



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**IMPACTO DE LA ESTIMULACION COGNITIVA EN EL ADULTO  
MAYOR A TRAVES DE ACTIVIDADES RECREATIVAS**

MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA EN PERSONAS  
CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS FAMILIAS 020 MEGA PROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS  
EPIDEMIOLOGICAS, GENÓMICAS Y PROTEOMICAS EN SALUD PUBLICA 05.5

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**ROCIO BEATRIZ CARRILLO REYES**

**NO. DE CUENTA:**

**302642285**

**MTRA.: ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MÉXICO, DF. 2013**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por haber confiado en mí, y darme la oportunidad de estudiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ya que sin ellos no hubiera podido terminar la carrera, por su apoyo incondicional, sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y creer en mí, por su esfuerzo, dedicación y entera confianza, las largas horas de desvelos, los buenos y malos momentos, quienes siempre me procuraron y me dieron lo mejor, muchas gracias papis los quiero.

Mami, tu eres la persona que siempre me ha levantado el ánimo tanto en los momentos difíciles de mi vida estudiantil como personal. Gracias por tu paciencia y esas palabras sabias que siempre tienes para mis enojos, mis tristezas, y mis momentos felices, por ser mi amiga y ayudarme a cumplir mis sueños, TE QUIERO MUCHO.

Papi, gracias por tu apoyo, la orientación que me has dado, darme las herramientas para poder realizarme en mis estudios. Agradezco los consejos sabios que en momento exacto has sabido darme para no dejarme caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar decisiones que me ayuden a balancear mi vida, TE QUIERO MUCHO.

A mi hijo Ian Gabriel, quien me enseñó el significado del amor, la paciencia y las ganas para luchar por alguien que me necesita, por su paciencia aun cuando quería jugar y yo estudiar, con quien aprendí a organizar mi tiempo siendo mamá y estudiante, quien con una sonrisa y un beso me animaba a seguir adelante por él, la luz de mi vida gracias corazón esto es por ti.

A mi marido Gabriel Valdez, mil gracias por acompañarme en este proceso, por sobre todo, tu amor, tu comprensión, paciencia y fortaleza que permitieron que pudiese, ser mamá, sino también llegar a estudiar para concluir mi sueño, porque siempre me impulsas a seguir adelante. Como en todo lo que escribo, estás

presente en mi mente y en el alma de estas líneas. Contigo aprendo constantemente y quien se esfuerza para darme lo mejor. Amo vivir contigo. Amo saber que tu compañía se extenderá mucho más allá de este período, llegando incluso a ser viejos. Te amo corazón, porque eres el amor de mi vida, mi cómplice y mi mejor amigo. Gracias amor TE AMO.

A todos y cada uno de los profesores, con los que aprendí no solo las materias, aprendí a ser mejor persona y nunca darme por vencida, y las largas horas de estudio en cada una de las materias para que yo aprendiera junto con el resto de mis compañeros cada una de las mejores lecciones.

Así como el grupo de adultos mayores con quienes conviví y los cuales me compartieron su vida, su tiempo en el taller, y con los cuales me lleve una gran amistad.

## Índice

	Páginas
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. PREGUNTA	4
3. OBJETIVOS	4
3.1Objetivos general	
3.2 Objetivos especifico	
4. JUSTIFICACION	5
5. MARCO TEORICO	
5.1 Adulto mayor	6
5.2 Memoria	13
5.2.1 Tipos de memoria	18
5.3 Deterioro cognitivo	26
5.3.1 Tipos de deterioro cognitivo	28
5.3.2 Plasticidad cerebral	29
5.3.3 Demencia	33
5.3.3.1 Demencia tipo Alzheimer	36
5.3.3.2 Síntomas de demencia tipo Alzheimer	38
5.4 Estimulación cognitiva	43
5.5 Actividades recreativas	45

5.6 Generalidades de la disciplina de enfermería	47
5.6.1 Enfermería y su historia	50
5.6.2 El cuidado de enfermaría	56
5.6.3 Rol de la enfermería en el cuidado recreativo del adulto mayor con demencia	58
5.7 Tlalpan, Colonia Huipulco	59
6. METODOLOGIA	
6.1 Tipo y diseño de estudio	60
6.2 Universo, población y muestra	61
6.3 Criterios	61
6.3.1 Incisión	61
6.3.2 Exclusión	61
6.3.3 Eliminación	61
6.4 Periodo y lugar	61
6.5 Intervención	62
6.5.1 Protocolo	62
6.5.2 Instrumento de recolección de datos	63
6.5.3 Cuadernillo del taller de memoria	67
6.7 Aspectos bioéticas	100
7. RESULTADOS	104
8. ANALISIS DE RESULTADOS	108
9. DISCUSION	112
10. CONCLUSIONES	114
REFERENCIA	117

BIBLIOGRAFIA	123
--------------	-----

## ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado.	127
Anexo 2 Cronograma de actividades del "Taller de memoria".	128
Anexo 3 Graficas de cada caso del cuadernillo de actividades.	136

## **Introducción**

La memoria es una de las principales funciones del cerebro y su objetivo es recoger y guardar la información proveniente del mundo externo, para evocarla cuando sea necesario.

La pérdida de es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece. En efecto, si bien a cualquier edad pueden aparecer enfermedades cerebrales que causan fallas de memoria, son más frecuentes en los adultos mayores. Entre estas enfermedades algunas de las que se pueden mencionar son la enfermedad de Alzheimer, el deterioro cognitivo leve, las lesiones vasculares, el efecto de fármacos o drogas y los trastornos emocionales.

El envejecimiento normal puede causar algo de olvido. Es normal tener algunos problemas para aprender un nuevo material o necesitar más tiempo para recordarlo.

Sin embargo, el envejecimiento normal no conduce a la pérdida considerable de la memoria. Esa pérdida de memoria se puede deber a otras enfermedades.

En el adulto mayor, la pérdida de memoria puede llevar a olvidar eventos recientes o nuevos, eventos pasados o remotos o ambos.

Esto puede llevar a tener dificultades para aprender información nueva o formar nuevos recuerdos en el adulto mayor. Dicha pérdida de la memoria puede ser temporal (transitoria) o permanente.

Para llevar a cabo este estudio, la presente tesis propone una organización en la cual en el apartado uno, se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación en la cual se plantea, se describen los objetivos generales y específico, así como la justificación.

En el apartado numero dos del marco teórico, se realiza una revisión de los conceptos tratados en este estudio. Se estructura en siete capítulos distintos. En



el primera parte se aborda al adulto mayor, en el segunda parte se contempla memoria, tipos de memoria, en el tercera parte se analizan los conceptos de deterioro cognitivo, tipos de deterioro cognitivo, plasticidad cerebral, demencia, demencia tipo Alzheimer, síntomas de demencia tipo Alzheimer, en el cuarta parte se aborda la estimulación cognitiva, en el quinta parte se contemplan las actividades recreativas, en el sexta parte se mencionan las generalidades de la disciplina de enfermería, aspectos históricos, el cuidado en la enfermería, rol de la enfermería en el cuidado recreativo del adulto mayor con demencia, en el séptima parte se aborda Tlalpan colonia Huipulco.

En el apartado numero tres de esta tesis, se describe la metodología utilizada en el estudio, se describe la muestra señalada, los instrumentos utilizados en la investigación así como el contenido del cuadernillo de actividades.

El apartado número cuatro se describen los resultados, análisis de resultados y la discusión, y finalmente en el apartado número cinco se describen las conclusiones, las bibliografías necesarias para la comprensión y desarrollo del tema y con un apartado de anexos en el que se presenta el consentimiento informado y algunas graficas utilizadas para llevar a cabo la investigación.

## 1-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un fenómeno demográfico de alcance mundial, prácticamente todas las sociedades experimentan actualmente, un aumento de la población mayor de 60 años y una reducción en el porcentaje de niños y adolescentes.<sup>1</sup>

En las últimas cuatro décadas se ha producido a nivel mundial un aumento progresivo de la longevidad, el número de personas mayores de sesenta años está creciendo con mayor rapidez que otros grupos de edad y resulta evidente el cambio en la pirámide poblacional de los países desarrollados. En México la población de adultos mayores entre los años 2000 y 2006 creció en 1.5 millones de personas, al pasar de 6.7 a 8.2 millones, lo que representa un incremento del 20%.<sup>2</sup>

Uno de los problemas emergentes que México requiere enfrentar es el rápido crecimiento de la población de la tercera edad. La magnitud de la población de 60 años de edad o mas se estima actualmente en 6.7 millones (3, 023,185 hombres y 3, 666,472 mujeres) y, de acuerdo con las proyecciones del CONAPO, aumentara a 9.8 millones en el 2010, con tasas anuales de crecimiento superior a 3.5%.<sup>3</sup>

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población conllevan un incremento en la incidencia y la prevalencia de determinadas enfermedades, como los trastornos cognitivos.

La sociedad también adopta la misma actitud negativa, de forma que, cuando alguien se acerca a la adultez tardía y tiene un fallo de memoria, los que los rodean le recuerdan la edad en la que están entrando. Todo ello responde a una

---

1 Garrido LF, Gómez Dantes H. Envejecimiento demográfico en México. 2da ed. México: salud pública de México; 2000.

2 Dantes H. Programa de acción: Atención al Envejecimiento. México: Elsevier 2001.

3 Quetzaly Elodia C, Eduardo M. Fernanda S. Adultos Mayores (sede web). México 2010 (actualizada el 4 Agosto 2008; acceso 1 octubre 2010). Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas>.

identificación entre vejez y deterioro de la memoria. Los trastornos cognitivos son uno de los principales problemas de la población de edad avanzada. Su prevalencia se estima en un 10% en los mayores de 65 años. El envejecimiento aporta una serie de cambios, como la pérdida de neuronas y la disminución de neurotransmisores, que se manifiestan por la alteración de la memoria, lentitud general de las actividades y déficit perceptivos y de las habilidades psicomotoras<sup>4</sup>.

El deterioro cognitivo asociado a la edad está causado por la combinación de cambios físicos en el cerebro junto con la disminución progresiva de actividades que comporten un aprendizaje y que requieran un mínimo de atención.

La memoria es un proceso cognitivo flexible, versátil, maleable y frágil, y por ende muy vulnerable al cambio. La memoria es ante todo un poderoso sistema de adquisición y transmisión de conocimientos que nos permite revivir el pasado, interpretar el presente y planificar el futuro.<sup>5</sup>

La vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales.

Tener y percibir fallos en la memoria suele ser un tema recurrente cuando las personas se acercan a la vejez o están inmersas en ellas. A partir de un momento determinado de la vida los posibles fallos de memoria a relucir en los adultos mayores. En muchos de los casos algunos adultos mayores se convierten en críticos consigo mismos y desarrollan a un auto concepto muy negativos en lo referente a la memoria.

---

4 Bermejo F, López L, Pascual LF. Trastornos de memoria y deterioro cognitivo en el anciano, Demencias: Conceptos actuales. Barcelona: Ferrer Internacional, 2010.

5 Vargaz Ruiz José María, Revista Antropos Huellas Del Pasado. Barcelona: Paidós, 2010.

Si bien es cierto que el anciano ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en relación con algunas actividades cognitivas, en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que se conoce como sabiduría, la cual ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera el adulto mayor posee un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> González M. Desarrollo de la edad adulta tardía o vejez (sede web) misterios de la ciencia y tecnología 2005 (actualizada el 5 Marzo del 2006; acceso 7 Octubre 2012). Disponible: <http://www.rena.edu.ve/cuartaetapa/psicologia>.

## **2-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el impacto de la estimulación cognitiva en el adulto mayor a través de actividades recreativas?

## **3-OBJETIVO GENERAL**

Mejorar las habilidades y capacidades cognitivas en el adulto mayor a través de actividades recreativas.

### **3.1-OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Estimular la memoria a corto y largo plazo en los adultos mayores a través de actividades recreativas.
- Desarrollar estrategias que posibiliten mantener una memoria activa en el adulto mayor a través de actividades recreativas.

#### **4.-JUSTIFICACION**

Cuando se llega a la vejez, algunas de las funciones resultan afectadas de distinta forma en diferentes individuos. La afectación de las memorias es una de las más frecuentes. Es la que se afecta mas ya que el quienes somos, de donde provenimos, y cuál es la historia de cada uno de nosotros, se encuentran afectados, por la falta de memoria.

Los talleres de estimulación cognitiva son de gran ayuda para mantener y potenciar las diferentes capacidades cognitivas (atención, memoria, etc.), ya que estos talleres ayudan no solo al adulto mayor sino a su familia al mantener activa su memoria.

El ser humano requiere de estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permite el avance de déficit cognitivo que presente.

La importancia de estos talleres en la enfermería, radica en la prevención de algunas enfermedades como el Alzheimer, así como en aplazar las fases que hay entre uno y otro de esta enfermedad.

En cambio para las personas sanas la ayuda a mantener constante la memoria, así como su autonomía, autoestima altos, ya que les permite ser autosuficientes de sus familias con lo que se consigue una autoestima alta.

## 5-MARCO TEÓRICO

### 5.1-Adulto Mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.<sup>7</sup>

El envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de cambios físicos de diversa índole que poco a poco van derivando en la fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades

Se presenta un declive de las funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad del procesamiento de la información. Este deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como:

Ambientales.

En cuanto a los factores ambientales, la reducción de las demandas del entorno (por ejemplo, la pérdida de actividades laborales), trae consigo un proceso de desentrenamiento de las habilidades cognitivas que, al menos en parte, puede ser responsable de dicho declive. Es importante tener en cuenta que: “El aprendizaje y la memoria son procesos correlacionados capaces de sufrir modificaciones en función de los estímulos ambientales.

El envejecimiento es parte del ciclo vital del hombre, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características.

---

7 López C. El adulto mayor (sede web). España. Fisterra.com 2008 (actualizada el 5 Febrero 2009, acceso el 10 enero 2013). Disponible en [catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/.../capitulo1](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/.../capitulo1).

Como parte de los cambios físicos del envejecimiento se pueden nombrar los cambios en la configuración general (arrugas, postura encorvada, canas, etc.); pérdidas sensoriales (reducción de la agudeza auditiva y visual) y disminución de las funciones vitales, un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades como artritis, diabetes, procesos cardiovasculares, entre otras.

Entre los cambios intelectuales se encuentran la disminución del tiempo de reacción y el deterioro de la memoria reciente.

Así mismo, podemos incluir entre las modificaciones sociales la jubilación laboral y la adaptación a nuevas situaciones que generan nuevas actividades cotidianas como las pérdidas del conyugue, de amigos y familiares, los cambios en el estilo de vida o en el entorno, la preparación para la muerte.<sup>8</sup>

Es evidente entonces que si el envejecimiento comprende un declive de las funciones corporales que vieron su máximo esplendor durante la juventud, este se relacione con una pérdida de la calidad de vida y de la independencia en las actividades básicas e instrumentales que sostienen nuestros estilos de vida, haciendo que parezca casi imposible hablar sobre salud durante la vejez, ya que está íntimamente relacionada con los famosos “achagues” de los adultos mayores.

En la vejez la memoria inmediata es la que más se deteriora. En cambio la memoria a largo plazo, se conserva mucho mejor. En muchas de las ocasiones hay adultos mayores que narran su infancia, así como los nombres de sus amigos y lugares sin problemas, pero probablemente les cuesta recordar que hicieron el día anterior

El envejecimiento es un proceso uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente,

---

<sup>8</sup> Carnevalli D. Enfermería Geriátrica. 2da ed. Madrid: Interamericana, 1986.



en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta.

#### Apariencia física, postura y marcha

En cuanto a la composición corporal, el envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Aumenta de forma relativa la grasa, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas). Estos cambios, aparte de modificar la apariencia física, disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación.

Estas modificaciones determinan cambios importantes en la apariencia física (arrugas, palidez, manchas, encanecimiento, pérdida del pelo, pérdidas del vello axilar y pubiano) y predisponen a la aparición de diversos problemas (fragilidad capilar, mayor sensibilidad a lesiones por el sol, etc.)

La talla disminuye debido, fundamentalmente, a cambios que acontecen en la columna vertebral (disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas). La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal (curvatura de la columna dorsal en forma de giba) y una ligera flexión de rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres.

La marcha se modifica debido a cambios en el sistema nervioso y muscular (pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos). La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañante.

## Órganos de los sentidos

Las modificaciones en los órganos de los sentidos favorecen la falta sensorial y suponen un riesgo importante de sufrir situaciones de alto poder invalídate (aislamiento social, confusión, caídas, etc.).

- Vista

Es uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y que más puede influir en la autonomía del adulto mayor.

Se producen alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino, que pueden determinar disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento.

- Oído

Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia). Se ve favorecida la aparición de alteraciones del equilibrio.

- Gusto

Disminuyen el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Estas modificaciones, junto a una producción de saliva disminuida, condicionan una menor satisfacción con la comida.

- Tacto

Disminuye la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.

- Sistema nervioso

A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal variable, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos.

Estas modificaciones hacen a la persona mayor susceptible, en determinadas circunstancias, a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas.

- Sistema cardio-vascular

A nivel cardíaco se produce una disminución de las células miocárdicas. El gasto cardíaco disminuye y, por tanto, la sangre que se distribuye a los distintos órganos.

- Aparato respiratorio

Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones.

Estas modificaciones determinan una disminución de la capacidad vital que se manifiesta, ante situaciones de estrés, con déficit de oxigenación.

- Aparato digestivo

Se produce disminución de la producción de saliva, lo que junto a la frecuencia de pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente.

Hay una disminución del peristaltismo a todo lo largo del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y grueso). Esto condiciona un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento.

- Aparato génito-urinario

La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida, junto al tono de su musculatura y esfínteres. El aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné (suelo de la pelvis) en las mujeres, contribuye, junto a las modificaciones anteriores, a la aparición de alteraciones tan frecuentes como la incontinencia, la retención urinaria o la aparición de infecciones recidivantes.

La disminución en la producción de hormonas sexuales condiciona modificaciones en los caracteres sexuales. Así, en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la

flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuyen el tamaño de la vulva y clítoris. La mucosa vaginal se atrofia.

En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal.<sup>9</sup>

La inteligencia resulta muy difícil medirla, el punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso declina. La actividad intelectual que se mantenga va a influir de manera muy importante: cuanto más activo se pueda ser intelectualmente el riesgo de deterioro es menor.

#### Pérdida de memoria por la edad

La memoria es una función bastante vulnerable debido a las diferentes estructuras que participan en ella. A partir de los 50 años se produce un declive en las funciones, pero no en todas las áreas. Con la edad se elabora bien el paso de la memoria de corto a largo plazo. Las personas de edad avanzada se enfrentan con grandes problemas en tareas que suponen atender varias cosas a la vez o cuando la información debe ser organizada.

Se tiene más problemas en el pensamiento o codificación de la nueva información. Puede ser difícil diferenciar entre lo que supone una pérdida de memoria propia de la edad y el límite patológico.

Los cambios que ocurren en el cuerpo con el transcurso de los años pueden afectar la pérdida de la memoria. Al cumplir 20 años de edad, se comienza gradualmente a perder células cerebrales y el número de las mismas que se pierde aumenta con la edad. Nuestro cuerpo también comienza a formar una menor cantidad de sustancias químicas que son necesarias para que las células cerebrales funcionen. Estos cambios influyen sobre la manera en la cual el

---

<sup>9</sup> Marín J.M. Envejecimiento. Madrid: Panamericana, 2000.

cerebro almacena la memoria reciente lo cual causa, por ejemplo, olvidos como la dirección de un lugar de donde acaba de venir. Este tipo de pérdida de la memoria es normal en una persona mayor.<sup>10</sup>

La capacidad de la memoria va disminuyendo con la edad. El envejecimiento de nuestra estructura, la pérdida neuronal, la disminución de la velocidad de transmisión del impulso nervioso, entre otros, son variables importantes que dejan ver sus consecuencias en el funcionamiento general de nuestra mente.

