimular la memoria de trabajo, episódica y procedimental. ● Fortalecer la memoria de trabajo, explícita y prospectiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Actividad con arena de mar</i>. Verter arena en recipientes para que la persona experimente su textura. 2. <i>Atención enfocada en imágenes</i>. Presentar cuadros, imágenes y posteriormente preguntar por el mismo. 3. <i>Orden de colores</i>. Se proyecta una secuencia de colores (por 30 segundos), y posteriormente las personas tienen que enunciar el orden correcto. 4. <i>Una receta novedosa</i>. Presentar imágenes de alimentos y que se invente una receta (platillo) original. 5. Elaborar una receta de un platillo diferente. 	<p>Arena de mar y piedras de mar.</p> <p>Proyección de imágenes, cuadros o pinturas.</p> <p>Proyección de plantillas con el orden de colores, u hojas de colores.</p> <p>Imágenes de alimentos.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>40 minutos.</p> <p>40 minutos.</p> <p>40 minutos.</p>

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Que las personas relajen los grupos musculares de hombros, espalda alta, cuello y nuca. • Fomentar la coordinación visoespacial, el proceso atencional, la memoria de trabajo y la memoria episódica. • Fomentar la coordinación visoespacial, el proceso atencional, la memoria de trabajo, la memoria prospectiva. • Estimular la memoria prospectiva. • Reforzar la coordinación visoespacial, el proceso atencional, la memoria de trabajo, la memoria prospectiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Movimiento de hombros.</i> Ejemplificar los movimientos de hombros a realizar (circulares, arriba-abajo, etc.). 2. <i>Reconocimiento de fotografías.</i> Presentar fotografías de personas con su nombre al pie, después solo las fotografías (aleatoria) para que y recuerde el nombre. 3. <i>Laberintos.</i> Distribuir formatos con laberintos a cada persona, para que encuentren la salida. 4. <i>Dominós.</i> Formar equipos de 4 personas y distribuir los juegos de domino. 5. <i>Caminos diferentes.</i> 	<p>Ninguno.</p> <p>Fotografías de personas en rotafolio o proyectadas.</p> <p>Formatos de laberintos, para cada persona.</p> <p>Juegos de dominós</p>	<p>15 minutos.</p> <p>50 minutos</p> <p>45 minutos</p> <p>50 minutos</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la ansiedad con masaje. • Fortalecer el reconocimiento visual, atención, construcción, estimulando con ello la memoria icónica y operativa (MCP). • Fortalecer la memoria de trabajo y episódica. • Estimular la memoria de trabajo y episódica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Masaje con pelotas de esponja.</i> Mar equipos de 2 personas, y dar masaje A-B y posteriormente B-A. 2. <i>Tam Graham modificado.</i> Presentar los modelos a construir por 1 minutos c/ imagen. 3. <i>Identificando un número.</i> Presentar la imagen de un número (15 segundos) y dar la plantilla con cifras para que se identifique el número antes presentado. 4. <i>¿Buscas pareja?</i> Presentar el formato para que localicen la imagen que no tiene pareja, en ese formato. 5. Buscando la imagen pérdida. 	<p>Pelotas de esponja.</p> <p>Cuadros y triángulos en madera, foomy, cartón.</p> <p>Cuadrícula con cifras.</p> <p>Cuadrícula con imágenes emparejadas.</p>	<p>20 minutos.</p> <p>50 minutos.</p> <p>50 minutos.</p> <p>40 minutos</p>

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVO(S)	ACTIVIDADES	MATERIAL	DURACIÓN DE LA SESIÓN.
12	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar de manera verbal la utilidad del taller y el beneficio generado y observado en las vidas de las personas adultas mayores.. 	Recapitular las sesiones anteriores, además de proporcionar algunas actividades semejantes a las practicadas a lo largo del taller y así poder observar algunos de los beneficios del mismo.	Cañón y computadora.	2 horas y media

SESIÓN 3.

1

Actividad de relajación (“Tensor-Distensar”).