Cuando se dice que con la edad disminuye la memoria no siempre ocurre de la misma manera en todas las personas y en todas las aéreas. El declive cognitivo comienza a observarse, en una gran parte de la población entre los 50 y 60 años, y en personas sin patología cognitiva. Algunos individuos conservan una memoria y unas facultades intelectuales prodigiosas durante toda su vida. Pero hay una mayoría que tiene, por muy diversas causas, peor memoria en la vejez que en la juventud, este grupo de ellos al que los problemas de memoria les producen numerosos olvidos cotidianos (olvidar el nombre de las personas, donde han puesto un objeto, olvidarse de pagar algún recibo), se dice que estas personas tienen perdida o alteración de la memoria asociada a la edad.

Causas que producen estos problemas de memoria en los adultos mayores.

Cambios orgánicos: Transformaciones en el cerebro que dificultan los procesos de memoria, problemas de vista y oído que impiden registrar bien la información.

Cambios psicológicos o de comportamiento: Menor utilización de las facultades que cuando se era joven, pensamientos negativos de la propia capacidad como "ya soy viejo y no puedo hacerlo mejor", estrés o preocupaciones, la falta de empleo

---

<sup>10</sup> Grajales M. Problemas cognitivos y emocionales. Presbyterian. The university hospital of columbia and cornell, 64(4), 10-11, 2004.

de estrategias de memoria o su uso inadecuado, el poco esfuerzo ante un problema de memoria.

Cambios sociales: Disminución de las relaciones con los demás, aislamiento, falta de interés.

En resumen no hay una única causa sino que intervienen diferentes factores. Algunos de estos factores se pueden cambiar y por lo tanto mejorar la memoria, mientras que en otros no puede modificarse.<sup>11</sup>

## **5.2- Memoria**

La memoria la podemos entender como un proceso cognitivo mediante el cual las neuronas hacen sinapsis para dar como resultado el almacenamiento de información, “la capacidad de recuperar informaciones adquiridos”.

Es decir, es el proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar la información, constituye un proceso básico para la adaptación del ser humano al mundo que lo rodea”<sup>12</sup>

La afectación de ésta, se denomina amnesia. Suele tratarse del síntoma cognitivo que se afecta más precozmente. Abarcando a los diferentes componentes de la memoria: Inminente, reciente, remota, etc., con dificultad para el aprendizaje de nueva información.

La memoria es una de las principales funciones del cerebro y su objetivo es recoger y guardar la información proveniente del mundo externo, para evocarla cuando sea necesario.

---

11 Puerto A. Memoria y autoestima, favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva (sede web). México: Tevay, 2008(actualizado Abril 2009, acceso 7 junio 2013)disponible en [www.uned.es/master-mayores/.../Montserrat.pdf](http://www.uned.es/master-mayores/.../Montserrat.pdf)

12 Álvarez M., Principios de neurociencias para psicólogos. 2da ed. España: Paidós, 2008.

El cerebro humano de un individuo adulto contiene unos 100.000 millones de neuronas y unos 100 billones de interconexiones (sinapsis).

Los procesos básicos de la memoria.

Los seres humanos construimos y renovamos nuestra representación del mundo a partir de tres procesos cognitivos fundamentales: la percepción, el aprendizaje y la memoria. El aprendizaje consiste en adquirir los conocimientos sobre el mundo a través de la experiencia y la memoria es la retención y evocación de esos conocimientos.

La memoria tiene tres funciones básicas: recoger nueva información, organiza la información para que tenga un significado y la recupera cuando necesita recordar algo. El recuerdo de un rostro, datos hechos o conocimientos, consta de tres etapas: codificación almacenamiento y recuperación.

- Codificación: Es la transformación de los estímulos en una representación mental. En esta fase la atención, es muy importante por la dirección y la intensidad (esfuerzo) con la que se procesan los estímulos.
- Almacenamiento: Consiste en retener los datos en la memoria para su utilización posterior. La organización se realiza mediante esquemas, unidades estructuradas de reconocimiento que reúnen conceptos, categoría y relaciones, formando conjuntos de conocimientos.
- Recuperación: Es la forma en la que las personas acceden a la información almacenada en su memoria.<sup>13</sup>

El olvido

Aunque se asume que la memoria a largo plazo puede durar toda la vida el problema del olvido afecta la memoria a largo plazo en el sentido de no poder

---

13 Baddeley A. Memoria humana. Madrid: Mc Graw- Hill, 1998.

recuperar un determinado contenido. El olvido se puede considerar como un fallo debido a la codificación o a la recuperación.<sup>14</sup>

Para los psicoanalistas el olvido es un mecanismo psicológico de defensa: la mente se defiende de las experiencias dolorosas excluyéndolas activamente de la conciencia, olvidando cosas desagradables. El olvido es tan importante como la memoria, el recordar todas y cada una de nuestras acciones durante todos los días supondría almacenar datos inútiles.

Las causas de olvido suelen ser diversas:

-Lesiones o degeneración cerebral: el olvido se produce porque la persona tiene una lesión cerebral o por alteraciones neurológicas. Por la enfermedad de Alzheimer.

-Represión (olvido motivado): la persona olvida porque la información es perturbadora o dolorosa.

-Falta de procesamiento: la información se puede olvidar porque nunca se procesa por primera vez y los recuerdos se disipan con el tiempo, si no se utilizan.

Después de las investigaciones en neurocirugía, que fueron las primeras en tocar el tema de la relación memoria y cerebro, se puede ver que “hechos clínicos han demostrado claramente el papel que cumple el hipocampo en el proceso de consolidación de la información”<sup>15</sup>

El hipocampo, que tiene una función de memoria autobiográfica consciente, pero antes de continuar con la relación hipocampo y memoria es importante contextualizarnos con aquella estructura llamada hipocampo. El hipocampo lo encontramos como una “elevación curva de sustancia gris que se extiende en toda

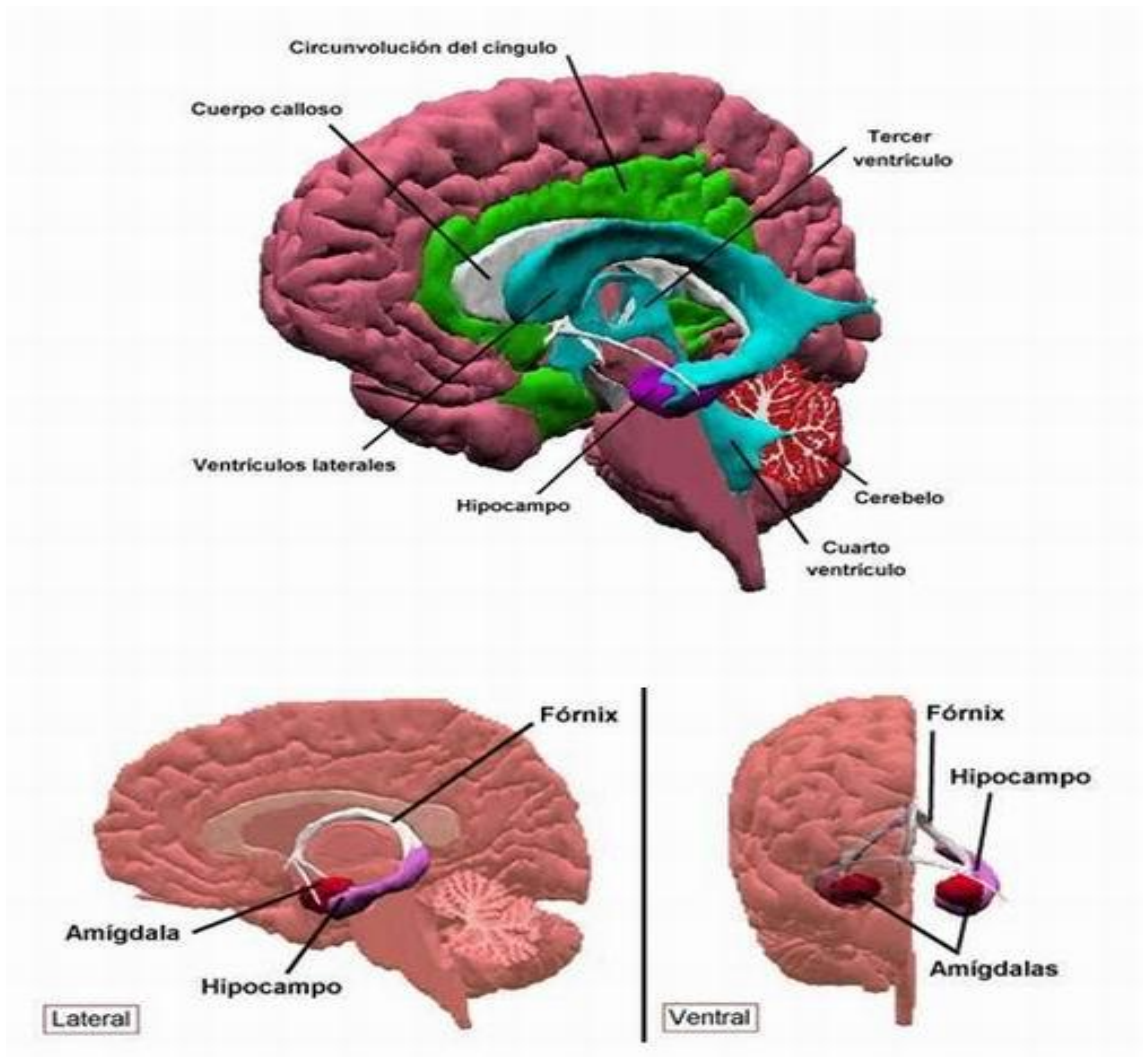
---

14 Aguilar M. Palmero F. Procesos psicológicos básicos: una guía académica para los estudios en psicopedagogía, psicología. Madrid: Mc Graw- Hill, 2004.

15 Samper L. Neurociencias y conducta. 2da ed. Madrid: interamericana, 2003.



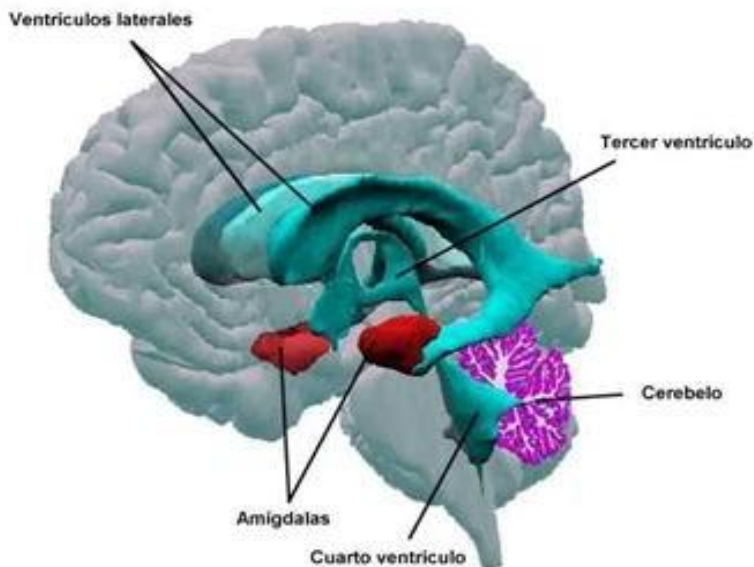
su longitud en el piso del cuerno inferior del ventrículo lateral” su nombre deriva de su forma curva, semejante a un caballito de mar desde un corte coronal, esta estructura se encuentra situada en el lóbulo temporal, por lo tanto en el ser humano hay dos hipocampos, uno en cada hemisferio; el hipocampo forma parte del sistema límbico; hay “evidencia de que el hipocampo está relacionado con la conversión de memoria reciente a largo plazo” observando pacientes con lesiones en el hipocampo no pueda almacenar en la memoria a largo plazo.<sup>16</sup>



Dennis, G. Principios de la neuropsicología humana. Mexico: Mc Graw- Hill, 2002.

16 Snell R. Neuroanatomía clínica, 6 ed. España: Panamericana, 2007.

Así como existe una estructura que se encarga de la memoria consciente, también hay una encargada de la memoria no consciente y esta es la amígdala, esta estructura es una “masa de sustancia gris en forma de almendra situada en la parte anterior del lóbulo temporal del cerebro”<sup>17</sup>, relacionada también en la literatura con “una función de memoria emocional inconsciente”<sup>18</sup>, se puede empezar a ver que la construcción de la memoria se sostiene en diferentes áreas cerebrales y con diferentes conexiones, de manera consciente desde los 5 o 6 años por el desarrollo de nuestro hipocampo, pero de manera no conscientes y más emocional con la amígdala desde mucho dejando claro que así no podemos recordar nada de manera consciente antes de los 5 o 6 años por el desarrollo tardío de nuestro hipocampo,<sup>19</sup> no quiere decir que no se puedan ejercer procesos de aprendizaje o registros de memoria no consciente en nuestra amígdala, de la misma manera cuando vemos que alguien puede recordar como caminar, jugar fútbol.<sup>20</sup>



Dennis, G. Principios de la neuropsicología humana. México: Mc Graw- Hill, 2002.

---

17 Gispert C. Diccionario de medicina Mosby. 5ta ed. Barcelona: Océano, 2007.  
18 Álvarez M. Principios de neurociencias para psicólogos. España: paidós, 2008.  
19 Vallejo R. Bases biológicas de la psiquiatría. 2da ed. España: Masson, 2000.  
20 Gispert C. Diccionario de medicina Mosby. 5ta ed. Barcelona: Océano, 2007.

En esencia, sin memoria seríamos incapaces de ver, oír y pensar. No tendríamos de lenguaje para expresar nuestros propósitos y, de hecho, tampoco tendríamos ningún sentido de identidad personal. Al no poseer una memoria, sino muchas memorias, la pérdida de memoria está ligada con una disfunción en uno o varios de estos sistemas de memoria interconectados entre sí que tienen diferentes propósitos y se comportan de manera muy distinta.

En términos generales, la memoria humana se divide en los siguientes sistemas que interactúan entre sí y cada uno de los cuáles se divide a su vez, en otros subsistemas.

Desde un punto de vista diacrónico o secuencial, podemos clasificar la memoria en: memoria sensorial, memoria a corto plazo, inmediata o primaria, memoria de trabajo, memoria a largo plazo o secundaria, memoria de los hechos antiguos, consolidada o terciaria.

### **5.2.1-Tipos de memoria.**

#### **A. Memoria sensorial.**

La memoria humana es un sistema para el almacenamiento y recuperación de la información, siendo ésta obtenida por nuestros sentidos. Nuestra memoria es un registro de percepciones, pues el que veamos, oigamos u olfateemos influirá obviamente en lo que recordemos. En cuanto al modo como los estímulos visuales y auditivos son procesados y recordados, pueden distinguirse varias fases de procesamiento y de recuerdo.

Los almacenajes más breves de la memoria suelen durar solo una fracción de segundo y forman parte del proceso de percepción. La visión y la audición poseen una fase de almacenamiento posterior transitoria, denominada memoria auditiva o visual a corto plazo para imágenes y sonidos por lo que podemos recordar un atardecer, identificar la voz de un conocido, etc.

La memoria sensorial se distingue entre la memoria visual y la memoria auditiva. Ambas se dividen en tres tipos: memoria visual a corto plazo y largo plazo, memoria auditiva.

#### B. Memoria a corto plazo, inmediata o primaria.

La memoria a corto plazo, inmediata o primaria, tiene una capacidad limitada que engloba el análisis de la información sensorial en las áreas cerebrales específicas (visuales auditivas) y su reproducción inmediata durante un tiempo de permanencia breve (uno a dos minutos).

La memoria a corto plazo es aquella que mantiene alguna información por segundos y se ha denominado también memoria inmediata, “el proceso neurocognitivo que subyace a la memoria a corto plazo es el conocido como memoria de trabajo o memoria funcional”, en esta la información almacenada en la memoria sensorial se transfiere en parte en memoria a corto plazo, este tipo de memoria se considera la forma de operar de la memoria a corto plazo, la memoria a corto plazo es un sistema ejecutivo con funciones como: comprender el lenguaje, hacer cálculos, razonar solucionar problemas entre otras.

En la memoria a corto plazo se involucran otras estructuras según la modalidad (visual, auditiva, etc.) de la información que se desee recordar; así como los atributos de la misma”<sup>21</sup>.

En esta se puede acceder directamente a la informaciones verbales (números de teléfonos), o viso espaciales (encontrar una calle). Su permanencia está por debajo de los 30 segundos con una limitada capacidad de memoria.

---

21 Álvarez M. Principios de neurociencias para psicólogos. España: Paidós 2008.

### C. Memoria de trabajo

Es un sistema de capacidad limitada capaz de almacenar, pero también de manipular las informaciones, permitiendo así el cumplimiento de tareas cognitivas tales como el razonamiento, la comprensión y resolución de problemas gracias al mantenimiento y a la disponibilidad temporal de las informaciones.

Propone una memoria de trabajo de múltiples componentes, con un sistema central que controla varios sistemas subordinados: el lazo articulatorio y la agenda visuloespacial.

El lazo articulatorio permite el almacenamiento de las informaciones verbales ya sea por vía auditiva y visual. La agenda visuloespacial se basa en la imágenes este permite mantener la información visual.

La memoria operativa es el término utilizado describir la unión entre los sistemas de memoria temporal que desempeña un papel decisivo en muchas tareas cognitivas tales como el razonamiento, aprendizaje y comprensión.

### D. Memoria a largo plazo o secundaria.

Se refiere a la información que se almacena durante periodos considerables de tiempo. Este tipo de memoria se encarga principalmente de almacenar información, a diferencia de la memoria sensorial y de la memoria a corto plazo.

Esta memoria permite la conservación duradera de las informaciones, gracias a una codificación. Facilita el aprendizaje y la consolidación de las informaciones en función de importancia de repetición.

La memoria a largo plazo es la encargada de mantener información por horas, días, meses y años hasta toda la vida, esta se puede subdividir en memoria a mediano plazo, siendo ésta la que puede conservar información al menos minutos a horas o días, en la memoria reciente se ha observado que actúa la mitad inferior del lóbulo temporal, es importante reconocer que “la información de la memoria a largo plazo ocurre en distintas partes de la corteza”<sup>22</sup>

Abarca experiencias personales ordenadas temporalmente y el conocimiento abstracto (ejemplo, las capitales, la cantidad de centímetros que hay en un metro).

#### E. Memoria consolidada o terciaria

Esta memoria también se llama memoria de los hechos antiguos, se trata de aquellos recuerdos que son objeto de una consolidación.

En cuanto a los tipos de memoria, se ha sugerido numerosos tipos para describir sus componentes. Una de las clasificaciones divide la memoria que proviene de la conciencia y la reflexión, denominada declarativa o explícita y aquella que engloba respuestas aprendidas, como los reflejos condicionados que no dependen de una reflexión consiente denominada memoria de procedimientos o implícita. La memoria también se divide en dos grandes sistemas (declarativo y no declarativo), cada uno de los cuales incluiría a su vez otra forma de memoria.

#### A. Memoria explícita o declarativa.

Este tipo de memoria se refiere a todo lo que podemos traer a la mente o aquello sobre lo que podemos declarar su contenido no exclusivo de un modo verbal. Nos permite recordar de forma consciente o voluntaria un hecho de la vida, responder a una cuestión de vocabulario, recordar caras, recordar un trayecto especial u

---

<sup>22</sup> Samper L. Neurociencias y conducta. 2da ed. Colombia: Universidad de Manizales, 2003.

otras informaciones que se pueden manifestar mediante el recuerdo de una imagen mental mejor que una verbal.

La memoria explícita se divide a su vez en dos sistemas: uno que se encarga de la codificación y recuerdos de experiencias personales, sucesos específicos (memoria episódica) y otro que se ocupa del almacenamiento permanente del conocimiento de hechos y conceptos, además del significado de las palabras (memoria semántica).

A.1 Memoria episódica o autobiográfica: esta memoria fue propuesta por Endel Tulving (1972), quien define la memoria episódica como “la memoria de experiencias personales específicas”<sup>23</sup>. Hace que el sujeto que recuerde hechos de su propia vida. Se trata de una memoria de hechos, que permite al sujeto actualizar los recuerdos con una referencia temporoespacial. Se trata de las experiencias de toda una vida. Un ejemplo sería recordar detalles de una conversación en un día determinado o de un día festivo. En la memoria episódica almacena informaciones (donde, qué y cuándo), de minutos o hasta de años atrás, los contenidos de la memoria experimentan aquí una consolidación y morfológicamente se localizan en la corteza orbito frontal (sobre todo en el hipocampo). Las informaciones llegan al tálamo y la región medial del lóbulo temporal.<sup>24</sup>

A.2 Memoria semántica: son los conocimientos adquiridos por un individuo sin referencia espaciotemporal. Hace referencia al saber o a una cultura, a las competencias de un individuo, es decir, a la información o conocimientos generales. Esta memoria transmite tanto el sentido de la palabra como el de las

---

23 Rains G. Principios de neuropsicología humana. 2da ed. España McGraw-Hill/Interamericana, 2003.

24 Bermeosolo J. Memoria de trabajo y memoria procedimental en las dificultades específicas del aprendizaje y el lenguaje. Revista chilena de fonoaudiología. 11(4), 57-75, 2012.

informaciones que llegan a nuestra consciencia mediante los canales de los sentidos.

Un ejemplo sería saber el significado de una palabra, recordar el nombre de una capital o identificar un animal, recordar un nombre, pedir comida, viajar en autobús, y realizar habilidades esenciales.

Esta se adquiere en los primeros años y se expande a lo largo de la vida. Esta organizada conceptualmente, si referencias al tiempo, ni al momento en el que se adquirió. Tanto la memoria semántica como la episódica forman parte de la memoria a largo plazo.

Por el contrario la adquisición de ciertas habilidades motoras, como aprender a conducir, no dependen de la memoria explícita, sino de un sistema independiente de memoria, conocido como la memoria implícita o no declarativa.

B. Memoria implícita no declarativa es aquella en la que la memoria se activa de manera inconsciente o involuntaria, esencialmente gracias a dos fenómenos: el procedimental y el priming. Por memoria implícita se entiende la expresión de conocimiento adquirido en un episodio anterior, a través de una prueba que no hace referencia consciente o explícita a tal episodio de aprendizaje

B.1 Memoria procedimental: permite adquirir habilidades perceptivas, motoras o cognitivas mediante la práctica. Puede definirse como la que permite un aprendizaje que se elabora a través de la ejecución de una tarea y se traduce por una mejora de los resultados o por la facilitación del acceso a cierta información (saber como).

B.2 priming por repetición, representa también la memoria implícita y puede ser verbal o reseptiva. El priming designa el efecto facilitador del tratamiento de un estímulo, como consecuencia del resultado de su presentación previa.



B.3 Memoria de habilidades sensoriomotrices (conducir un coche o manejar una bicicleta).

Dentro de esta clasificación encontramos otros tipos de memoria:

a. La memoria prospectiva (estrategias o del futuro), que es aquella que concierne a las capacidades de planificación y de orden temporal necesarias para la realización de tareas.

b. la memoria de los hechos (la información aprendida) y contextual, que es aquella que reagrupa los atributos espaciotemporales de la información aprendida (donde y cuando) y las modalidades de la información (como).

Debido a que la memoria humana es tan compleja y existen diferentes clasificaciones y tipos, para la finalidad de la tesis, se mencionan los distintos tipos de memoria utilizados en el trabajo:

Memoria de trabajo: es un tipo de memoria de corto plazo en la que interviene la corteza pre frontal, sede de las funciones ejecutivas. Nos permite integrar percepciones instantáneas producidas en períodos cortos y combinarlas con el recuerdo de experiencias pasadas, con lo que es imprescindible en tareas cotidianas como mantener una conversación, sumar números o leer una frase.

Resulta fundamental para la reflexión y la resolución de problemas porque permite combinar la información que nos llega del entorno con la almacenada en la memoria a largo plazo.

Memoria declarativa: se encuentra dentro de la memoria a largo plazo. Contiene información que se puede expresar entre individuos sobre el conocimiento mundo

y de las experiencias propias. Este tipo de memoria está subdividida en dos sistemas diferenciados:<sup>25</sup>

-Memoria semántica: representa el conocimiento que el individuo tiene del mundo, que incluye los significados de las palabras y las relaciones entre ellas, también el conocimiento de hechos históricos, familiares o científicos.

-Memoria episódica se refiere a las experiencias vividas.

Memoria constructiva: son los recuerdos de un individuo, para activar esta memoria se puede mostrar una imagen o un paisaje se puede recordar con trabajo a como lo recordaba la persona. La recuperación de esta información suele tener efectos restauradores o terapéuticos. Puede ocurrir que determinados recuerdos o precisamente la ausencia de ellos, resulte disfuncional en nuestras relaciones con otras personas. El poder de una persona para volver a narrar su historia de vida desde nuevas perspectivas permite modificar la relación que tenemos con los demás.

Memoria bibliográfica: Es un sistema dinámico que sirve para tratar la información y la retención de datos durante un corto periodo de tiempo. Juega un papel central en los aprendizajes escolares. Sirve de puente entre la entrada sensorial y el almacenamiento a largo plazo.

Memoria a corto plazo: el almacenamiento de la información es breve, pues solo dura unos pocos minutos. Ésta memoria es útil cuando se escucha una clase, se estudia un tema.

---

<sup>25</sup> Kundera M. La memoria humana (sede web). Mc Graw. 2000 (actualizado el 20 enero 2001, acceso el 10 junio 2013). Disponible en [www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448180607.pdf](http://www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448180607.pdf).

Memoria a largo plazo: se caracteriza por la permanencia de la información que se almacena en gran parte sin pérdida durante minutos, horas, días, meses, años e incluso toda la vida, gracias a la organización de la información que se supone de carácter categorial, semántica preferentemente.

Estructura	Función
Corteza orbito frontal	Activación, accionamiento, memoria a largo plazo
Región entorial	Memoria visual, re identificación
Cuerpo amigdalino	Memoria emocional
Hipocampo	Memoria espacial, orientación espacial
Cuerpo mamilario/di encéfalo	Memoria a largo plazo, discernimiento
Sistema activador reticular(RAS)	Activación

La pérdida de memoria es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece. En efecto, si bien a cualquier edad pueden aparecer enfermedades cerebrales que causan fallas de memoria, son más frecuentes en los adultos mayores. Entre estas enfermedades queremos mencionar la enfermedad de Alzheimer, el deterioro cognitivo leve, las lesiones vasculares, el efecto de fármacos o drogas y los trastornos emocionales.

### **5.3-Deterioro cognitivo.**

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por

pruebas neurológicas y que generalmente es multifactorial tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos.<sup>26</sup>

El deterioro cognitivo se podría definir como una disminución del funcionamiento intelectual respecto a un nivel previo de ejecución.<sup>27</sup>

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aqueje a un adulto mayor.<sup>28</sup>

El deterioro cognoscitivo (DC) se caracteriza por un bajo rendimiento en algunos aspectos intelectuales, fundamentalmente de la memoria, y en especial en los individuos a medida que envejecen. Generalmente acompaña a enfermedades crónicas interrecurrentes de cualquier origen, como la insuficiencia cardíaca, EPOC, o como consecuencia de situaciones propias de los ancianos.

Según el artículo de Jesús Manuel Vallejo Sánchez y Manuel Rodríguez Palma Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados afecta a una cuarta o quinta parte de la población<sup>16</sup>, su diagnóstico precoz es de importancia sanitaria porque es el preludio frecuente de demencia, conlleva un aumento de mortalidad.

La magnitud del envejecimiento progresivo de la población va a incrementar la cuota de adultos mayores con DCL al existir más personas en riesgo, y diversos

---

26 González H. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en adultos mayores en el primer nivel de atención. (sede web). IMSS, 2012. (actualizada el 2 Agosto 2013, acceso el 7 Marzo 2013, disponible en: [www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../144GRR.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../144GRR.pdf).

27 Martínez I. El deterioro cognitivo leve la importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia tipo Alzheimer (sede web), Madrid, portal mayores, (fecha de actualización el 15 Noviembre 2004, acceso el 4 Marzo 2013, disponible en: <http://www.imseromayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>.

28 Pérez Zepeda M. Deterioro cognitivo. 2da ed. España: paidós, 2000.

factores sociales la van a situar como la consulta sanitaria más frecuente<sup>29</sup>, por lo que la discusión de esta entidad adquiere cada vez mayor interés.

El deterioro cognitivo, viene determinado por déficits de memoria de afectación “no exclusiva o aislada” de la misma, afectando a otras habilidades intelectuales y al mismo tiempo preservan otras funciones superiores. Generalmente no pasan desapercibidos para el entorno del paciente, manifestándolos como una queja objetiva de los familiares más próximos; mientras éste, excepcionalmente se percata de ellos.

### **5.3.1- Tipos de deterioro cognitivo.**

Deterioro cognitivo asociado a la edad: El deterioro intelectual asociado a la edad suele presentarse como un trastorno aparentemente leve para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios, hasta un grave trastorno de la capacidad de recordar.

Deterioro Cognitivo Ligero amnésico: Implica la presencia de quejas subjetivas de alteración de la memoria, medida mediante pruebas estandarizadas tomando como referencia datos normativos para la misma edad y nivel de escolaridad del sujeto. Aun con la presencia de esta alteración en la memoria, la persona obtiene buenos resultados en pruebas de funcionamiento cognitivo general.

Deterioro Cognitivo Leve difuso: Disfunciones cognitivas, no necesariamente de la memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, alteraciones visuoespaciales o visuoespaciales en relación a datos normativos.

---

29 Bermejo F, Peña Casanova J, Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. 2da ed. España: Mc Graw-Hill, 1994.

Deterioro Cognitivo Leve focal no amnésico: Alteración leve de alguna función cognitiva que no es la memoria, como una alteración específica del lenguaje que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría orientarnos hacia una demencia frontotemporal.

### **5.3.2-Plasticidad cerebral.**

El termino plasticidad cerebral expresa la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones a través de modificar su propia organización estructural y funcional<sup>30</sup>

La plasticidad del sistema nervioso es la capacidad de modificación del tipo, forma y función de las sinapsis que conectan los circuitos neuronales. La plasticidad sináptica constituye el soporte de procesos como el aprendizaje y la memoria, la adaptación a situaciones fisiológicas nuevas como el embarazo y la sed, así como la recuperación del sistema nervioso después de sufrir lesiones.

La plasticidad neuronal es máxima durante el desarrollo y se expresa durante la madurez en respuesta a perturbaciones externas o internas, por ejemplo, cambios en niveles hormonales, alteraciones del medio ambiente, lesiones u otras.

La expresión “plasticidad sináptica” fue introducida por el psicólogo J. Konorski para designar procesos mediante los cuales modificaciones transitorias en la actividad sináptica producen cambios permanentes o de larga duración en la potencia de esas sinapsis.<sup>31</sup>

---

30 Galaburda A, Introducción a la plasticidad y su función, 4ta ed. España: curren biologic, 1990.

31 Love J. Webb G. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje.3era ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1998.

En la plasticidad sináptica “expectante” de experiencia se refiere a aquellos cambios sinápticos que requieren de ciertas experiencias que son esperables en determinados momentos del desarrollo de una especie. Estos períodos en que “se espera” que el sujeto esté sometido a determinadas experiencias comunes a los miembros de su especie, experiencias que a su vez generan cambios plásticos en el cerebro, se denominan períodos críticos o sensibles. Una vez finalizados dichos períodos críticos la influencia, sobre el cerebro, de estas mismas experiencias u otras de similares será mucho más limitada.

Otro tipo de plasticidad, es la dependiente de experiencia, hace referencia a aquéllos cambios plásticos que se dan como consecuencia de experiencias a lo largo del ciclo vital.

Aunque este tipo de plasticidad es máxima durante la infancia y la adolescencia, se mantiene a lo largo de toda la vida, excepto en ciertos trastornos graves del desarrollo y en enfermedades neurodegenerativas.

Por ejemplo, si se entrena a un animal en una tarea que comporta movimientos repetitivos de algunos de los dedos de la mano, acabará produciéndose una reorganización en el número y función de las sinapsis de las áreas de la corteza cerebral que controlan la actividad de los dedos entrenados.

De manera parecida, las habilidades que vamos adquiriendo con la práctica provocan cambios en las sinapsis de diversas regiones cerebrales. Incluso la mera observación de los movimientos ejecutados por otras personas durante la realización de determinadas tareas motoras puede provocar ciertas modificaciones en la actividad neuronal que facilitan la posterior adquisición de habilidades parecidas. Es decir, aprendemos haciendo, pero también aprendemos observando hacer a los demás.

Los investigadores han observado cambios en la estructura sináptica de que la memoria a largo plazo subyace en el hipocampo. Los eventos plásticos pueden incluir cambios en la estructura, distribución y número de sinapsis en estos cambios se produce la formación de la memoria.

Las estructuras hipocámpicas son particularmente plásticas, donde los cambios morfológicos tales como la sinaptogénesis y neurogénesis ocurren en el cerebro del adulto.<sup>32</sup>

La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria. Ello es posible gracias a la capacidad que tiene el sistema nervioso para experimentar cambios, los cuales pueden ocurrir en cualquier momento de la vida.<sup>33</sup>

La capacidad del cerebro para adaptarse y compensar los efectos de las lesiones, aunque solo sea de forma parcial, es mayor en los primeros años de vida que en la etapa adulta.<sup>34</sup>

Dentro de la plasticidad sináptica se ha desarrollado principalmente en estudios relacionados con la memoria y el aprendizaje. Los cambios de duración variable en la función sináptica y con origen en estímulos externos que condicionan aprendizaje, son denominados plasticidad neuronal.

---

32 Golberg M. Consecuencias y sensomotores del cortex neonatal y en adultos. Inglaterra: Dev. Brain, 1987.

33 Calfort M. Transferencia de plasticidad de cortex en el cerebro. 2da ed. Inglaterra: Science 1990.

34 Pfrieger F. Barreas B, Eficacia de la psinapsis. Inglaterra: Science 1987.



La plasticidad sináptica, y especialmente la relacionada con la experiencia, pueden contribuir a la reorganización cerebral que ocurre después de la lesión en ciertas regiones neurales o tras la privación sensorial causada, por ejemplo, por la ceguera o la sordera. Así, se ha visto que la región de la corteza cerebral que procesa estímulos visuales en las personas videntes suele procesar estímulos auditivos o táctiles en las personas con ceguera congénita o precoz. Por ejemplo, la lectura en braille (una tarea que involucra el tacto y el control motor), puede activar las áreas “visuales” del cerebro en los ciegos.

Los efectos de los cambios en el medio externo sobre la estructura y función del sistema nervioso en desarrollo tienden a ser mayores en el sistema sensorial. Tales efectos han sido delineados claramente en los trabajos de Wesel y Hubel, sobre el desarrollo del sistema visual.

Definiendo en forma amplia, la plasticidad cerebral podría incluir el aprendizaje en su totalidad, es la evidencia de cambios morfológicos como la ramificación neuronal.

La organización mundial de la salud, define el término neuroplasticidad como la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómicamente y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales, o del desarrollo incluyendo traumas o enfermedades. Esto le permite una respuesta adaptativa (o mal adaptativa) a la demanda funcional.

Ya desde principios de siglo XX, se consideraba la plasticidad como una de las dos propiedades fundamentales del sistema nervioso:

- Capacidad de tolerar los cambios funcionales duraderos.
- Excitabilidad, la cual se relaciona con cambios rápidos que no dejan huella en el sistema nervioso.<sup>35 36</sup>

---

35 Wang X. Merzenich M. Cortex del adulto. 2da ed. Alemania: Nature, 1995

36 Kennard M., Reorganización cortical. E.U.: Nature, 1984.

### **5.3.3-Demencia.**

Definición de demencia.

La demencia puede ser definida como aquel síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afectación de al menos tres áreas de actividad mental, como trastornos de lenguaje y la memoria, trastornos emocionales o de personalidad y trastornos cognitivos (falta de capacidad de aprendizaje). Esta aumenta progresivamente con la edad, llega a presentarse con señales como son la falta de memoria, concentración, razonamiento, lenguaje y comportamiento.

En la demencia aparece como resultado del proceso de una enfermedad. Su diagnóstico se basa en la presencia de claras señales de deficiencias en la memoria, razonamiento y comportamiento. Los primeros síntomas que la familia puede notar son problemas en recordar episodios recientes y dificultad en realizar tareas conocidas y habituales.

La demencia afectan la mayoría de habilidades intelectiva que condicionan de forma intensa las actividades de la vida diaria del paciente, originando la desadaptación Socio-Laboral o Socio-Familiar y llevándole a la desintegración del entorno en el que se encuentra.

Globalmente consideradas, las demencias son un “síndrome “, que se caracterizan por un conjunto de signos y síntomas de carácter o naturaleza orgánica y probablemente de etiología múltiple, integrado por múltiples enfermedades diferentes con un comportamiento o patrón común<sup>37</sup>

---

37 Bonnardeaux P. Deterioro Cognitivo, Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. España: Massón, 1994.

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 muy inicial.

La clasificación de las demencias puede abordarse desde diferentes puntos de vista, sin embargo, actualmente las más utilizadas son la clasificación elaborada por el DSM-IV (1994), realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría y la clasificación CIE-10 (1992) de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, la clasificación del DSM-IV (1994) considera de relevancia la edad de inicio de la demencia y distingue entre: inicio precoz (cuando la demencia aparece a los 65 años o antes) o de inicio tardío (cuando la demencia se inicia después de los 65 años). Otros subtipos se refieren según la sintomatología de inicio predominante que acostumbra a ser con ideas delirantes, estado de ánimo depresivo o no complicado.

Para el diagnóstico pueden utilizarse los criterios DSM-IV-TR, que para el diagnóstico de DTA deben cumplirse todos los siguientes:

A.-La presencia de los múltiples déficits cognitivos se manifiesta por:

- Deterioro de memoria (deterioro para la capacidad de aprender nueva información).
- Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - a) afasia (alteración del lenguaje).

- b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
- c) Agnosia (error en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
- d) Alteración de la ejecución (por ej. Planificación, organización, secuencia y abstracción).

B.-El déficit cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una disminución importante del nivel previo de la actividad.

C.-El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.

D.-El déficit cognitivo de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos

Enfermedades sistemáticas que pueden provocar demencia

Enfermedades inducidas por sustancias.

E.-El déficit no aparece exclusivamente en el trascurso de delirium.

F.-La alteración no se explica mejor por la presencia de otros trastornos del eje uno <sup>38</sup>

Especificar el subtipo:

- De inicio temprano: si el inicio se produce a la edad de 65 años o antes.
- De inicio tardío: si el inicio se produce después de los 65 años.

Especificar la presencia o ausencia de una alteración de comportamiento clínicamente significativa:

---

38 Culler Gómez N. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. 4ta ed. Madrid Excma, 2000.

- Sin alteración de comportamiento: si la alteración cognoscitiva no se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa.
- Con alteración de comportamiento: si la alteración cognoscitiva se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa (por ejemplo: andar sin rumbo, agitación).

Existen diversos enfoques de la clasificación de demencias que se clasifican en tres grandes categorías:

Demencia degenerativa primaria.

Demencia vascular.

Demencias secundarias.

Demencias degenerativas primarias.

Se definen como causadas por un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central, aunque no excluye que la enfermedad pueda afectar también a otros órganos. De manera global, las enfermedades degenerativas cerebrales son la causa más frecuente de demencia, destacando la enfermedad de Alzheimer, que supone el 50% de todas las demencias.<sup>39</sup>

### **5.3.3.1 Demencia tipo Alzheimer**

La Enfermedad de Alzheimer es un “trastorno neurodegenerativo progresivo, predominantemente de la corteza cerebral, que produce un deterioro cognitivo múltiple invalidante” que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta.<sup>40</sup>

---

39 Sevilla G. Fernández G. Demencias clasificación etiológica y diferenciación cognitiva, 3era ed. España: MacGraw Hill, 2000.

40 kerbs R. Demencia tipo Alzheimer.(sede web) Buenos Aires. Psikairos 2010(actualización 21 Noviembre 2011, acceso 5 Marzo 2013) disponible en: [psikairos.com.ar/wp.../2012/.../DEMENCIA-TIPO-ALZHEIMER3.pd...](http://psikairos.com.ar/wp.../2012/.../DEMENCIA-TIPO-ALZHEIMER3.pd...)