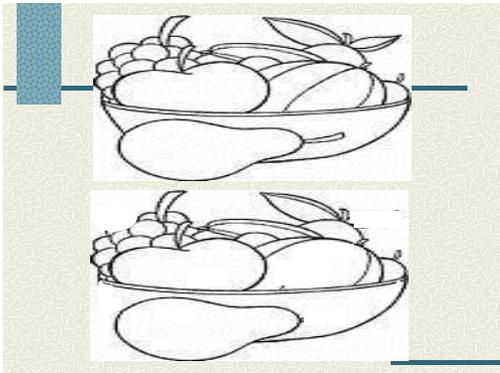
- ✦ Instrucción:
 - Cada persona **sentada** y en una **posición cómoda**, irá **tensando los músculos** de su cuerpo empezado por los de los **pies**, manteniendo la tensión por **5 segundos**, posterior a ello tensará las **pantorrillas**, sin dejar de tensar los músculos de los **pies**, después de los **muslos, glúteos, abdomen, espalda, manos, brazos, cuello** y al final los de la **cara**. Al terminar el conteo de 5 segundos correspondiente a los músculos de la cara, **relajará todos los músculos** de su cuerpo antes tensados.
 - Repetir la actividad en 2 ocasiones más.

2

Actividad 1

- ✦ Instrucción:
 - Observe atentamente estos dibujos e identifique las 5 diferencias que hay en ellos.

3



4

Actividad 2 (en parejas)

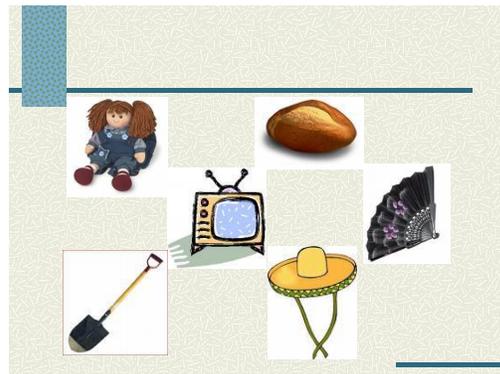
- ✦ Instrucción:
 - Entre la parejas comentar algún evento grato describiendo (ocasión, qué día era o cómo era ese día, con quién estaba acompañado (a), qué ocurría, etc...), primero la persona A a B y después B a A.

5

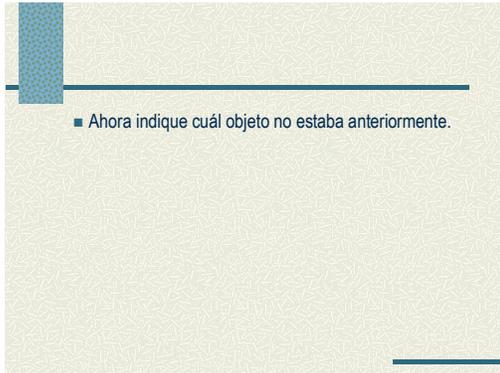
Actividad 3

- ✦ Instrucción:
 - Observe atentamente los siguientes objetos por un momento (30 segundos).

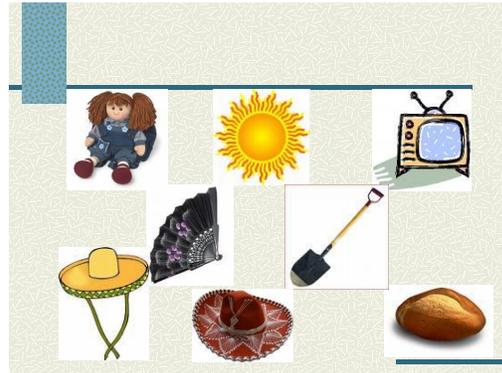
6



7



8



9

Actividad para realizar en casa.

1. Tomar un objeto, el que sea, cuanto menos atractivo sea para nuestra mente más difícil nos resultará prestarle atención pero más beneficio tendrá el ejercicio: una fruta, una lámpara, un bolígrafo. Al principio es mejor elegir objetos simples.
2. Concéntrase en el objeto elegido durante unos minutos intentando pensar únicamente en él y luego deberemos anotar o simplemente observar todas las impresiones o ideas que hayan surgido (forma, color, textura, etc).
3. Al día siguiente volver a tomar el mismo objeto y dedicarle un tiempo similar en volver a analizarlo. Muy probablemente notarán nuevas impresiones que no vieron el primer día y el interés por el objeto será mayor.
4. ¡Tras unos días de haber seguido haciendo este ejercicio les impresionará ver la cantidad de información que se obtiene!