En la vejez, la demencia Alzheimer (episódica) es la causa más común de demencia. Transcurre en forma continuada o en etapas, y progresa en la mayoría de los casos en un periodo de 8 a 10 años.

Factores de riesgo: edad, incidencia familiar (sobre todo en demencia Alzheimer de aparición temporal).

La enfermedad de Alzheimer presenta como síntoma principal en sus primeros estadios, disminución de memoria, inmediata y de fijación. En los estadios iniciales, la memoria es la capacidad cognitiva que tienen más alterada, aunque no es la única y no se altera de manera uniforme.

Los adultos mayores empiezan a tener desorientación temporal, sobretodo en el día de la semana y en la fecha, preservando la orientación espacial y en persona. Preservan la lectura y escritura, así como el lenguaje y las operaciones de cálculo, con mayor afectación de la memoria inmediata y reciente. La capacidad para aprender y retener nueva información se ve afectada precozmente en la enfermedad. Más adelante, la afectación cognitiva implica el lenguaje, la atención, la resolución de problemas y las habilidades visuoespaciales.

Conductualmente, la personalidad comienza a cambiar y pueden mostrarse más irritables con cambios emocionales y de personalidad. Los pacientes suelen estar desconcertados, porque saben que algo no marcha bien, pero no pueden comprender completamente su situación. A menudo están ansiosos y deprimidos. Las personas con enfermedad de Alzheimer en fase leve suelen ser capaces de trasladarse solas con transporte público (siempre que realicen recorridos rutinarios), de realizar pequeñas compras (así como el periódico o la barra de pan diaria), de realizar tareas domésticas no demasiado complejas, de lavarse y arreglarse correctamente y no suelen tener problemas de movilidad o de incontinencia. Sin embargo, es aconsejable una supervisión indirecta del familiar cuidador en la realización de sus tareas.

Posibles causas de problemas de la memoria incluyen:

- La depresión.
- Los efectos secundarios de los medicamentos.
- El uso excesivo del alcohol.
- Problemas de la tiroides.
- La dieta.
- Deficiencias vitamínicas.
- Ciertas infecciones.

### **5.3.3.2 Síntomas de la demencia tipo Alzheimer.**

Fase iniciales. Los trastornos de la memoria en la demencia Alzheimer aparecen primero en forma leve y casi imperceptible. En el comienzo es difícil diferenciarla de la pérdida de memoria vinculada con la edad o con el deterioro cognitivo leve.

Sin embargo, el deterioro cognitivo leve puede ser una etapa previa de la demencia Alzheimer, en la cual aumenta la pérdida de la función cognitiva que conduce a trastornos del comportamiento, ejemplo las transacciones bancarias, hacer la compras, uso de aparatos tecnológicos. Si estas pérdidas son advertidas por el paciente, pueden generar reacciones de ansiedad y depresión.

Dentro de la demencia Alzheimer existen diferentes estadios:

- Estadio leve: Este estadio dura de 2 a 3 años. Durante los estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer, la persona comienza a perder la memoria. Más a menudo, lo que se pierde primero es la memoria reciente o a corto plazo, que consiste en la capacidad de recordar eventos recientes. En este estadio, la persona afectada puede quejarse de que pierde cosas o de que olvida el primer nombre de alguien que conoce bien. Puede olvidar citas, llamados telefónicos, nombres de objetos conocidos. Tareas muy

sencillas, como armar una sopa de letras, pueden volverse dificultosas o imposibles. Las personas en este estadio pueden vivir solas, con poca ayuda.

Ejemplos de síntomas leves:

-Actividades de la vida diaria: Menos tiempo disfrutando de sus hobbies, problemas para manejar el dinero, se pierde en lugares conocidos.

-Conducta: Retraído, se siente deprimido o ansioso, no puede realizar tareas complejas.

-Cognición: Es incapaz de recordar eventos recientes, nombres de familiares o amigos, pierde cosas frecuentemente.

- Estadio intermedio: Puede presentarse durante 3 a 5 años. A causa de la confusión y la desorientación, los pacientes ya no están en condiciones de cumplir con las tareas laborales y el trato social. Requieren control y ayuda en casi todas sus actividades.

Hay dificultad en la comprensión de las palabras y hallar la palabra correcta hasta llegar a la afasia.

Los familiares y amigos empiezan a notar más claramente los problemas del paciente, quien comienza a necesitar cada vez más ayuda con su cuidado personal básico y domestico. No puede vestirse ni cocinar sin ayuda; le resulta casi imposible comer o bañarse solo. Los pacientes se frustran y enojan a medida que van perdiendo su capacidad de cuidado personal.

Al mismo tiempo, pueden ocurrir problemas de comportamiento como agitación, confusión y enojo; se pierde en entornos familiares o se agita cuando se encuentra en lugares desconocidos. Puede deambular sin rumbo fijo o



perderse. Comienza a verse afectada la seguridad del paciente si vive solo.

Ejemplos de síntomas moderados:

-Actividades de la vida diaria: Es menos capaz de cuidar de sí mismo y de utilizar objetos domésticos comunes.

-Conducta: Se siente deprimido, tiene problemas para dormir, presenta episodios de deambulacion sin rumbo fijo; tiene exabruptos emocionales, dificultad para reconocer a familiares y/o cuidadores.

-Cognición: Tiene dificultad para encontrar la palabra adecuada cuando quiere hablar.

- Estadio tardío (avanzado): A causa de la pérdida de discernimiento y de las capacidades de decisión y cognitivas, el paciente no puede planificar sus actividades. El cuidado del paciente se torna difícil porque vive errando sin destino, tiene una actividad descontrolada y no reconoce a las personas (tampoco las más cercanas).

Ejemplos de síntomas severos:

-Actividades de la vida diaria: Pierde control de vejiga e intestinos, no puede alimentarse ni vestirse por sí mismo.

-Conducta: Agitación, a veces con agresión; se siente perseguido, delira.

-Cognición: Pérdida del juicio. No puede resolver problemas. Gradualmente pierde el habla.

Además tiene una alteración día/noche (durante el día el paciente entre callado y apático y por la noche inquieto), manipulaciones impulsivas como hacer las maletas y escapar, síntomas de locura o alucinaciones, desconfianza, sospechas

contra sus familiares más cercanas, conducta agresiva y abandono de higiene corporal. La muerte se produce por complicaciones secundarias (neumonía, insuficiencia cardíaca).

Resulta positivo y recomendable, valorar al paciente pasado un tiempo del inicio de las “Aulas de estimulación y mantenimiento cognitivo”. Esto nos permitirá rediseñar la intervención y adaptarla al “estado cognitivo” que presente.

Si pretendemos comprobar la eficacia de la intervención, el momento más adecuado sería antes de cualquier periodo vacacional, para no alterar o contaminar los resultados con posibles empeoramientos agudizados con el cambio de residencia o con periodos de inactividad.

Curso evolutivo de la enfermedad de Alzheimer.

En la evolución de la enfermedad de Alzheimer, el deterioro progresivo de la función mental característica de la enfermedad de Alzheimer produce un extraordinario sufrimiento en las personas que padecen la enfermedad, a sus familiares y cuidadores.

La evolución progresiva de la enfermedad de Alzheimer, tiene efectos devastadores en tres campos sintomáticos esenciales: en la función cognitiva, en la conducta y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Estas personas disminuyen sus facultades (mayores problemas de orientación, déficits en el lenguaje, dificultades en el cálculo, peor capacidad atencional, etc.) necesitando cada vez una mayor supervisión para la realización de las actividades cotidianas, siendo totalmente incapaces de llevar una vida independiente.

Con el curso de la enfermedad de Alzheimer, los enfermos se alteran emocionalmente, pueden presentarse conductas delirantes (acusar al cónyuge de ser un impostor, etc.), síntomas obsesivos (repiten sencillas actividades de limpieza, etc.), síntomas de ansiedad, agitación e incluso conductas violentas que no existían hasta entonces.

En el curso progresivo de la enfermedad, estos enfermos acaban por no reconocer caras familiares ni a ellos mismos, no son conscientes de acontecimientos y experiencias pasadas, sufren alteración del ritmo diurno, pérdida de las habilidades verbales, llegando solamente a verbalizar palabras y frases muy concretas, perdiendo el lenguaje y llegando al final a emitir sólo gruñidos.

Sufren incontinencia urinaria (requiriendo asistencia para el aseo), problemas de alimentación (problemas de deglución de alimentos), pérdida de las habilidades motoras básicas, como por ejemplo la capacidad para andar, terminando el paciente encamado y preservando únicamente los reflejos más primitivos de succión, llegando a posición fetal cuyo trágico fin es la muerte.

Así pues, algunos autores Tárraga, hacen referencia a la involución de las capacidades intelectuales de estos enfermos, relacionando los síntomas del curso evolutivo de la enfermedad de Alzheimer inversamente con el desarrollo infantil, utilizando el modelo de desarrollo de las capacidades mentales en el niño elaborado por Jean Piaget.

Un ejemplo explicativo de esta retro génesis sería el siguiente: los niños para hablar empiezan a emitir sonidos, luego aprenden letras, sílabas, frases, son capaces de repetir, denominar, abstraer, inducir, deducir, etcétera. En las personas con enfermedad de Alzheimer ocurre lo contrario: pierden la capacidad de deducción, inducción y abstracción, luego de denominación, etc.

Siendo su vocabulario cada vez más escaso, para pasar sólo a emitir sonidos en forma de gruñidos en la fase terminal. Este paradigma sería aplicable a todas las capacidades cognitivas. Otros autores han explicado esta retro génesis Reisberg; Peña- Casanova.

Ambiente adecuado y establecimiento de rutinas.

El control estimular es una técnica de modificación de conducta muy usada cuando los elementos de la comunicación fallan. Cuando no existe lenguaje o es casi inexistente, cuando la comprensión se halla alterada (fases moderadas y severas) de la enfermedad de Alzheimer, son los estímulos que le rodean los que deben de proporcionar las pistas, señales y avisar de la obtención de refuerzo, generando comportamientos positivos.

Los colores agradables y llamativos, las sillas, los carteles o dibujos en las paredes, los olores y sonidos. Estos estímulos deben distinguir nuestra sala y posibilitar que se identifique como un lugar agradable, reforzarte y de trabajo.

Además de crear este ambiente, estableceremos rutinas, permitiremos al sujeto tener algo de control sobre el medio, disminuirémos la ansiedad que proporciona la falta de control sobre el medio, fruto de la Enfermedad de Alzheimer.<sup>41</sup>

#### **5.4-Estimulacion cognitiva.**

Es el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “Programas de Estimulación”.

---

41 Maroto Serrano M. Taller de Memoria.2da ed. España: TEA, 2000.

La estimulación cognitiva puede ser aplicada a cualquier individuo, puesto que cualquiera de nosotros podemos mejorar nuestras capacidades para ser más hábiles y diestros.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones son los programas de estimulación temprana en la infancia, los programas o talleres de mejora de la memoria en la tercera edad, o ciertos programas para la mejora de habilidades visoespaciales o de la concentración en el ámbito deportivo.

El concepto de entrenamiento cognitivo parte de la premisa de que las capacidades cognitivas, al igual que las motoras, responden positivamente al ejercicio constante y repetido incrementándose su función. La estimulación cognitiva es una forma de “gimnasia mental” estructurada y sistematizada que tiene por objetivo ejercitar las distintas capacidades cognitivas y sus componentes, combinando técnicas clásicas de rehabilitación, del aprendizaje, y actividades pedagógicas.

Los programas de estimulación cognitiva tienen como propósito mantener el rendimiento cognitivo en pacientes aquejados de enfermedades neurodegenerativas, como puede ser el mal de Alzheimer o las demencias de origen vascular. Potencia las capacidades aún no dañadas por la enfermedad y enlentece el avance del deterioro en las otras áreas cognitivas que ya se han visto afectadas. Sin embargo, los programas de estimulación también han demostrado su eficacia en la prevención con grupos de personas mayores sanas que presentan quejas de memoria asociadas al envejecimiento normal o con un deterioro cognoscitivo leve.<sup>42</sup>

---

42 Sardinero Peña. Estimulación cognitiva para adultos (sede web).España. Gesfomeda, 2010(actualizada 20 Junio 2010, acceso 13 Marzo 2013). Disponible en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../sardinero-guia-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../sardinero-guia-01.pdf).

La Estimulación Cognitiva puede ser aplicada a cualquier individuo, puesto que cualquiera de nosotros podemos mejorar nuestras capacidades para ser más hábiles y diestros. En estos casos, los objetivos de este tipo de intervención son: a) desarrollar las capacidades mentales; y b) mejorar y optimizar su funcionamiento. Ejemplos de este tipo de intervenciones son los programas de estimulación temprana en la infancia, los programas o talleres de mejora de la memoria en la tercera edad.

En todos estos casos se pretende activar, estimular y entrenar determinadas capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarlas en una habilidad, un hábito y/o una destreza.

Desde el punto de vista se establece que el cerebro es musculo que requiere estimulación cognitiva, “gimnasia mental” es una forma estructurada y sistematizada que tiene por objeto ejercitar las distintas capacidades cognitivas y sus componentes, combinando técnicas clásicas de rehabilitación, del aprendizaje, y actividades pedagógicas.<sup>43</sup>

### **5.5 Actividades recreativas.**

Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto. Entre dichas actividades se pueden mencionar la música, los juegos, las atracciones, etc., donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación.

Según Murillo, el que los adultos mayores puedan ejercitar toda una gama de actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal, posibilita mejorar su calidad de vida y ampliar sus oportunidades para crecer como personas; ya que participar de las diversas actividades libera de la rutina,

---

43 García Sevilla. Introducción a la estimulación cognitiva, 3era ed. España: interamericana, 2002.

inactividad y sedentarismo, de tensiones como el estrés, la ansiedad, el aburrimiento y en algunos casos, inclusive, de la depresión. Dentro de sus beneficios encontramos que estas actividades facilitan la interacción con otras personas rompiendo el aislamiento y la soledad, ayudan a retardar el avance y aceleración del proceso de envejecimiento, e inclusive de algunas enfermedades relacionadas con la inactividad.<sup>44</sup>

Havighurt y Albrecht, afirman que para hacer frente a los problemas de la vejez y para envejecer con gracia, la persona debe mantenerse activa, buscando constantemente nuevos intereses para sustituir al trabajo y nuevos amigos para sustituir a aquellos que se han perdido. Esta perspectiva ha sido denominada Teoría de la actividad del envejecimiento, la cual plantea la relación entre actividad social y satisfacción con la vida en la vejez. Sus seguidores aseveran que el valor de la actividad estriba en proporcionar roles al individuo, necesarios para mantener un auto concepto sano.<sup>45</sup>

Existe gran variedad de actividades recreativas, de las cuales son clasificadas y organizadas en programas coherentes, cumpliendo primordialmente con el significado de recreación y de acuerdo a su naturaleza: juegos, actividades al aire libre, actividades deportivas, aficiones y actividades sociales.

Respecto a los juegos, se menciona que son necesidades naturales que realiza el individuo, abarcando una infinidad de actividades que es difícil determinar cuántos son en realidad. Catalogándose en general como juegos: libres, organizados y competitivos.

---

44 Murillo Julio. Talleres Recreativos para Personas Mayores. Bogotá: San Pablo, 2003.

45 Schainer W. Psicología de la Edad Adulta y la Vejez, 5ta ed. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2003.

Los tipos de actividades que desempeñan los adultos mayores para el tiempo libre son numerosos, dependiendo de la salud la capacidad de moverse y las preferencias del individuo.<sup>46</sup>

Existen diferentes técnicas terapéuticas entre las que se encuentra la terapia ocupacional y recreativa cuyo fin es mantener un grado de actividad en el paciente, para que a través de ello obtenga un buen grado de salud, la misión de esta terapéutica es ayudar al paciente a través de una valorización cuidadosa de su problema y de la utilización de situaciones y actividades apropiadas a recuperar o desarrollar su competencia en lo físico, psíquico, social, económico y en competencia para comunicarse, establecer adaptaciones, relaciones personales para llegar a adaptarse a su trabajo y capacitarlo para desempeñarlo.

## **5.6 Generalidades de la disciplina de enfermería**

Virginia Henderson (1961) señala que la enfermería era “Ayudar al individuo sano y enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o la recuperación (o morir en paz) que el individuo realizaría por sí mismo. Si tuviera las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios”

### Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos era un sujeto pasivo, las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente y controlaban su entorno para favorecer su recuperación. Nightingale hizo hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente. Tenía la convicción de la necesidad de enfermeras que respeten a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por falta de ellas.

---

<sup>46</sup> Acosta Quiroz. Actividades de la vida diaria en adultos mayores. Enseñanza e investigación en psicología, 15 (2):393-401, 2010.



## Salud

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Florence concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Nightingale diferenció estos conceptos de enfermería de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte.

## Entorno

Aunque Nightingale nunca utilizó específicamente el término entorno en sus escritos, definió y describió cinco conceptos: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable. Nightingale instruía a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”. Es importante resaltar que Nightingale rechazó la teoría de los gérmenes, sin embargo el énfasis que puso en una ventilación adecuada demuestra la importancia de este elemento del entorno, tanto en la causa de enfermedades como para la recuperación de los enfermos.

El concepto de iluminación también fue importante para Nightingale, describió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene es otro elemento importante de la teoría del entorno, se refirió a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía.

Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.<sup>47</sup>

Algunas organizaciones profesionales han definido la enfermería. La A.N.A. (1980) (Asociación Norteamérica de enfermería) la define como “El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud, reales y potenciales”. Esta definición refleja la evolución histórica de la profesión y su base teórica.

La organización mundial de la salud (OMS) define: la salud es el componente bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de la enfermedad.

La enfermedad se define como pérdida del equilibrio o alteración física o mental el cual impide al individuo su realización personal y la participación en el desarrollo de la comunidad (OMS)

La disciplina de la enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes del pensamiento que han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, dentro del paradigma se define como aquel conjunto de creencias que permite ver y comprender la realidad de determinada manera.

---

47 Marriner A. Modelos y teorías en enfermería, 3era ed. Barcelona: Elsevier, 2007

### 5.6.1 Enfermería y su historia

La enfermería para la OMS abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Para definir a la enfermería como ciencia y arte, arrastra consigo una tradición que se remonta al origen mismo de los pueblos, es decir de la sociedad. Porque la enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería.

Establecer una clara distinción entre la medicina, entendida como el arte de curar, y la enfermería, entendida como el arte de cuidar, en su proceso evolutivo, es difícil puesto que desde sus inicios han estado estrechamente entrelazadas y han caminado en paralelo. Sin embargo, resulta casi imposible definir fronteras entre la evolución de la enfermera y la evolución de la mujer. Porque el cuidado es innato en la mujer, en la madre que vela el sueño de su hijo y apacigua su dolor; en la hija que cuida a sus padres y hermanos, en la mujer que consuela y cuida a su hombre.<sup>48</sup>

El hombre fue evolucionando y nacieron culturas cada vez más complejas: Mesopotamia, Egipto, Grecia y Roma.

La política, el arte, la religión, la filosofía y la ciencia evolucionaban por nuevos caminos.

---

48 Cormack L. Breve Historia de la enfermería. 4ta ed. España: Elsevier, 2007

La religión tenía un papel muy importante en la salud porque los hombres de aquellos tiempos creían que la enfermedad provenía de los dioses. Los sacerdotes de los templos hacían ritos para aplacar la ira de los dioses y conseguir la curación.

Los grandes conocimientos de astronomía del pueblo babilónico les llevaron a pensar que los astros influían en la vida y la salud de las personas, y crearon la astrología y los horóscopos para hacer diagnósticos y tratamientos.

La tradición de embalsamar los cadáveres hizo que los egipcios adquiriesen un gran conocimiento de la anatomía humana, de algunas enfermedades, de técnicas quirúrgicas y por supuesto del arte del vendaje.

En la cultura griega había hombres polifacéticos que solían dedicarse a varias disciplinas a la vez (filosofía, medicina, matemáticas, astronomía) se dieron cuenta de la importancia del estilo de vida, la higiene y la nutrición para conservar la salud. Esto, junto con los estudios anatómicos, hizo que la civilización griega fuera la primera en aplicar métodos más o menos científicos en la práctica médica, que después la civilización romana importó.

La enfermedad podía estar producida por los dioses, por el mal funcionamiento corporal o por los malos hábitos. Los sacerdotes y los médicos eran quienes diagnosticaban y trataban las enfermedades, cada uno en su campo.

Las mujeres eran quienes cuidaban de los enfermos, atendían los partos, cuidaban de los niños y de los ancianos. Ya existían comadronas, que podían ser libres o esclavas. Y auxiliares del médico, que normalmente eran hombres y esclavos.

Durante la civilización romana se avanzó mucho en la canalización de aguas, en la construcción de baños públicos y en los masajes terapéuticos. También nació la medicina preventiva actual.

Islámica: El Corán les daba una serie de normas higiénicas y dietéticas de gran importancia para conservar la salud.

Hubo médicos que escribieron importantes tratados de medicina que permitieron que occidente pudiera recuperar después los conocimientos médicos que se perdieron durante la Alta Edad Media.

Se ocupaban del enfermo en campo físico y anímico. Copiaron la idea de hacer hospitales de los primeros cristianos y crearon de muy importantes, que eran además escuelas de medicina, y fueron los pioneros en dividirlos en salas según las patologías. Se describe la existencia de comadronas y personal de enfermería debidamente preparado en los quirófanos, ya que la cirugía era muy importante. Y se supone que había bastante personal de enfermería en las salas. Disponían de importantes farmacias con productos vegetales, minerales y animales. Eran cuidadosos con la salud pública y vigilaban mataderos, cocinas y baños públicos.

Judía: Creían que la salud y la enfermedad venían de Dios. Al igual que los árabes, la religión les dictaba normas higiénicas y de estilo de vida. Fueron los primeros en creer que había enfermedades infecciosas que se contagiaban de persona a persona o a través de los objetos de la persona enferma. Tenían normas de desinfección y aislamiento muy estrictas. Se describe la existencia de personal de enfermería y comadronas.

Cristiana: A la caída del Imperio Romano siguió un periodo de estancamiento y hasta retroceso en la cultura y el pensamiento que duró unos 10 siglos. Al principio los cristianos adoptaron una actitud de no-violencia que después cambió con la aparición de las Ordenes Militares y de las Cruzadas.

El conocimiento quedó recluido en los monasterios, donde los monjes se dedicaban a copiar los libros clásicos al latín, y donde se practicaba una medicina combinada con la superstición (reliquias y oración). Los primeros monasterios aparecieron en Baleares.

Cuando Jerusalén fue conquistada, muchos cristianos fueron de peregrinación a Tierra Santa. Esto hizo que nacieran las Hermandades Hospitalarias que atendían a los caminantes y a los enfermos.

De la misma manera el Camino de Santiago hizo aparecer, en España y Europa, hospitales para atender y dar cobijo a los peregrinos. Y permitió el intercambio de conocimientos.

Tanto en los monasterios como en los hospitales había personal de enfermería mayoritariamente religioso pero también laico con votos.

Los médicos eran los que enseñaban y controlaban el personal de enfermería, que ya tenía unas tareas muy bien definidas. Durante la Edad Media la alimentación era una parte muy importante del tratamiento de las enfermedades. La mal nutrición y la pobreza de gran parte de la población, hacía que poder alimentarse bien les ayudara a superar algunas enfermedades.

Había curanderas y brujas, sobre todo en las zonas aisladas, que eran las encargadas de velar por la salud de la población. Sus actuaciones se basaban en remedios naturales y conjuros. Fueron perseguidas entre los siglos XIV y XVIII, y muchas acabaron en la hoguera.

Las grandes epidemias de peste fueron producidas por los malos hábitos higiénicos, tanto a nivel personal como urbano, y provocaron un descenso muy importante de la población. Algunos países perdieron hasta un 50% de su población. Al principio creían que las epidemias eran castigos que Dios les enviaba pero con los siglos fueron tomando medidas más o menos acertadas de aislamiento, higiene, y control de mercancías y barcos.

Se conoce como Siglo de Oro de la enfermería española al periodo comprendido entre los años 1550 y 1650. Se produjeron tres hechos que supusieron el avance de la enfermería:

La aparición y posterior expansión de órdenes religiosas que tenían como objetivo fundamental la asistencia a los pobres. Destaca la de San Juan de Dios que se extendió por Europa y América. La de los Hermanos Enfermeros Pobres y la Bethlemita.

La aparición de manuales escritos por enfermeros para la formación del personal de enfermería. Que por primera vez toma conciencia de la enfermería como oficio con entidad propia y con necesidades específicas de estructura y conocimientos. Destacan dos manuales:

"Instrucción de enfermeros" de Andrés Fernández, Madrid 1617. Aunque todavía se observan algunos puntos que no tienen ninguna base científica, la mayor parte de la obra lo es. Los contenidos se pueden dividir en ocho grandes apartados: Descripción de técnicas y procedimientos terapéuticos utilizados por enfermeros. Prestación de cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia.

"Directorio de enfermeros" de Simón López 1651 que no llegó a imprimirse, pero que nos ha aportado un conocimiento muy detallado del mundo de la enfermería durante este periodo.

En el siglo XVII todavía no se conocían la mayoría de los agentes causales de las enfermedades, ni sus vías de transmisión, ni los periodos de incubación. Los cuidados iban encaminados a tratar solo los signos y síntomas. Por eso la observación del paciente en la práctica clínica diaria era muy importante para poder curar a los enfermos. Y aquellos enfermeros basaron su práctica en cuatro funciones: Curas, administración, docencia e investigación. Se les exigía saber

leer y escribir para que pudieran entender las prescripciones médicas y para que llevaran un registro escrito de sus tareas diarias. Esto nos ha permitido tener un conocimiento tan exhaustivo de este periodo.

Este modelo de enfermería se extendió por Europa y América a través de las conquistas y las colonizaciones, ayudando a evolucionar a otros modelos menos modernos.

En Francia destaca la Orden de las Hermanas de la Caridad y en Italia la Orden de los Ministros de los Enfermos.

Los cambios que se produjeron durante la última parte de la Edad Media dieron lugar al Renacimiento. En el siglo XIV en Florencia bajo la protección de la influyente familia Médici; y en otras ciudades italianas bajo la de otros mecenas, incluyendo Papas, nació una corriente humanística que quería redescubrir la antigua cultura clásica dormida durante tantos siglos.

Había hospitales benéficos para atender y dar refugio temporal a los pobres y otros que actuaban como hospitales propiamente dichos. En estos últimos una fuente de ingresos suficientes permitía que se diese una asistencia médica adecuada para la época.

Había una normativa sobre el trabajo a desempeñar por parte del Enfermero Mayor y la de los enfermeros asistenciales que ha quedado descrita en diversos documentos de la época.

En esta época había dos tipos de comadronas. La comadrona que atendía a la gente rica, que estaba bien pagada y tenía prestigio social. Y la comadrona que atendía al pueblo con pocos o ningún recurso económico, y que cobraba un sueldo que solo le permitía ir sobreviviendo.



Las comadronas ya tenían cuatro funciones bien definidas:

Asistencia a las mujeres durante el parto, el puerperio y situaciones patológicas del aparato reproductor femenino.

Declaración jurídica cuando era necesario por muerte de la madre durante el parto, para certificar si un niño había nacido vivo o muerto, o para declarar si una mujer había dado a luz o no a un niño. Cosas muy importantes en casos de herencias.

Enseñar a nuevas comadronas que las sustituirían cuando ellas se jubilasen. Administración del Bautismo de urgencia cuando el recién nacido corría el riesgo de morir.

En México, en la revolución mexicana había mujeres que se introducían en los campos de batalla para dar consuelo a los caídos, una de ellas fue Refugio Estévez Reyes (la madre cuca), quien en cumplimiento de su deber recibió un balazo en el cuello. Toleró el proyectil durante el resto de su vida. En las escuelas había influencia alemana y norteamericana en la preparación de las enfermeras mexicanas. En 1910, la educación de las enfermeras estaba a cargo de la escuela nacional de medicina.

### **5.6.2 El cuidado en la enfermería.**

Al hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.<sup>49</sup>

---

49 Colliere, F. Promover la vida. España: McGraw-Hill, 1993.

Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir.

Para la enfermería dentro del cuidado se tiene un papel crucial al momento de poner en práctica intervenciones relevantes basadas en la promoción y protección de la salud de la comunidad, la familia, los grupos.

La Enfermería desde sus inicios identificó al cuidado de la Salud de las personas, como su bien intrínseco. El cuidado es el objeto de la enfermería y desde la perspectiva profesional, es el eje.

Hoy la enfermería, es una disciplina profesional que dirige sus esfuerzos a promover la calidad de vida de las personas que tiene a su cuidado. Se ha establecido como un campo científico, una disciplina del área de la salud y del comportamiento, que aporta al cuidado de la salud en el proceso vital humano.

Alrededor del cuidado se desarrolló la disciplina con sus conocimientos, habilidades y principios ético-legales. Cuando una persona se cuida, se constituye en un acto individual, basado en la autonomía. Cuando el cuidado se da a otro que, temporal o definitivamente no puede auto cuidarse, se constituye en un acto de reciprocidad.

El cuidado, en tanto acto relacional de ayuda, a través del juicio crítico, posibilita que las personas desarrollen su bienestar, mejoren o mantengan su salud, puedan sobrellevar problemas de salud y lograr la mejor calidad de vida posible, sea cual fuere su situación hasta la muerte.

Cuidar es una ciencia y un arte, exige conocimientos y actitudes especiales y los cuidados son acciones intencionadas y fundadas en ese cuerpo de saberes.<sup>50</sup>

### **5.6.3 Rol de la enfermería en el cuidado recreativo del adulto mayor con demencia**

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.<sup>51</sup>

Dentro de la intervenciones que enfermería debe realizar estas deben ir encaminadas a conseguir el mayor grado de independencia del adulto mayor, con planes de intervención realistas, interdisciplinarios y buscando, en última instancia, la mejora en su calidad de vida.

El cuidado del paciente con demencia es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga

---

50 González G. Ministerio de educación ciencia y tecnología, (sede web), España: scielo, 2010 (actualizada el 3 Marzo 2011, acceso el 10 febrero 2013, disponible en: [www.me.gov.ar/curriform/publica/enfermeria.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/enfermeria.pdf)

51 Fernández A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor (sede web), Murcia, scielo, 2010 (actualizado el 7 Junio. 2010, acceso el 9 enero 2013, disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016...sci.....](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016...sci.....)

duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar.

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyente de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación.

Diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome.<sup>52</sup>

## **5.7 Delegación Tlalpan, Colonia Huipulco**

Delegación Tlalpan.

La palabra Tlalpan se compone de dos vocablos de origen nahuatl, Tlalli = tierra y Pan = Sobre, sin embargo se le agregó la palabra firme, "lugar de tierra firme". Se le conoce con ese nombre porque, a diferencia de los Xochimilcas y los aztecas, Tlalpan nunca fue ribereña de la laguna, y por lo tanto sus habitantes no vivían ni sembraban en chinampas.<sup>53</sup>

---

52 Mejido M, Espinás J. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. 2da ed. España: interamericana, 1999.

53 Julio M. Breve historia sobre el origen de Tlalpan. 6ta ed. México: Sanders, 1997.

Esta delegación fue pensada en la realización del programa de estimulación cognitiva, ya que dentro de la población de adultos mayores, esta delegación cuenta con diferentes grupos de adultos mayores.

Los grupos de adultos de esta delegación están más concentrados en diferentes lugares de la demarcación, dos de estos grupos se encuentran ubicados en Huipulco, donde se encuentra el grupo “Armonía”.

## 6-METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Longitudinal: Para esta tesis se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos a un grupo de adultos mayores del grupo “Armonia” a lo largo de dos meses.

Pre test- pos test: La medición de las variables en estudio se realizó antes y después de la aplicación del cuadernillo de actividades.

Descriptivo: El estudio se centró en la recolección de datos, que ayudaron a describir la situación del grupo “armonía”, dando información del estado de salud y características del grupo.

### 6.2- Universo, población, muestra

Universo.

Se aplicaron instrumentos de valoración y taller de memoria adultos mayores del grupo “Armonía”, de la colonia Huipulco.

## Población

El estudio se realizo con 15 adultos mayores del grupo “Armonía” de la delegación Huipulco.

## Muestra

La muestra es una muestra por conveniencia y fue conformada con 12 adultos mayores.

### 6.3- Criterios de selección.

#### 6.3.1 Inclusión

Adultos mayores de 60 años en delante de la Colonia Huipulco que quieran participar en la investigación.

#### 6.3.2 Exclusión

Un adulto mayor de la Colonia Huipulco, no deseo participar en la investigación.

#### 6.3.3 Eliminación

Dos Adultos mayores de la Colonia Huipulco que no continuaron con la investigación, solo se presentaron a la valoración inicial, no continuaron con el taller ya que una ellas dejo de asistir al grupo por motivos personales y la otra realizo un viaje a Alemania.

### 6.4 Periodo y lugar

Las actividades que se realizaron en la investigación se llevaron a cabo en un periodo de 2 meses del 2 de Abril al 30 de Mayo 2013, en la Colonia Huipulco de la delegación Tlalpan.

## **6.5 Intervención**

### **Programa a aplicar: Programa de estimulación cognitiva “Taller de memoria”**

El programa está dirigido a los adultos mayores de la colonia Huipulco Delegación Tlalpan.

El taller consistió en la aplicación del “Taller de memoria”, el cual consto de 34 sesiones cada una de 2 horas de lunes a jueves, con un horario fijo en los meses de Abril-Mayo del 2013.

Para la realización del taller se elaboro un cuadernillo de actividades realizado por la pasante de Licenciatura En Enfermería y Obstetricia, así como diferentes actividades que realizaron en conjunto con el resto de los participantes del taller.

Cada sesión evalúa distintos tipos de memoria, en las cuales los ejercicios 1,2,18, se basan en la memoria declarativa, el ejercicio 3 se basa en la memoria constructiva, los ejercicios 4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,17,20 se basan en la memoria semántica, el ejercicio 10 se basa en la memoria de trabajo, el ejercicio 15 se basa en la memoria bibliográfica, el ejercicio 16 se basa en la memoria verbal inmediata, el ejercicio 19 se basa en la memoria a corto y largo plazo, cada una de las sesiones realizadas se encuentran en la parte de anexos, para ver cada una de las sesiones así como los ejercicios realizados en cada una de ellas ver anexo dos.

#### **6.5.1 Protocolo de sesiones de taller de memoria.**

- Duración de cada sesión.

Cada una de las sesiones fue de 120 minutos.

- Recursos humanos:

1.-Pasante de la Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia

2.- 15 adultos mayores de 60 años en adelante

- Recursos materiales

Cuadernillo de actividades, rompecabezas, lápices, plumas o crayolas, hojas blancas, pelotas de colores.

- Recursos físicos

Instalación del taller de memoria en la Colonia Huipulco.

- Recursos financieros

El presupuesto de la elaboración fue de \$1000 para la compra de material.

- Estrategias

Se invitara personalmente a los integrantes del grupo de adultos mayores llamado “Armonía”, de la colonia Huipulco de la delegación Tlalpan, para participar en el “Taller de Memoria”.

## **6.5.2 INSTRUMENTO**

El mini mental statu examination (MMSE)

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer



El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo. Se trata de una escala estructurada, que no requiere más de 5–10 minutos para su aplicación.

El MEC de lobo (1979), es la versión adaptada y validada en España del MMSE (mini-mental state examination) de folstein. Existen dos versiones de 30 y 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales.

El objetivo del MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar sus posibles desórdenes funcionales de forma rápida y práctica. Consta de 11 ítems en los que se valora 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción viso espacial. La interpretación se basa en la suma de las puntuaciones de cada ítem.

El MMSE se lleva a cabo en unos 15 minutos y consta de 11 parámetros, se obtiene una puntuación de 30 puntos, con un punto de corte establecido en 24 puntos, siendo de 18 en casos de carencia de escolaridad. Este instrumento fue utilizado en este trabajo ya que contiene diferentes apartados con los cuales podemos conocer fácilmente si algún adulto mayor tiene deterioro cognitivo.

A continuación se muestra el instrumento (Mini-mental), el cual fue utilizado para evaluar a los adultos mayores del grupo “Armonía”

	<b>PUNTUACIÓN</b>
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL:</b> ¿En qué día estamos?..... ¿En qué fecha?..... ¿En qué mes?..... ¿En qué estación?..... ¿En qué año?.....	_____
<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL:</b> ¿En qué hospital o lugar estamos?..... ¿En qué piso o planta?..... ¿En qué pueblo o ciudad?..... ¿En qué provincia, región o autonomía?..... ¿En qué	_____



Interpretación:

≥ 27 puntos: normal

24 a 26 puntos: deterioro cognoscitivo leve

16 a 23 puntos: deterioro cognoscitivo moderado

≤ de 16 puntos: deterioro cognoscitivo severo

En el siguiente apartado, se muestra el cuadernillo de actividades, utilizado en el taller para la realización de cada sesión, cada uno de los cuadernillos fue entregado a cada uno de los integrantes del grupo, en este se explica cómo se realizan los ejercicios y la duración que deben de tener.

Cada uno de los ejercicios se encuentran divididos para estimular diferentes tipos de memoria los ejercicios 1, 2, 18, Memoria Declarativa, ejercicios 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 20 Memoria Semántica, ejercicio 10 Memoria de Trabajo, ejercicio 15 Memoria Bibliográfica, ejercicio 16 Memoria Verbal, ejercicio 19 Memoria a Corto y Largo Plazo, cada uno de estos ejercicios están distribuidos de tal manera que el adulto mayor pueda realizar diferentes ejercicios no repetitivos para así lograr un mejor avance de ellos, los ejercicios están elaborados de tal manera que los adultos mayores los cuales cuentan con pocos estudios puedan realizar fácilmente los ejercicios, ya que estos son de fácil elaboración, pero a su vez cuentan con un alto grado de eficacia para reforzar la memoria.

En cada uno de los ejercicios tienen diferente calificación que va de 10-9: excelente memoria, 8: muy buena memoria, 7: buena memoria, 6: memoria regular, 5: memoria deficiente.

### 6.5.3 Cuadernillo del taller de memoria



# Taller de memoria



Impartida por la: L.E.O. Rocio Beatriz Carrillo Reyes

INDICE	Páginas	
Presentación	1	
¿Qué es un cuadernillo?	2	
Instrucciones para utilizar el cuadernillo	2	
Objetivos	3	
Contenido		
Ejercicio 1 (Memoria declarativa)	4	
Continuación ejercicio 1	5	
Ejercicio 2 (Memoria declarativa)		
Continuación ejercicio 2	6	
Ejercicio 3 (Memoria constructiva)		
Continuación ejercicio 3	7	
Ejercicio 4 (Memoria semántica)	8	
Ejercicio 5 (Memoria semántica)	9	
Ejercicio 6 (Memoria semántica)	10	
Ejercicio 7 (Memoria semántica)	11	
Ejercicio 8 (Memoria semántica)	12	
Ejercicio 9 (Memoria semántica)	13	
Ejercicio 10 (Memoria de trabajo)	14	
Ejercicio 11 (Memoria semántica)	15	
Ejercicio 12 (Memoria semántica)	16	
Ejercicio 13 (Memoria semántica)	17	
Ejercicio 14 (Juego llamado Basta)	18	68

Índice	Página
Ejercicio 15 (Memoria bibliográfica)	19
Ejercicio 16 (Memoria corto y largo plazo)	20
Ejercicio 17 (Memoria semántica)	21
Ejercicio 18 (Memoria declarativa)	22
Continuación ejercicio 18	23
Ejercicio 19 (Memoria corto y largo plazo)	24
Continuación ejercicio 19	25
Ejercicio 20 (Memoria semántica)	26
Comentarios	27
Bibliografía	28

## PRESENTACION

La memoria es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos, etc.). Es importante dar a conocer que siempre hay soluciones para que nuestra memoria se mantenga en buenas condiciones. Se pueden realizar acciones o distintos trabajos que permiten que nuestro proceso cognitivo se mantenga en buen estado.