SESIÓN 4

1

Actividad de relajación (“El grito energético”).

⌘ Instrucción:

- Las personas **de pie** levantarán las manos hacia el techo (de ser posible) intentando alcanzarlo, realizarán una **inspiración profunda** (manteniendo el aire dentro), realizar un conteo de **10 segundos** al mismo tiempo que deberán echarán la cabeza hacia atrás e impulsándose hacia enfrente y abajo **emitirán un grito “AH”** (lo más **fuerte** posible) sacando el aire.
- La actividad se repetirá en 2 ocasiones más.

2

Actividad

⌘ Instrucción:

- Las personas deberán observar una película atentamente.
- Posterior a ello responderán a preguntas referentes a los sucesos, personajes, objetos, etc... de dicha película.

3

Actividad para realizar en casa.

⌘ Instrucción:

- Que las personas se reúnan en alguna casa (en grupos pequeños), para ver alguna película o programa de TV.
- Posterior a ello tienen que comentar dicho programa o película entre ellos(as).

SESIÓN 5

1

Actividad de relajación (“La Tarántula”).

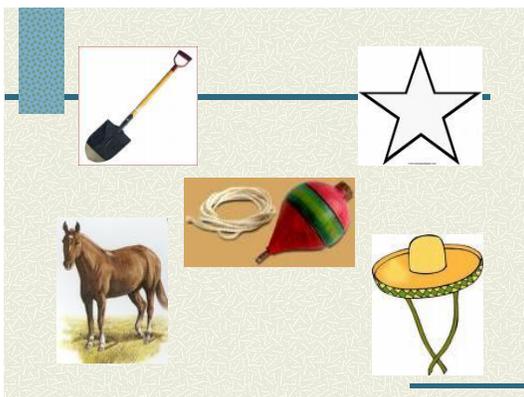
- ⌘ Instrucción:
 - Las personas pueden estar **de pie o sentadas**.
 - La actividad consiste en imaginar que se tiene tarántulas en todo el cuerpo, para que con las manos se **sacudan** dichas arañas, es decir, darse **pequeños golpecitos en todo el cuerpo** (cabeza, tronco, brazos, piernas, espalda, etc.).

2

Actividad 1.

- ⌘ Instrucción:
 - Durante unos segundos se le presentarán unas imágenes, obsérvelas muy bien.

3



4

- ⌘ Ahora mencione cuáles imágenes recuerda.

5

Actividad 2 (en equipos de 5 personas).

- ⌘ Instrucción:
 - Durante un minuto intente memorizar la siguiente lista de palabras (objetos).
 - Luego construya (invente) una historia (relato) con ellas(os).

6

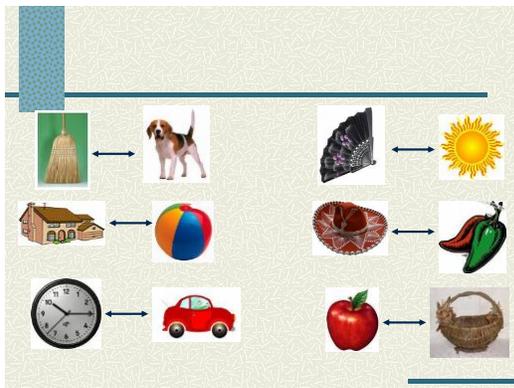
CASA 	PAN 	RELOJ 	MANZANA 
MUÑECA 	SILLA 	SOL 	TELEVISOR 
ABUELO 	COCHE 	ÁRBOL 	NIÑA 

7

Actividad 3

- ✦ Instrucción:
 - Observe atentamente estas parejas de imágenes e intente recordarlas.

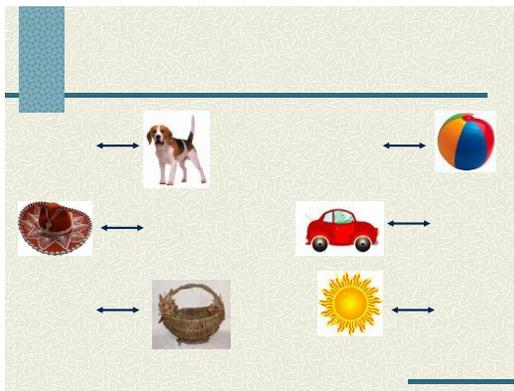
8



9

- ✦ Ahora intente recordar la imagen u objeto correspondiente para completar las parejas.

10



11

Actividad para realizar en casa.

- ✦ Elaboración de una historia con 5 objetos de su casa. En la siguiente sesión se tendrá que comentar dicha historia.
- ✦ Asociar 5 pares de objetos y que planten como llevaron acabo la estrategia de asociación

SESIÓN 6

1

Actividad de relajación (“Respiración abdominal”).

⌘ Instrucción:

- La persona puede estar en bipedestación (**de pie**) en decúbito (**acostada**), **sentada**, incluso **caminando**. Se recomienda que las **posiciones** sean lo más **cómodas** posibles.
- Las **manos** colocarlas una en el **abdomen** y la otra en el **pecho**, realizar una **inspiración profunda en silencio**, **contando 4** (“inflando el abdomen”) **deteniéndolo** en el interior **contando 4** y **expirar** (sacando el aire por la boca) **contando 4**.
- Repetir en dos ocasiones más.

2

Actividad 1 (en equipos de 5 personas)

⌘ Instrucción:

- Escriban:
 - 15 nombres de comunidades o barrios de su localidad.
 - 15 nombres de mujeres.
 - 15 nombres de frutas

3

Actividad 2

⌘ Instrucción:

- Escuche atentamente el siguiente texto para responder posteriormente las preguntas.

4

Actividad 3 (en parejas)

- ⌘ Observe atentamente los siguientes dibujos e intente memorizarlos con las palabras que se encuentran debajo de las figuras.

5



GALLINA

ABEJA

QUESO

BOTELLA

CORONA

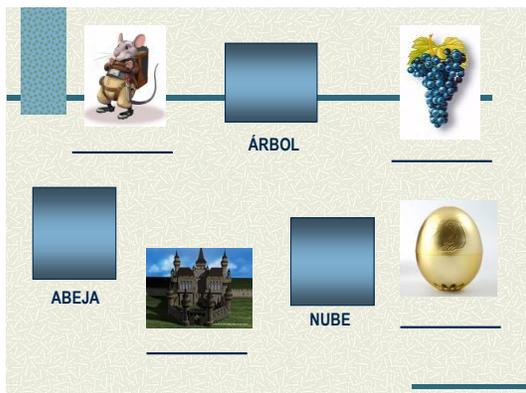
ÁRBOL

NUBE

6

⌘ Mencione las palabras e imágenes faltantes:

7



ÁRBOL

ABEJA

NUBE

8

Actividad para realizar en casa.

⌘ Se solicitará a las personas que lleven 2 objetos de casa que le recuerden algo y que en la sesión siguiente comenten la historia de dicho objeto.

SESIÓN 7

1

Actividad de relajación (Visualización con Programación Neuro-Lingüística PNL).

Instrucción:

- Es importante que la persona se encuentre en una posición cómoda de preferencia sentada, las piernas deben estar un poco separadas (puede quitarse los zapatos), la espalda derecha, con la cabeza erguida y las manos apoyadas cómodamente sobre los muslos.
- El espacio debe estar libre de ruidos externos, con luz suave, adecuada y a temperatura agradable.
- Luego se pedirá que las personas cierren los ojos.
- Y se darán las indicaciones para realizar un "viaje imaginario"... LA FUERZA DEL VIEJO ROBLE.

2

Actividades (equipos de 3-5 personas).

Conformar equipos de trabajo para implementar juegos de mesa.

- Rompecabezas.
- Memorama.
- Lotería

3

Actividad para realizar en casa.

Que las personas se lleven alguno de los rompecabezas y practiquen como armarlo.

SESIÓN 8

1

Actividad de relajación (Respiración alternada).