Los Talleres de Memoria son un tipo de intervención basada en la estimulación cognitiva y en la neuropsicología aplicada que aprovecha los recursos de memoria existentes, favorece su ejercicio, y los preserva mediante el desarrollo de tareas adecuadas.

La elaboración de un programa de intervención en problemas de memoria, está destinado a adultos mayores sin trastornos cognitivos. Se intentara dar soluciones a los problemas de olvidos cotidianos, con ejercicios dirigidos a trabajar estrategias, que ayudan a resolver esos fallos de memoria.

A continuación se desarrollo el programa destinado a adultos mayores de 60 años en adelante, con el fin de estimular y retardar la falta de memoria, se realizaran ejercicios que impliquen actividades cognitivas como la percepción, la atención, la concentración o el aprendizaje (procesos directamente implicados en la memoria).

En los cuadernos, se facilitaran estrategias y técnicas efectivas, que potencian la adquisición, mantenimiento y recuperación de la información y que consiguen preservar la capacidad de memoria de la persona durante más tiempo.

¿Qué es un cuadernillo?

Este cuadernillo es un instrumento, en el cual se propone diferentes tipos de actividades para retardar la pérdida de la memoria, realizando actividades en unas cuantas horas.

El cuaderno será útil en la vida diaria ya que con él se pondrán en práctica diferentes ejercicios con los cuales se activara a memoria.

Instrucciones del cuadernillo

En este librito encontraras:

- 1.-La información básica sobre las instrucciones de cada uno de los ejercicios, que ayudaran a comprender mejor las actividades a realizar.
- 2.-Son 20 propuestas de ejercicios para la memoria, distribuidos en 20 sesiones.

Es recomendable contar con material recomendado como son plumas o lápices para realizar la terapia. Al igual que para cada una de las terapias es bueno complementarla con ejercicios básicos como son rompecabezas, o algún juego que involucre ejercicios para la memoria, es importante señalar que los ejercicios del cuadernillo se realizaran uno por sesión que se complementara con algún otro ejercicio.

Para ser más efectivo cada uno de los ejercicios del cuadernillo la persona tendrá un número determinado de minutos para concluir con los ejercicios, de esta manera se podrá notar los avances en la memoria.



## Objetivo General

\*Estimular la memoria inmediata y continua.

## Objetivo Especifico

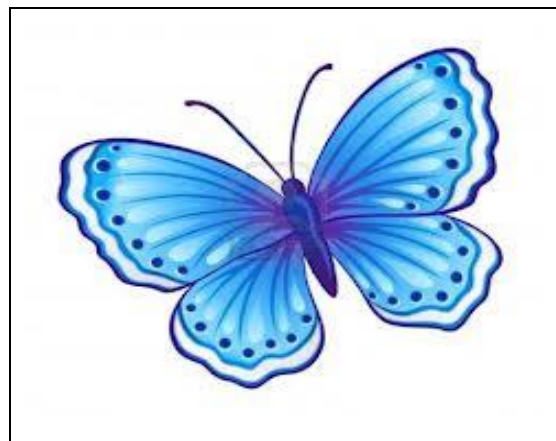
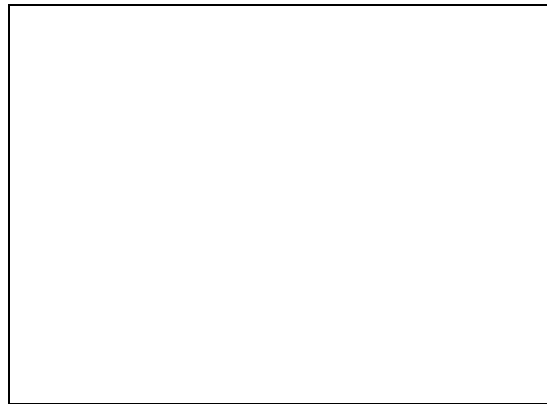
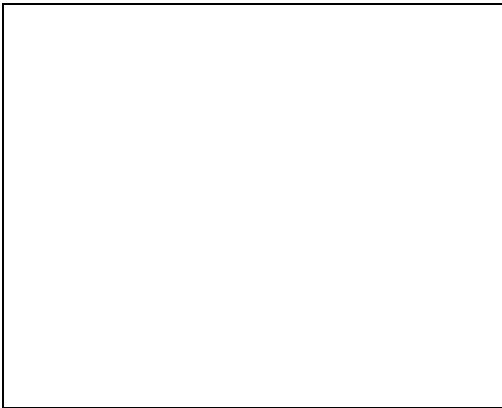
\*Mantener las capacidades de memoria.

\*Estimular la memoria semántica (recuerdo de conceptos o el significado general de las cosas que nos rodean).

## CONTENIDO

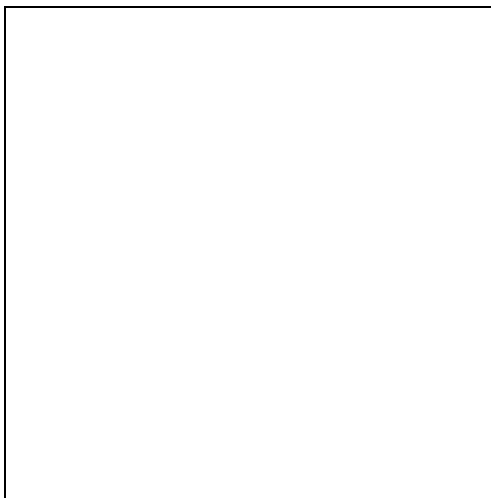
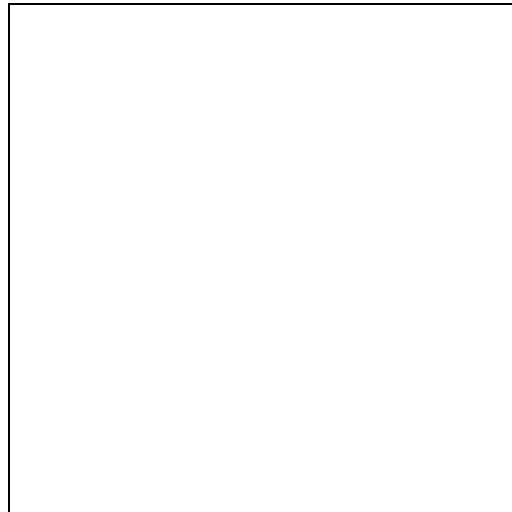
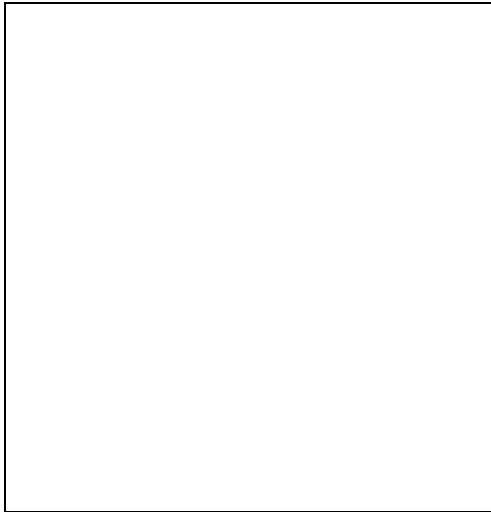
### Ejercicio 1. Instrucciones

El ejercicio consta de observar el objeto en el recuadro para después recordarlos.



## Ejercicio 1. Instrucciones

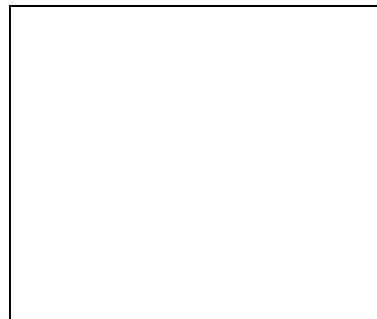
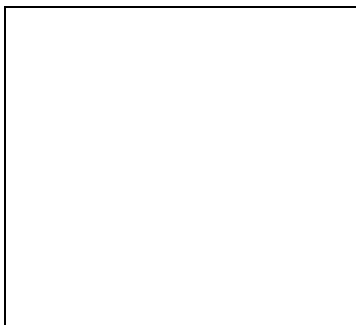
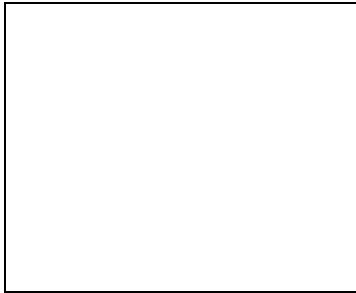
Recuerda que objetos había y en qué lugar se encontraban. Coloca el nombre del objeto en el cuadro en el que se encontraba.



Total de aciertos: \_\_\_\_\_

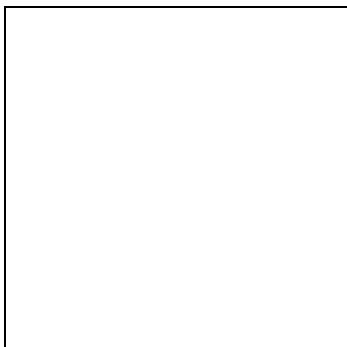
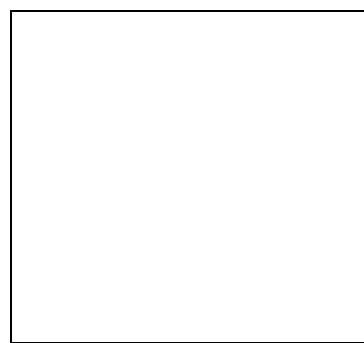
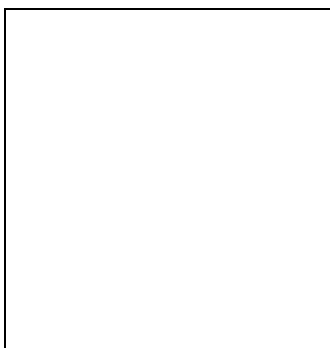
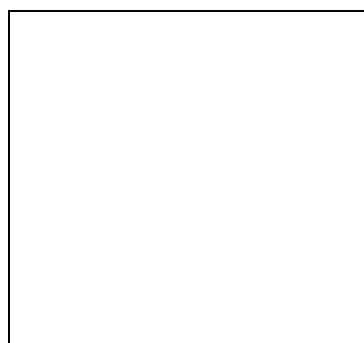
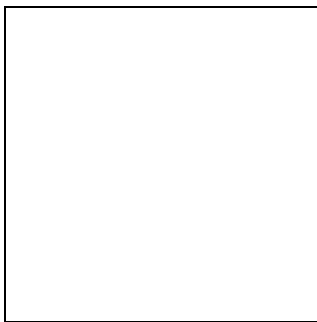
## Ejercicio 2. Instrucciones

El ejercicio consta de observar el objeto en el recuadro para después recordarlos.



## Ejercicio 2. Instrucciones

Recuerda que objetos había y en qué lugar se encontraban. Coloca el nombre del objeto en el cuadro en el que se encontraba.



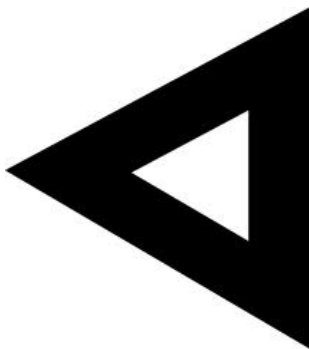
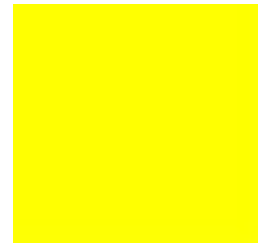
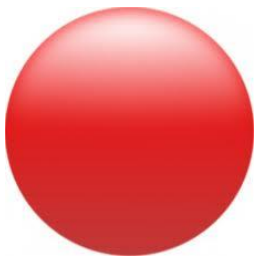
Total de aciertos: \_\_\_\_\_

### Ejercicio 3.Instrucciones

Se utilizaran colores, creyones, de preferencia 6 colores negro, blanco, rojo, amarillo, verde, azul.

Primero se identificara cada uno de los colores comenzando con la identificación de cada una de las formas y sus colores.

Una vez ubicada la forma y el color se procederá a colorearla en una hoja en blanco.



### Ejercicio 3.Instrucciones

Una vez que la forma se identifico así como el color se podrá pintar en esta hoja.

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

#### Ejercicio 4. Instrucciones

En este ejercicio se escribirá en la parte de abajo 5 animales, 5 objetos se utilizan en la cocina, 5 nombres que comiencen con la letra "A" (ya sean hombres o mujeres).

#### ANIMALES

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

#### OBJETOS DE COCINA

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

#### NOMBRES QUE COMIENCEN CON LA LETRA "A"

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

Total de aciertos: \_\_\_\_\_



## Ejercicio 5. Instrucciones

En este ejercicio se mostraran objetos, al igual que diferentes palabras, colocar la palabra con el objeto correspondiente a cada uno. Para ello tendrán que juntar los pares con una línea que corresponda a cada uno.

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

**LUZ**

**AGUA**

**BEBE**



**CUBIERTOS**

**JARDIN**



## Ejercicio 6. Instrucciones

En este siguiente ejercicio se van a colocar una serie de preguntas y diferentes respuestas en la cual se va a completar la frase de cada una de las preguntas, marque con algún lápiz, crayón o pluma.

1.- Prenda de vestir larga que se ata a la cintura y se usa en la casa

- a) Toalla                      b) Zapato                      c) Bata

2.-Palo de metal o madera que sirve para apoyarse al caminar

- a) Rueda                      b) Escoba                      c) Bastón

3.-Objeto para guardar la ropa y llevar cosas en un viaje, con un asa

- a) Maleta                      b) Caja                      c) Saco

4.-Son piezas duras y blancas que tenemos en la boca y sirven para morder

- a) Dientes                      b) Lengua                      c) Garganta

5.-Es un lugar que se encuentra en la playa y sirve para nadar

- a) Mar                      b) Barco                      c) Palmera

6.-Se usan para caminar y algunos tienen agujetas

- a) Calcetines                      b) Zapatos                      c) Piso

7.-Son instrumentos que utilizamos para llevarnos la comida a la boca

- a) Servilletas                      b) Vaso                      c) Cubiertos

8.-Cual es la siguiente letra después de la letra "h"

- a) "O"                      b)"l"                      c) "M"

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 7. Instrucciones

El siguiente ejercicio es similar al anterior, en cada una de las preguntas hay diferentes respuestas elegir una de ellas y marcarla con algún lápiz, pluma o crayón

1.-Prenda hecha de toalla en forma de bata, que nos seca al salir de la ducha

- a) Bata      b) Sabana      c) Cojín      d) Cortina de baño

2.-Objeto para colgar y llevar las llaves a diferentes sitios

- a) Tazón      b) Hilo      c) Llaveró      d) Monedero

3.-Es un platillo que se prepara al fuego con salsa y varios ingredientes

- a) Torta      b) Guisado      c) Galletas      d) Pastel

4.-Es un animal que produce leche

- a) Toro      b) Pájaro      c) Pez      d) Vaca

5.-Es una vocal que va antes de la letra "u"

- a) "f"      b) "a"      c) "l"      d) "o"

6.-Son objetos redondos de metal con los que podemos cambiar por un objeto que nos sea útil

- a) Monedas      b) Anillos      c) Cucharas      d) Llantas

7.- si mi numeración va de 2 en 2 y me da 4, cual es el siguiente número que va después del 6

- a) 7      b) 5      c) 8      d) 10

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 8. Instrucciones

En el siguiente ejercicio, se va a anotar 20 palabras que sean frutas, es recomendable que para anotarlas el tiempo no sea mayor a 5 minutos.

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-
- 11.-
- 12.-
- 13.-
- 14.-
- 15.-
- 16.-
- 17.-
- 18.-
- 19.-
- 20.-

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 9. Instrucciones

A continuación se describirán al lado una serie de palabras, en las cuales se tendrá que completar todo lo que se relacione a esa palabra.

Ejemplo: Flores: rosas, margaritas, etc.

1. Planetas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Muebles de casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Colores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Animales de granja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Países: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Platos de comida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Ropa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 10. Instrucciones

En el siguiente ejercicio se va a describir una serie de números que puede tener dos, tres, cuatro números. La tarea consiste en que deberá decir cuál es el segundo y último número de cada una de las cifras. Recordar que el aplicador una vez dicho el número tendrá que colocar una hoja sobre las cifras y escribir al lado de este las repuestas.

-498:

-658:

-1231:

-9645:

-863:

-0001:

-120:

-6011:

-5684:

-367:

-6528:

-680:

-357:

-633:

-684:

-6340:

Total de aciertos: \_\_\_\_\_



## Ejercicio 11. Instrucciones

En este ejercicio se va a describir una serie de palabras, la tarea del ejercicio consiste en escribir la palabra contraria (antónimos).

1.-Bueno:

2.-Caliente:

3.-Bien:

4.-Alto:

5.-Activo:

6.-Cielo:

7.-Salado:

8.-Meter:

9.-Llegar:

10.-Estrecho:

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 12.Instrucciones

En este ejercicio es muy similar al ejercicio 4 en el cual se va a escribir el nombre de 10 palabras. Se contarán 10 minutos para terminar el ejercicio si este no fue concluido se tomarán en cuenta el número de palabras que fueron escritas.

Nombres que comiencen con la letra "M"

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-

Animales que viven en el zoológico

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-

Total de aciertos: \_\_\_\_\_



### Ejercicio 13. Instrucciones

Se presentara una serie de números o letras en los cuales se tendrá que colocar en los espacios el número siguiente a cada una de las series

1,2,3,4\_\_\_\_,6,7\_\_\_\_,9,10,11,12,13\_\_\_\_, 14,15,\_\_\_\_, 17,18,19,\_\_\_\_

2, 4, 6\_\_\_\_, 10, 12\_\_\_\_16, \_\_\_\_\_, 20, 22, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 28, \_\_\_\_\_

100, 99, 98, \_\_\_\_\_96, 95\_\_\_\_93, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 89, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

A,b,c,\_\_\_\_,e,\_\_\_\_,\_\_\_\_,h,i,\_\_\_\_,\_\_\_\_,\_\_\_\_,m,n,\_\_\_\_,\_\_\_\_,q,r,s

5,10,15,\_\_\_\_,25,\_\_\_\_,\_\_\_\_,35,40,45,\_\_\_\_,\_\_\_\_,\_\_\_\_,65,70,\_\_\_\_

M,n,o,\_\_\_\_,q,r,\_\_\_\_,\_\_\_\_,\_\_\_\_,v,\_\_\_\_,\_\_\_\_,y,\_\_\_\_

Enero, \_\_\_\_\_, marzo, \_\_\_\_\_, mayo, junio, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Primavera, \_\_\_\_\_, otoño, \_\_\_\_\_

I, II, III, \_\_\_\_\_, V, \_\_\_\_\_, VII, \_\_\_\_\_IX, \_\_\_\_\_



Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 14.Instrucciones

Este ejercicio se va a llevar acabo junto con el aplicador del taller ya que involucra recordar nombre, países, frutas, animales, colores, objeto, etc., el juego se llama “basta”, en el cual el aplicador o el adulto mayor pensara en el alfabeto sin decirlo en voz alta, y el otro jugador dirá: “basta” en voz alta y el numero que pensó el primero será la letra con la que se jugara, ejemplo: si esta es la letra “m”, se escribirán en un papel algún nombre, país, frutas, animales, colores, objeto que comience con esta letras. En este juego no hay puntaje nos sirve para una mejor estimulación de la memoria. Tiempo límite en cada respuesta 5 minutos o en caso de que uno de los 2 integrantes acabe más rápido.

NOMBRE PAIS FRUTA ANIMAL COLOR OBJETO

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 15.Instrucciones

Este ejercicio se va basar en las cosas que realizo el adulto mayor en un día común. Pedirle a la persona que escriba todas las actividades que realizo durante el día anterior, nos podemos apoyar de algún familiar para saber cuántas actividades realizo el adulto mayor. Es importante que enumere las actividades.