⌘ Instrucción:

- Se les pide a las personas que inhalen aire por la nariz, posteriormente que se tapen la fosa nasal derecha y saquen el aire por la izquierda (seguir tapando la fosa derecha) y que inhalen nuevamente aire, en este momento se les indica que destapen su fosa nasal derecha y que tapen la izquierda sacando ahora el aire por la derecha.
- El ejercicio se debe de realizar por tanto tapando y destapando las fosas nasales de manera alternada.
- Repetir el ejercicio en 10 ocasiones.

2

Actividad 1

⌘ Instrucción:

- Escuche las siguientes melodías e intente identificar cuál es el título de la canción.

3

Actividad 2

⌘ Completar los siguientes dichos y refranes:

- A río revuelto...
- Más vale pájaro en mano...
- El que madruga...
- Cuando el río suena...
- Al pan, pan y al...
- Allá donde fueres...

4

Actividad 3

⌘ Instrucción:

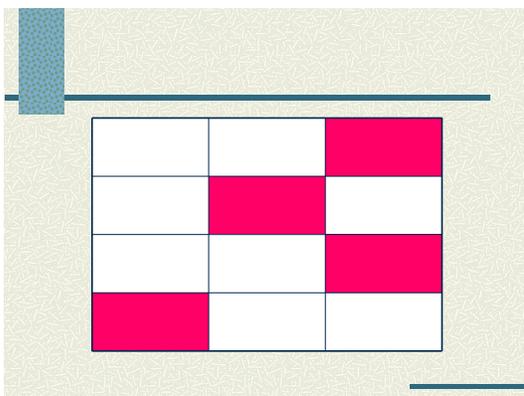
- Que las personas observen por un momento la siguiente cuadrícula en la cual algunos cuadros se encuentran sombreados, posterior a ello tienen que indicar en una cuadrícula en blanco los espacios que anteriormente estaban sombreados.

5

6

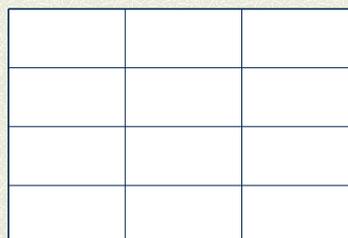
¿QUÉ CUADROS ESTABAN SOMBREADOS?

7

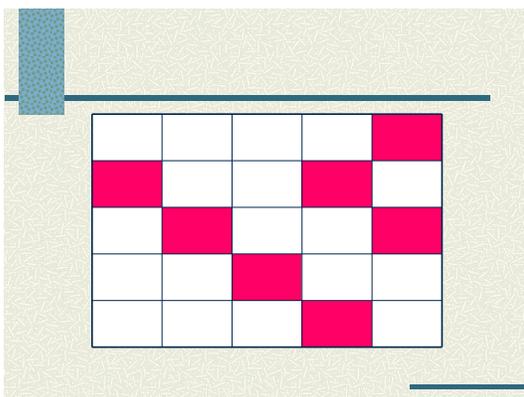


8

¿QUÉ CUADROS ESTABAN SOMBREADOS?

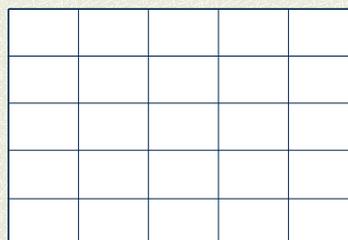


9



10

¿QUÉ CUADROS ESTABAN SOMBREADOS?



11

Actividad para realizar en casa.

- ✦ Escuchar una melodía, y para la sesión siguiente que mencione el nombre, de qué trata y qué le recuerda.

SESIÓN 9

1

Actividad de relajación.

- # Instrucción:
 - Se solicita un recipiente con arena (muy fina) para cada persona.
 - Se introducen las manos en el recipiente para que la persona juegue con la misma, sienta su textura, además se pueden incluir piedras de río o mar en el recipiente.
 - La actividad se acompaña de música de naturaleza y dura aproximadamente 5 minutos.

2

Actividad 1

- # Instrucción:
 - Observar por 30 segundos la siguiente imagen:

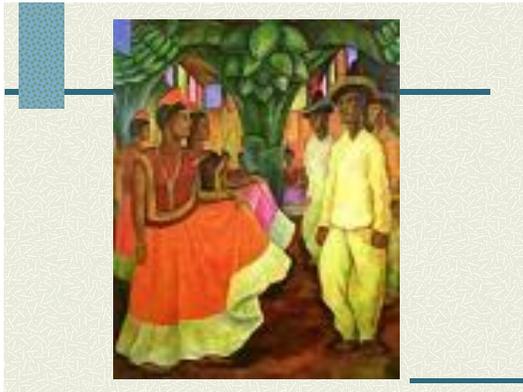
3



4

- # ¿Qué objetos hay en la mesa?
- # ¿Qué frutas?
- # ¿De qué color es la botella?
- # ¿De qué color es la manzana?

5



6

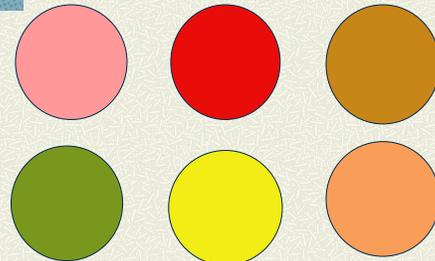
- ‡ ¿Qué están haciendo las personas?
- ‡ ¿De qué color es el techo?
- ‡ ¿Cuántas mujeres hay?
- ‡ ¿Qué tienen los hombres en la cabeza?

7

Actividad 2

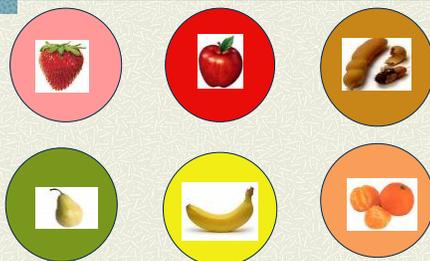
- ‡ Instrucción:
 - Se presentará una serie de círculos de colores y se les pide a las personas que observen e intenten recordar el orden de los colores.

8



9

ESTA LÁMINA SIRVE PARA AYUDAR A QUE ASOCIEN LOS COLORES CON FURTAS.



10

Actividad 3 (en equipos de 3 personas).

- ‡ Instrucción:
 - Se presentarán imágenes de verduras y carnes por un minuto.
 - Después se les pide que inventen, un platillo anotando (o describiendo) el procedimiento de preparación.

11



12

Actividad para realizar en casa.

- Se solicita como tarea que las personas construyan una receta de cocina.

SESIÓN 10

1

Actividad de relajación (Movimiento de hombros).

⌘ Instrucción:

- Las personas deberán mover sus hombros:
 - Hacia arriba y hacia abajo (primero juntos, después de forma alternada).
 - Hacia adelante y hacia atrás.
 - En forma circular (hacia adelante y hacia atrás).

2

Actividad 1

⌘ Instrucción:

- Observe las fotografías de las siguientes personas y lea el nombre que le corresponde.