Total de palabras: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 16. Instrucciones

En el siguiente ejercicio, el aplicador dirá distintas palabras y la persona tendrá que repetirla después de narrar las actividades del día anterior, o algún otro relato a contar.

Primera palabra: “casa”, se le pedirá que narre algún suceso. Al pasar 5 minutos se le pedirá que repita a la palabra

Repitió la palabra: \_\_\_\_\_

No repitió la palabra: \_\_\_\_\_

Segunda palabra: “Azul”.

Repitió la palabra: \_\_\_\_\_

No repitió la palabra: \_\_\_\_\_

Tercera palabra: “Concha”.

Repitió la palabra: \_\_\_\_\_

No repitió la palabra: \_\_\_\_\_

Cuarta palabra: “Mamá”

Repitió la palabra: \_\_\_\_\_

No repitió la palabra: \_\_\_\_\_

Quinta palabra: “Flor”

Repitió la palabra: \_\_\_\_\_

No repitió la palabra: \_\_\_\_\_

Total de palabras: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 17. Instrucciones

Para este ejercicio se presentaran una serie de palabras en desorden, el ejercicio consiste en ordenar por grupos cada uno de las palabras en la clasificación que corresponda.

Falda, garbanzo, chocolate, jabón colonia, pantalón, tren, camiseta, arroz, shampoo, zanahoria, moto, avión, abrigo, pasta de dientes, coche.

### **ROPA**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

### **COMIDA**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

### **VEHICULOS**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

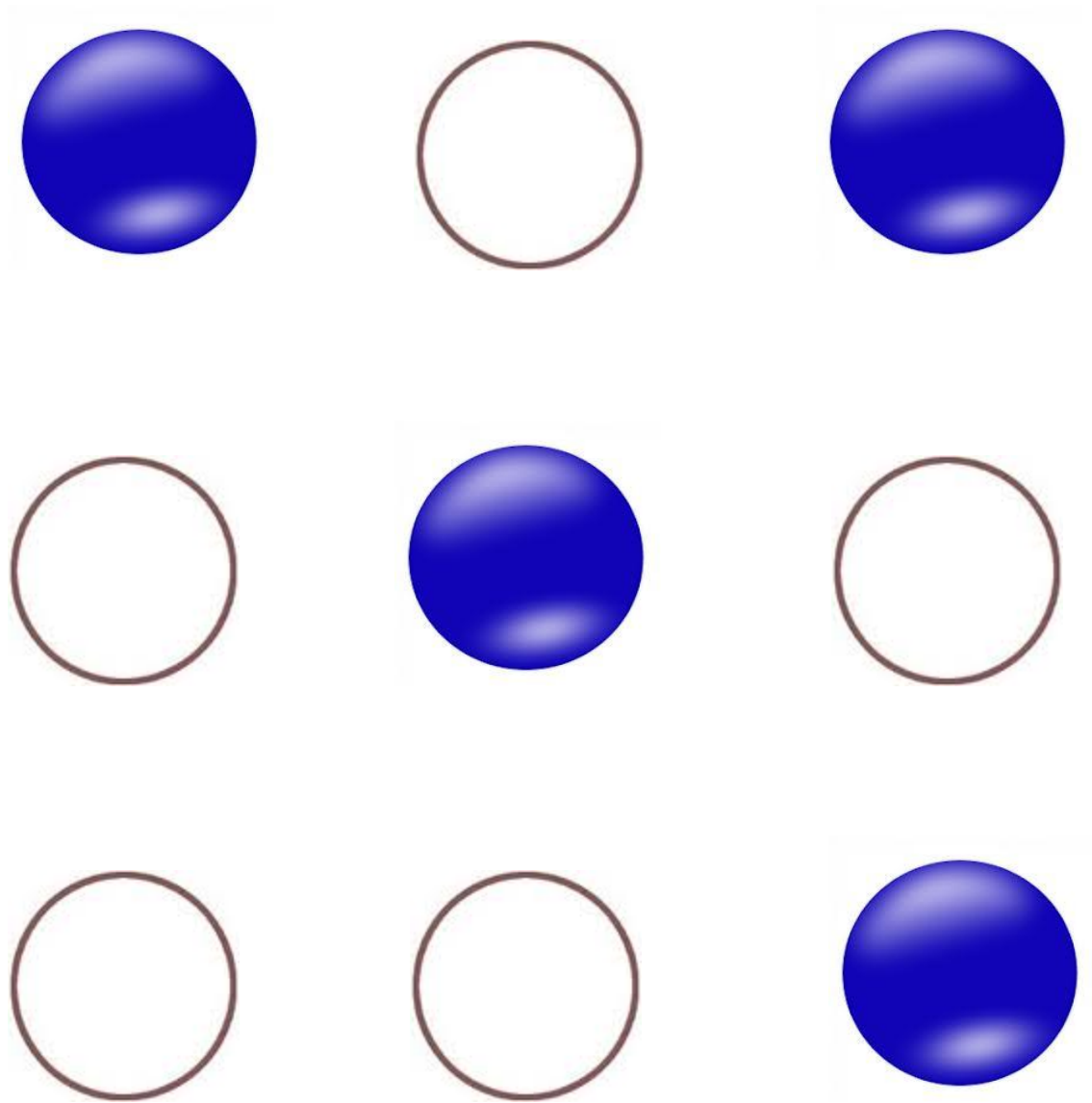
### **ARTICULOS DE ASEO**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

Total de palabras: \_\_\_\_\_

### Ejercicio 18.Instrucciones

En el siguiente ejercicio se presentaran diferentes círculos los cuales algunos están iluminados y otros se encuentran en blanco, el ejercicio consta en recordar cuales círculos están iluminados.



Ejercicio 18. Continuación

En la página anterior se presentó una serie de círculos algunos de los cuales estaban iluminados y otros estaban en blanco, después de verlos y haber pasado unos segundos, iluminar los círculos marcados, en la página anterior.



Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 19. Instrucciones

En el siguiente ejercicio se presentara una imagen la cual tendrá que ver el adulto mayor por unos minutos para después responder las preguntas que se encuentran en la siguiente hoja.





## Ejercicio 19. Continuación

En la hoja anterior se mostro un dibujo el cual se tenía que mirar un par de minutos. Responder las siguientes preguntas al respecto del dibujo

1. ¿Hay una vaca en el dibujo? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

2. ¿Cuántas gallinas hay en el dibujo? \_\_\_\_\_

3. ¿En el dibujo hay caballos? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos granjeros hay?\_\_\_\_\_

5. ¿Solo hay animales de granja? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si la respuesta es positiva ¿Cuáles?\_\_\_\_\_

6. ¿De qué color es el gato? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuántos cochinitos hay?\_\_\_\_\_

8. ¿Cuántos patitos hay?\_\_\_\_\_

9. ¿El granjero tiene sombrero? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

10.-¿Hay agua en el dibujo? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Total de aciertos: \_\_\_\_\_

## Ejercicio 20. Instrucciones

Este ejercicio es muy similar al ejercicio 17 en el cual se presentara una serie de palabras las cuales se tendrán que ordenar por grupos.

Arquitecto, perro, tenaza, ratón, electricista, vino, mono, Martini, pinza, farmacéutico, limonada, martillo, elefante, enfermera, agua

### ANIMALES

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

### BEBIDAS

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

### HERRAMIENTAS

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

### PROFESIONES

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

Total de aciertos: \_\_\_\_\_



## Bibliografía del cuadernillo.

Martínez G. Ejercicios para taller de memoria (sede web). Madrid, 2011,(actualizada 6 Junio 2010, acceso 7 Enero 2013), disponible:  
[es.scribd.com/doc/54756821/Ejercicios-Para-Taller-de-Memoria](http://es.scribd.com/doc/54756821/Ejercicios-Para-Taller-de-Memoria)

Sardinero P. Estimulación cognitiva para adultos (sede web), España. Gesfomedia, 2000, (actualizada 6 Mayo 2000, acceso 9 enero 2013, disponible en:  
[tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf](http://tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf)

Latorre P. Método UCLM de entrenamiento de memoria en mayores (sede web), España, 2008 (actualizado 9 Abril 2008, acceso 10 enero 2013, disponible en:  
[books.google.com.mx/books?isbn=8484276147](http://books.google.com.mx/books?isbn=8484276147).

## 6.7 Aspectos bioéticas.

El consentimiento informado, es la aceptación por parte del usuario de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Está basada en dos pilares: la confianza y el proceso de información más o menos complejo, esta última tendría que favorecer la comprensión del procedimiento propuesto, decir en qué consiste, las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (beneficios, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, sea de elección, de aceptación o de rechazo. Queda constancia de este procedimiento mediante la firma del documento de consentimiento, consiente libremente y sin coacción a ser objeto de un procedimiento sobre el cual le ha sido dada la información adecuada, la que él necesita para poder decidir con capacidad.<sup>54</sup>

La ética forma parte fundamental de la geriatría. Si bien los dilemas éticos son medulares en la práctica de la propia medicina, la naturaleza dependiente del paciente geriátrico suscita inquietudes especiales. Las consideraciones con respecto a la ética y el envejecimiento parecen centrarse en los papeles que desempeñan la autonomía y el racionamiento.<sup>55</sup>

Es importante comprender que la cuestión de adoptar una decisión en salud no es un problema de edad, sino de competencia, lo que impone grandes desafíos, en especial en lo relativo a la atención del paciente anciano o adulto mayor:

- Eliminar el estigma que considera a los ancianos como individuos vulnerables en sentido negativo, considerar que no pueden ejercer sus derechos por sí mismos
- Colaborar con las acciones que se dirijan a cambiar la percepción social acerca del valor que tienen los adultos mayores

---

54 Eduardo Zarate. Los profesionales de salud y el consentimiento informado. Lima Perú: Crow, 2006

55 Hards A. Aspectos éticos en el cuidado del anciano. 2da ed. Bogotá: Brookings Institution, 1984.

- Permitirles una participación activa en su atención de salud

#### Facilitarles información

- Brindarles compañía
- Atender sus necesidades individuales (dolor, abandono, presión, inseguridades)
- Velar por lo que ellos como pacientes desean y necesitan y no por lo que el grupo familiar desea o necesita
- Resguardar su confidencialidad

En materia de consentimiento informado en los pacientes adultos mayores, no necesariamente se debe buscar la mejor opción, porque muchas veces en la búsqueda de la perfección se pierden los objetivos, sino que se debe buscar la alternativa más racional y razonable, lo que implica tener en especial consideración al paciente a quien esa decisión involucra, sus deseos y expectativas, valorar la utilidad de los cursos de acción y observar lo que éstos persiguen: cantidad o la calidad y reconocer que el consentimiento informado perfecto no existe y que cada caso, es un caso especial.

#### Autonomía

La autonomía, como ejercicio de la plena voluntad requiere la plenitud de sus facultades y no puede entenderse como un todo o nada. Al igual que los niños y adolescentes se van haciendo más autónomos a medida en que crecen y maduran, los adultos mayores van perdiendo gradualmente su autonomía. No se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial. Por otra parte, aunque no decidiese, se respeta su autonomía en la medida en que su tratamiento respete sus valores y preferencias. Para este efecto se hace necesario conocer

sus expresiones de voluntad y sus criterios a través de su familia, médicos tratantes o cuidadores.<sup>56</sup>

Las decisiones compartidas, con la participación del adulto mayor y de todos quienes le conocen bien, permiten respetar la autonomía del adulto mayor. Lo que pueda decidir dependerá de su capacidad, en un concepto de capacidades parciales que permitan decisiones de complejidad también variables.

Se concluye que los adultos mayores no son incapaces por definición y que generalmente es posible permitir y favorecer su participación, al menos parcial, en las decisiones. Así como se les ayuda en la vida diaria o caminan con un bastón, se propone el criterio de “autonomía con bastón”, es decir apoyada y guiada para respetar sus valores y preferencias. Finalmente se refiere, para disminuir su nivel de inseguridad o de estrés, la necesidad de ayudar y apoyar a los familiares que se ven en la necesidad de subrogar al adulto mayor en los procesos de decisión.

#### Beneficencia

El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos. Este principio ha sido, y sigue siendo, la razón de ser de las profesiones socio sanitarias. Lo que ha cambiado es que hoy no se entiende la beneficencia si no va unida al escrupuloso respeto de la autonomía de aquél a quien pretendemos hacer el bien.<sup>57</sup>

El cuidado en las personas mayores, significa explorar cuáles son sus necesidades y tratar de encontrarles soluciones. Podemos preguntarnos por el tiempo que dedicamos a escucharles, a entrenarles en temas técnicos, a informarles sobre los recursos sociales, legales o sobre la existencia de utensilios que pueden facilitarles el cuidado, a buscar y fomentar las posibilidades de

---

56 Beca I. Autonomía del adulto mayor. 2da ed. Alemania: Sawsi, 2010

57 Moya B. Trabajar con personas mayores. (sede web). Madrid. portal 2006 (actualizado el 9 de Junio 2006, acceso el 13 Marzo 2013), disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>.

descanso o su asistencia a grupos de apoyo. La prevención de enfermedades y el evitar su claudicación, al verse atrapados en un laberinto de exigencias imposibles de cumplir, están en juego.<sup>58</sup>

Es el principio que se define para la actuación del profesional. Compromete a las enfermeras a disponer de conocimientos suficientes para poder plantear las acciones de cuidados pensando en el bien del anciano. El principio de beneficencia discute el concepto de paternalismo o materialismo, que supone tratar a los ancianos como si fueran niños.

La beneficencia no paternalista supone proponer al anciano las mejores acciones de cuidados posibles respetando su forma de vida y sus decisiones. Cuando su situación de salud no le permita la comprensión, hay que actuar persiguiendo el mejor bien posible para él.<sup>59</sup>

No maleficencia. Se le reconoce como principio hipocrático, y por ello el más antiguo: lo primero es no dañar, evitar el daño a los pacientes, abstenerse de realizar intencionalmente acciones que puedan producir daño, además de entender la obligación de extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

---

58 Bernal A. Consideraciones Bioéticas alrededor de las personas mayores. España: Mc Graw Hill, 2006.

59 Busquets Surribas. Aspectos éticos y legales en el cuidado a las personas mayores. Barcelona: Mc Graw Hill, 2000.



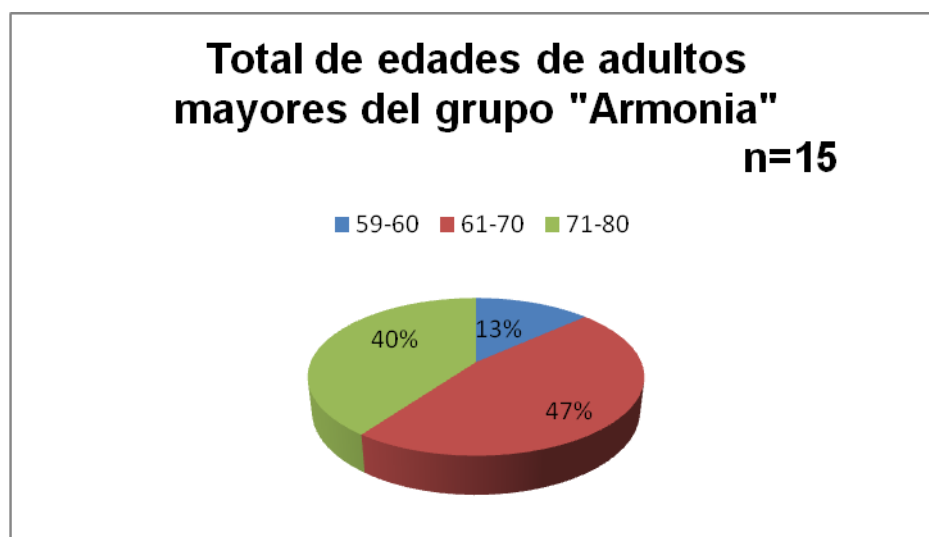
## 7-RESULTADOS

Cuadro 1

Edades de adultos mayores del grupo "Armonía"	
Edades	Frecuencia
59-60	2
61-70	7
71-80	6

Fuente: Recolección de datos por Rocío Beatriz Carrillo Reyes, en el grupo "Armonía", de la Colonia Huipulco, Delegación Tlalpan, 2013.

Grafica 1



Fuente: Recolección de datos por Rocío Beatriz Carrillo Reyes, en el grupo "Armonía", de la Colonia Huipulco, Delegación Tlalpan, 2013.

Descripción: Lo que se puede observar es que el mayor rango de edades se encuentra entre los 61 a 70 años.

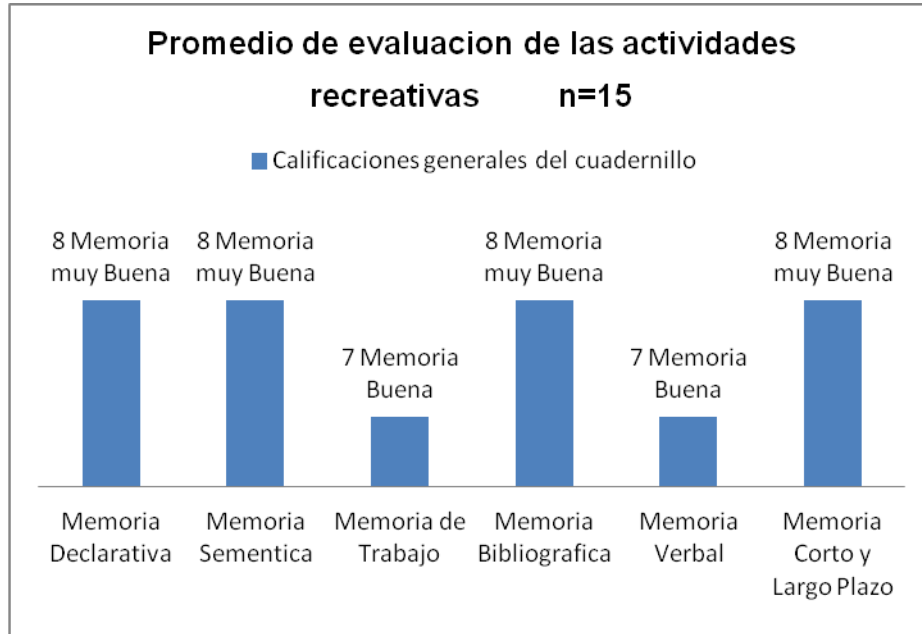
Cuadro 2

Promedio de la evaluación de las actividades recreativas.	
Ejercicios encontrados en el cuadernillo	Promedio de calificaciones generales del cuadernillo
Memoria Declarativa	8
Memoria Semántica	8
Memoria de Trabajo	7
Memoria Bibliográfica	8
Memoria Verbal	7
Memoria Corto y Largo Plazo	8

Descripción de calificaciones: 10-9: Excelente Memoria, 8 Muy Buena Memoria, 7: Buena Memoria, 6: Memoria Regular, 5 o menos: Deficiencia En La Memoria.

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 2



Fuente: Misma de la grafica 1

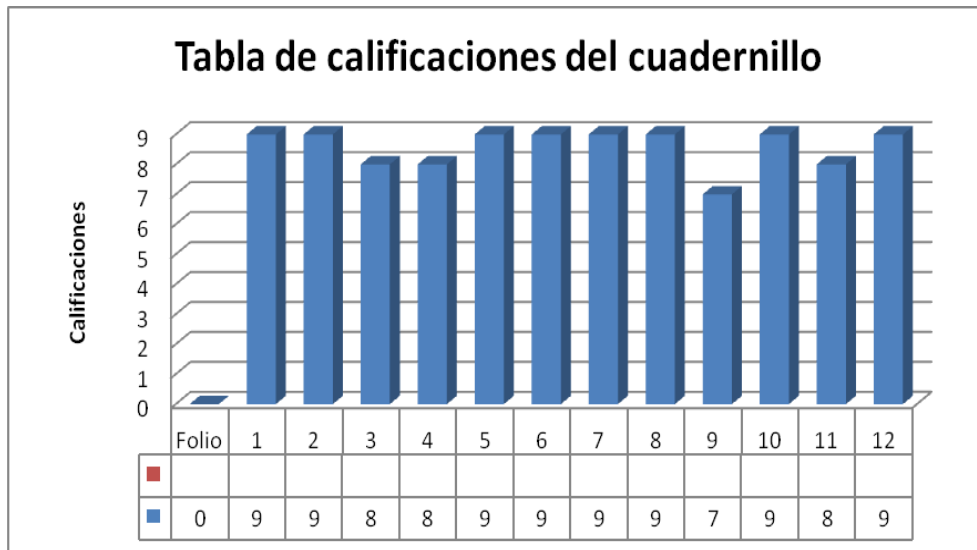
Descripción: Se puede observar que en este grupo de adultos mayores, las memorias que no fueron bien estimuladas fueron la memoria de trabajo y la memoria verbal.