3



MARÍA

4



BENITO

5



DULCE

6



RAFAEL

7



JUAN

8



CARMEN

9



DOLORES

10



EMILIO

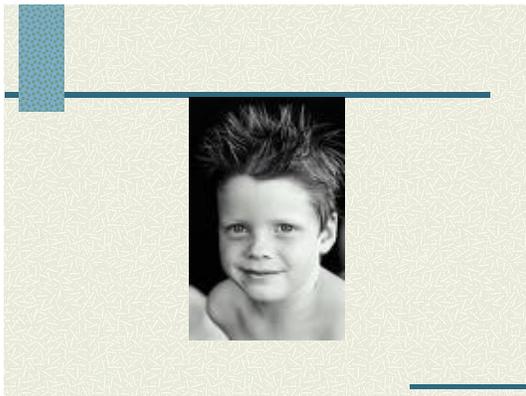
11



12



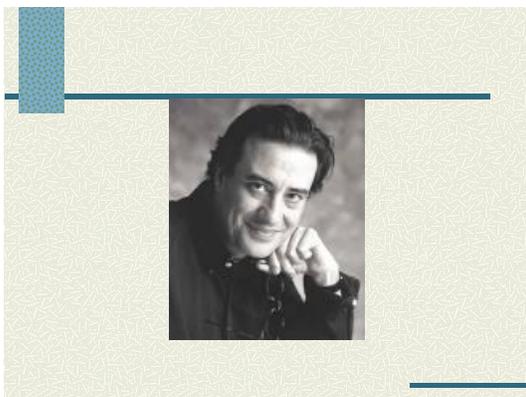
13



14



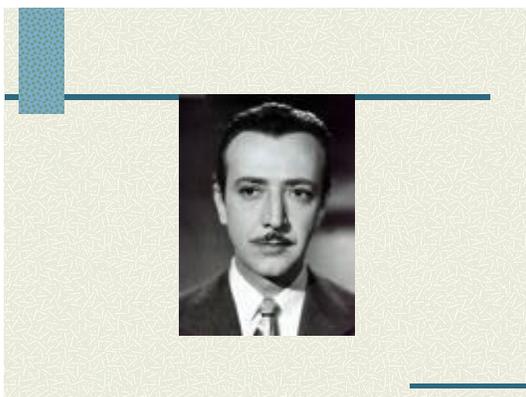
15



16



17



18

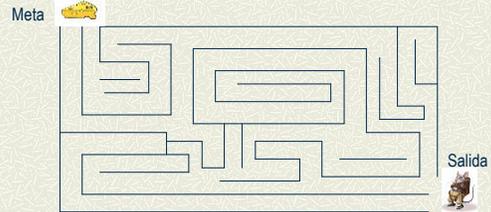


19

Actividad 2

- ✦ Instrucción:
 - Se les presentará a las personas diferentes formatos de laberintos, para que encuentren el camino de salida (o la meta).

20

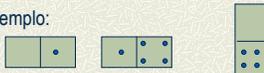


21

Actividad 3 (en equipos de 4 personas)

- ✦ Instrucción:
 - Se les solicita a las personas que encuentren las parejas (coincidencias de puntos) de fichas de domino (de una mitad), para armar propiamente el juego utilizando todas las fichas.

Ejemplo:



22

Actividad para realizar en casa.

- ✦ Instrucción:
 - Solicitar que las personas acudan a la reunión del taller o NG, por otra ruta, es decir, cambiar el camino por el cuál están acostumbrados(as) a llegar (caminar por otras calles).

SESIÓN 11

1

Actividad de relajación (Masaje).

⚡ Instrucción:

- Se solicita que formen **parejas**.
- Después que una persona se coloque al frente y **de espaldas** a su compañero(a) **de pie o sentado(a)**, quien con las manos le dará un masaje en la espalda, frotando suavemente (se puede utilizar pelotitas de esponja para dar el masaje).
- Posteriormente, se coloca la persona que dio el masaje para que ahora su compañero(a) le dé a ella el masaje.

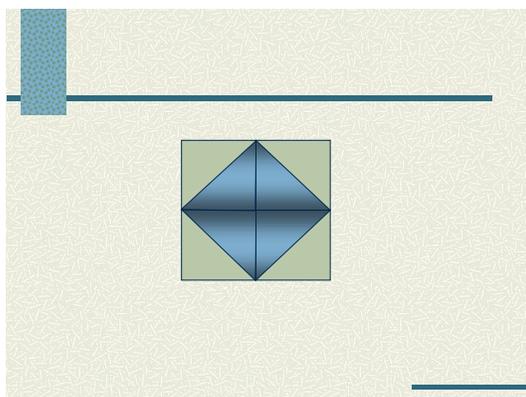
2

Actividad 1

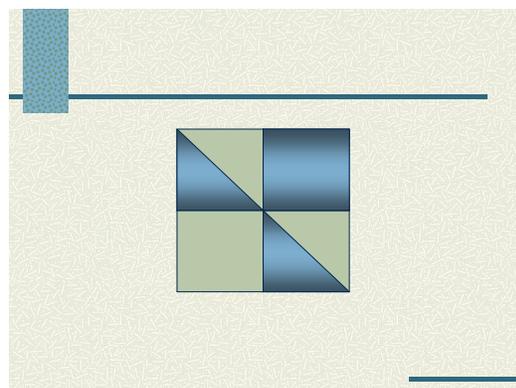
⚡ Instrucción:

- Observe atentamente estas imágenes por unos momentos.
- Posteriormente y sin mirar intente reproducirlas .

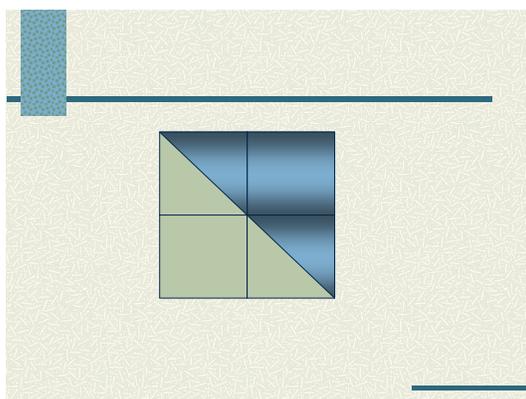
3



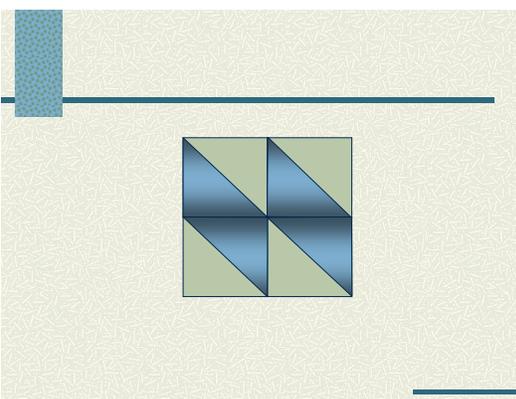
4



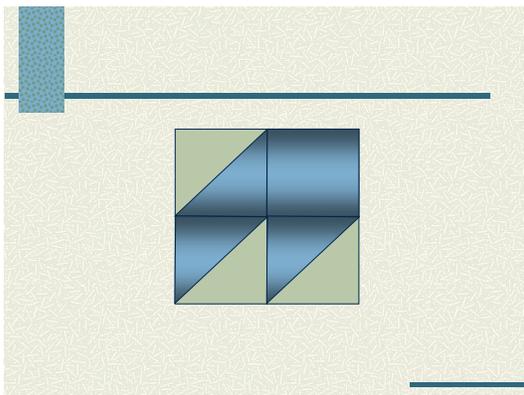
5



6



7



8

Actividad 2

⌘ Instrucción:

- Las personas deberán identificar todas las cifras que contengan el siguiente número en la tabla.

3

9

7	2	27	44	9	53
90	6	3	12	4	16
22	32	5	0	1	43
49	21	55	66	13	71
63	78	19	37	33	11
10	24	30	91	8	50

10

Actividad 3

⌘ Instrucción:

- Observar la siguiente tabla con figuras.
- Todas ellas tienen pareja, excepto una. ¿Diga cuál es la que no tiene pareja?

Anexo 6

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Influencia de un programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Investigador: Licenciado en Enfermería y Obstetricia Juan de Francisco José Castro Mariscal
Alumno del Programa de Maestría en Enfermería
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Este estudio ha sido elaborado con la finalidad de conocer la influencia que puede tener un programa de intervención de enfermería para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Para lograr este objetivo se aplicara un programa de estimulación de memoria que no implica daño alguno para el adulto mayor o su familia, mismo que ha sido aprobado por las autoridades correspondientes del INAPAM. El procedimiento a seguir en este estudio incluye: 1 Responder los instrumentos seleccionados para evaluar la presencia de deterioro cognitivo, déficit de memoria, presencia de probable depresión y grado de calidad de vida, antes de iniciar la aplicación del programa de estimulación de memoria, 2 Participar en las sesiones y en las actividades del programa de estimulación de memoria, 3 Una vez concluido el programa de estimulación responder nuevamente los instrumentos para evaluar la eficacia del programa , determinar si contribuyó a disminuir el deterioro cognitivo, si mejoró el déficit de memoria, y si logró disminuir la depresión y si aumento su calidad de vida.

Cualquier duda sobre el estudio puede preguntar a los aplicadores de los instrumentos o al responsable del proyecto, la información que se obtenga de los participantes para éste estudio se mantendrá en el anonimato.

El participante: Después de haber leído detenidamente el formulario de consentimiento informado, declaro que acepto participar en el estudio por lo cual otorgo mi firma voluntariamente.

Firma del participante en el estudio

Fecha