Cuadro 3

Tabla de calificaciones totales individuales del cuadernillo del grupo "Armonía"	
Caso 001	9 Excelente Memoria
Caso 002	9 Excelente Memoria
Caso 003	8 Buena Memoria
Caso 004	8 Buena Memoria
Caso 005	9 Excelente Memoria
Caso 006	9 Excelente Memoria
Caso 007	9 Excelente Memoria
Caso 008	9 Excelente Memoria
Caso 009	7 Buena Memoria
Caso 010	9 Excelente Memoria
Caso 011	8 Buena Memoria
Caso 012	9 Excelente Memoria

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 2



Fuente: Misma del grafica 1

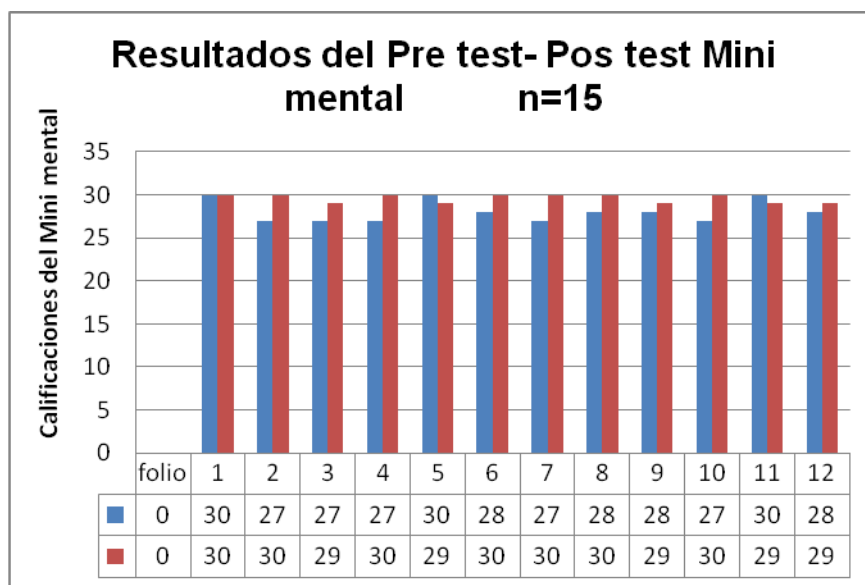
Descripción: Se observa que las calificaciones después de la aplicación del taller son altas en la mayoría de los caso.

Cuadro 3

Resultados Pre test-Pos test Mini mental		
Folio	Pre test	Pos test
001	30	30
002	27	30
003	27	29
004	27	30
005	30	29
006	28	30
007	27	30
008	28	30
009	28	29
010	27	30
011	30	29
012	28	29

Fuente: misma del cuadro 1

Grafica 3



Fuente: Misma del grafica 1

Descripción: Se puede observar un aumento en las calificaciones pre test – pos test obteniendo una mejoría notoria en la memoria.

## 8-ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante la aplicación del pretest- posttest y la aplicación del cuadernillo de actividades se describirán a continuación para una mayor explicación de los resultados.

Los resultados nos permiten conocer el impacto de los “Talleres de memoria”, que se llevan a cabo en pacientes con pérdidas de memoria propias de la edad del grupo “Armonía” en la colonia Huipulco, de la Delegación Tlalpan.

Para poder valorar, si los talleres tuvieron un impacto en la estimulación de la memoria, se elaboro un cuadernillo de actividades, en los cuales se trabajan diferentes ejercicios para la activación de distintos tipos de memoria, y los resultados obtenidos en ellos se explicaran a continuación.

La elaboración de este cuadernillo consta de 20 ejercicios, con imágenes y diferentes ejercicios. Los ejercicios constan 1,2,18- memoria declarativa, 3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,17,20- memoria semantica,10- memoria de trabajo,15- memoria bibliografica,16- memoria verbal,19- memoria a corto y largo plazo.

Para evaluar la calificación de cada uno de ellos se realizo una tabla de calificaciones, en las cuales el número 10 es la calificación máxima, mientras que el 0 es la calificación más baja o nula en caso de que no se pudiera realizar el ejercicio, ya que dentro de este grupo muchas de ellas tenían que presentarse a sus consultas en el seguro social.

Las descripción de la calificación final de los cuadernillos está calificada de acuerdo a una descripción la cual se clasifica de 10-9: Exelente memoria, 8: Muy buena memoria, 7: Buena memoria, 6: Regular de memoria, menor de 5: deficiencia en la memoria.

En el caso 001, se obtuvo una calificación total de 9 en el cuadernillo de actividades lo que nos indica que la persona tiene una memoria excelente para la edad en la que se encuentra, se observó que se obtuvieron calificaciones mayores en la memoria semántica y de corto y largo plazo lo que nos indica que la retención de la memoria es adecuada para este caso.

En el caso 002, obteniendo una calificación total de 9 en el cuadernillo de actividades lo que quiere decir que la persona tiene una memoria excelente para la edad en la que se encuentra, lo que nos indica que los ejercicios sirvieron para fortalecer la memoria declarativa, semántica y de corto y largo plazo.

En el caso 003, se obtuvo calificaciones de 8 en los ejercicios del cuadernillo lo cual nos indica que tiene una muy buena memoria, en este caso se observa que la memoria declarativa, constructiva, semántica y bibliográfica se encuentra más activa.

En el caso 004, se obtuvo una calificación total en el cuadernillo de 8 lo cual nos indica que para este caso presenta una muy buena memoria, se puede observar que los ejercicios sirvieron para favorecer la memoria declarativa, memoria constructiva.

En el caso 005, se obtuvo una calificación de 9 indicando que tiene una excelente memoria, lo que nos lleva a concluir que los ejercicios le ayudaron a la retención de la memoria así como a la concentración.

En el caso 006, obtuvo una calificación de 9 indicándonos que posee una memoria excelente para su edad, concluyendo que los ejercicios sirvieron para la mejora de la memoria declarativa visual, constructiva, semántica, de corto y largo plazo.

En el caso 007, obtuvo un puntaje de 9 en los ejercicios del cuadernillo lo que nos indica que posee una excelente memoria, lo cual nos indica que los ejercicios sirvieron para mejorar la memoria declarativa, constructiva, semántica, trabajo.

En el caso 008, obtuvo una calificación de 9 en el cuadernillo de actividades esto nos indica que tiene una memoria excelente para su edad, lo cual nos lleva a la conclusión que los ejercicios sirvieron para mejorar la memoria declarativa, semántica, corto y largo plazo.

En el caso 009, obteniendo un puntaje total de 7 en el cuadernillo, lo cual nos indica que posee una buena memoria, por lo que podemos concluir que los ejercicios sirvieron para mejorar la memoria semántica, corto y largo plazo.

En el caso 010, obteniendo una calificación de 9 en el cuadernillo, lo que nos indica que posee una excelente memoria, por lo que se concluyo que los ejercicios sirvieron para mejorar la memoria declarativa, semántica.

En el caso 011, se obtuvo un puntaje de 8 en el cuadernillo, lo que nos indica que posee una muy buena memoria, concluyendo que los ejercicios sirvieron para reforzar la memoria declarativa, semántica, corto y largo plazo.

En el caso 012, se obtuvo una calificación final de 9 en el cuadernillo, lo que nos indica que posee una memoria excelente para su edad, concluyendo así, que los ejercicios sirvieron para reforzar la memoria declarativa, constructiva, semántica.

En los resultados del pretest – postest, se obtuvo una mejoría en la memoria ya que las evaluaciones fueron diarias y se noto una rapidez en los últimos ejercicios mayor que al inicio, al igual que los ejercicios durante la clase se pudo observar una mayor retención de palabras en cada uno de los casos, por lo que el taller fue un buen método para reforzar la memoria en este grupo.

Para un grupo aparentemente sano nos muestra que la actividades realizadas en el taller sirvieron para el mejoramiento de memoria, con lo cual se puede notar que la estimulación cognitiva en adultos mayores aparentemente sanos y el periodo de intervención fue relativamente corto, para este tipo de investigación se requiere un mínimo de un año, por tal motivo se ha considerado una relevancia a la investigación aun cuando no se ha estudiado con mayor fuerza a los adultos mayores con pérdida de memoria propia de la edad, ya que solo, se llevo a encontrar un programa de estimulación cognitiva, el cual se enfoco a cómo afecta la depresión a la memoria, pero no se llevo a encontrar registro de algún taller de memoria orientado a adultos mayores aparentemente sanos.

Los resultados del cuadernillo de actividades fueron positivos en los ejercicios de memoria declarativa las calificaciones se situaron en una memoria muy buena, en los ejercicios de memoria semántica las calificaciones se situaron en muy buenas, en los ejercicios de la memoria de trabajo las calificaciones fueron buenas, en la memoria bibliográfica las calificaciones fueron muy buenas, en la memoria verbal las calificaciones fueron buenas y en las calificaciones de las memoria a corto y largo plazo fueron muy buenas. Dando un total de las calificaciones grupales del cuadernillo en muy bueno, todo ello prueba que aunque el cuadernillo es muy sencillo para las personas adultas para los adultos mayores es efectivo para el mejoramiento de la memoria.

Dentro de las intervenciones realizadas con base en el manual fueron explicación de definición de memoria, cuadernillo. En cada uno de los ejercicios se explicaba grupalmente como consistía el ejercicio y fue resuelto individualmente este para una mejor estimulación en la memoria. Este proporciono material visual, que propicio el aprendizaje de los recuerdos. Al igual que se utilizaron estrategias facilitadoras visuales, se presentaron retenciones de palabras, repeticiones de frases, repeticiones de listas numéricas, ejercicios de recuerdos inmediatos a



partir de información descrita en clase, ejercicios para recordar imágenes de contenido diverso (figuras geométricas, animales), ejercicios para recordar palabras, ejercicios para recordar y elaboración de frases, listas numéricas, recordar información leída o hablada durante las sesiones.

Las preguntas del mini mental en las cuales se observo un cambio durante el pre test fueron en la parte de orientación temporal en las cuales en el pre test se encontró que en la puntuación aumento en el pos test, mientras que para la orientación espacial no se produjeron cambios más que en dos de los casos, para la parte de fijación si hubo cambios en el pre test al pos test, en la parte de concentración y calculo se observo en varios de los casos diferencia en el pre test-pos test, en el apartado de memoria se observo en todos los casos un cambio significativo al responder en el pre test muy poco de los casos a esta pregunta, mientras que en el pos test se observo que en la mayoría de los casos pudieron responder este apartado, para el caso de lenguaje y construcción se observo en pocos de los casos un cambio en el pos test.

## 9-DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, el presente estudio se pretendió evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento estructurado de memoria llamado taller de memoria que se aplico a adultos mayores aparentemente sanos.

Los resultados que se obtuvieron fueron, la autora Grajales Myriam en su artículo de problemas cognitivos y emocionales nos señala que los adultos mayores son una parte de la población la cual no tiene atención esta propia a ser marginada, por lo cual en muchas de las ocasiones la falta de memoria es propia de la edad y la gran mayoría sufre de esto, dentro de las intervenciones realizadas por Lic. Enfermería y Obstetricia Carrillo Reyes Rocio Beatriz, se espero encontrar a por lo

menos alguna que tuviera un deterioro cognitivo, y encontré a personas con pérdida de la memoria propia de la edad, en los cuales son cambios ocurridos por la vejez, lo cual nos habla de que mucha de la población de adultos mayores no llegan a presentar deterioro ni marginación como la autora señala.

La autora Puerto Amalia Claudia, nos menciona de los cambios ocurridos en la vejez, uno de estos cambios es la pérdida de la memoria propia a la edad muchas de las causas se atribuyen a estrés, alguna preocupación, disminución de las relaciones personales, aislamiento etc., por ellos los problemas de memoria en la vejez son más recurrentes, esta explicación que nos da la autora la cual encontramos en el capítulo de adulto mayor, lo que observe en las intervenciones realizadas por Lic. Enfermería y Obstetricia Carrillo Reyes Rocio Beatriz, fue que gran parte de la pérdida de memoria propia de la edad preocupaciones en el hogar y por ello el grupo demostró una alta socialización lo que nos lleva a concordar con la autora.

Se pudo observar, que el género predominante en estas actividades recreativas, es mayor en mujeres que en los hombres ya que se nota menos interés hacia estas actividades.

Dentro de esta investigación no se llegaron a encontrar alguna persona con deterioro cognitivo leve, solo se llegó a encontrar pérdida de memoria asociada a la edad, según el artículo de Vallejo Sánchez Jesús Manuel mencionado en el capítulo de deterioro cognitivo, nos menciona que se han encontrado registros los cuales hablan que la prevalencia en personas con deterioro cognitivo leve, una cuarta a quinta parte de la población tiene algún deterioro y esto conlleva un aumento en la mortalidad, dentro de la investigación realizada por Lic. Enfermería y Obstetricia Carrillo Reyes Rocio Beatriz, logre observar que la población de adultos mayores desconocen e ignoran el porqué ocurren la pérdida de memoria

por lo cual no le dan la importancia a ello, concuerdo con el autor ya que la población debería de estar informada acerca de cómo se origina las pérdidas de memoria y el personal de salud dar una atención a este tipo de población.

Dentro de la investigación realizada por Lic. Enfermería y Obstetricia Carrillo Reyes Rocio Beatriz, es importante destacar la importancia de la prevención ya que si se realizaran pruebas a los adultos mayores aparentemente sanos se podría llegar a detectar falta de memoria propia de la edad o inclusive algún deterioro cognitivo leve la cual es señalado por el autor Bonnardeaux P., mencionado en el capítulo de demencia menciona que en el deterioro cognitivo leve existe una pérdida significativa de la memoria o inclusive se puede llegar a la detección de Alzheimer en su fase inicial, concuerdo con el autor ya que este se puede detectar en su fase inicial para que la enfermedad no progrese.

Para el autor Maroto Serrano Miguel Ángel, mencionado en el capítulo de estimulación cognitiva y para el autor Murillo Julio mencionado en el capítulo de actividades recreativas para ellos la estimulación cognitiva es una parte importante en las actividades del adulto mayor, con ellas se logra obtener la eficacia y el funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (atención, razonamiento, memoria, lenguaje), mediante actividades concretas, para la estimulación de la memoria en adultos mayores en la investigación realizada por Lic. Enfermería y Obstetricia Carrillo Reyes Rocío Beatriz, concuerdo con los autores al respecto de los talleres de memoria ya que con ellos se puede activar, estimular la memoria de los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que existe una gran influencia en la memoria de adultos mayores aparentemente sanos, ya que en esta investigación se esperaba encontrar algún tipo de deterioro cognitivo en alguno de los casos, en cuyo caso

no fue así por lo que se procedió a realizar el taller, esperando resultados positivos, el programa de estimulación de memoria (taller de memoria), produce un efecto positivo en la estimulación de la memoria en personas aparentemente sanas.

Se logro mejorar y mantener una optima memoria durante cada una de las sesiones, se logro superar los objetivos planteados, lo que me lleva a señalar el gran impacto en el taller, ya que los objetivos iban encaminados determinar el impacto, estimular y ejercitar la memoria, y se logro mantener y mejorarla en la mayoría de los casos.

Dentro de este taller se observo motivación al taller, aumento de interés por las actividades a realizar así como se observo un aumento de confianza en aquellas personas las cuales no participaban en diversas actividades, se creó un ambiente de integración entre las participantes del programa.

Dentro de las cosas que no se lograron mejorar fueron tener un grupo más amplio para la aplicación del taller, ya que me hubiera gustado tener el reto de un grupo mayor y así conseguir que su memoria se mantuviera en condiciones optimas para aplazar la falta de memoria, aun mayor por la edad. El taller, fue efectivo en el mantenimiento de la memoria a lo largo de 2 meses de la realización del taller.

Dentro de la función de la memoria la intervención aplicada dentro de la memoria declarativa, semántica, de trabajo, biográfica, verbal de corto y largo plazo, se mostro una leve pero significativa mejoría, a lo largo de los días y en cada una de las sesiones

Mis sugerencias son que estos talleres aunque solo están encaminados a adultos mayores con deterioro cognitivo, aun así pueden estar encaminados a adultos mayores aparente mente sanos, las tareas que se dejaban aun fuera de clases o

al termino del taller fue que reforzaran su memoria con los cuadernos de crucigramas los cuales no son muy caros, jugar memorama y diferentes juegos infantiles de destreza ya que mucho de ellos son buenos para mejorar la destreza la memoria en los niños y adultos, lo que es bueno aun para los adultos mayores, también se sugiere el baile ya que muchos de los pasos son para recordarlos, el yoga es recomendado para la mejora de memoria, la lectura, etc. Los talleres tienen un impacto en el mantenimiento de la memoria sin llegar a tener afectación en su vida diaria, mejora la calidad de vida, así como tiene un impacto en su estado de ánimo y confianza en sí mismos.

## REFERENCIAS

- 1.-Garrido LF, Gómez Dantes H. Envejecimiento demográfico en México. 2da ed. México: salud pública de México; 2000.
- 2.-Dantes H. Programa de acción: Atención al Envejecimiento. México: Elsevier 2001.
- 3.-Quetzaly Elodia C, Eduardo M. Fernanda S. Adultos Mayores (sede web). México 2010 (actualizada el 4 Agosto 2008; acceso 1 octubre 2010). Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas>
- 4.-Bermejo F, López L, Pascual LF. Trastornos de memoria y deterioro cognitivo en el anciano, Demencias: Conceptos actuales. Barcelona: Ferrer Internacional, 2010.
- 5.-Vargaz Ruiz José María, Revista Antropos Huellas Del Pasado. Barcelona: Paidós, 2010.
- 6.-González M. Desarrollo de la edad adulta tardía o vejez (sede web) misterios de la ciencia y tecnología 2005 (actualizada el 5 Marzo del 2006; acceso 7 Octubre 2012). Disponible: <http://www.rena.edu.ve/cuartaetapa/psicologia>.
- 7.-López C. El adulto mayor (sede web). España. Fistera.com 2008 (actualizada el 5 Febrero 2009, acceso el 10 enero 2013). Disponible en [caterina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/.../capitulo1](http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/.../capitulo1).
- 8.-Carnevali D. Enfermería Geriátrica. 2da ed. Madrid: Interamericana, 1986.
- 9.-Marín J.M. Envejecimiento. Madrid: Panamericana, 2000.

- 10.-Grajales M. Problemas cognitivos y emocionales. Presbyterian. The university hospital of Columbia and Cornell, 64(4), 10-11, 2004.
- 11.-Puerto A. Memoria y autoestima, favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva (sede web). México: Tevay, 2008(actualizado Abril 2009, acceso 7 junio 2013) disponible en [www.uned.es/master-mayores/.../Montserrat.pdf](http://www.uned.es/master-mayores/.../Montserrat.pdf)
- 12.-Álvarez M., Principios de neurociencias para psicólogos. 2da ed. España: Paidós, 2008
- 13.-Baddeley A. Memoria humana. Madrid: Mc Graw- Hill, 1998
- 14.-Aguilar M. Palmero F. Procesos psicológicos básicos: una guía académica para los estudios en psicopedagogía, psicología. Madrid: Mc Graw- Hill, 2004.
- 15.-Samper L. Neurociencias y conducta. 2da ed. Madrid: interamericana, 2003.
- 16.-Snell R. Neuroanatomía clínica, 6 ed. España: Panamericana, 2007.
- 17.-Gispert C. Diccionario de medicina Mosby. 5ta ed. Barcelona: Océano, 2007.
- 18.- Álvarez M. Principios de neurociencias para psicólogos. España: paidos, 2008.
- 19.-Vallejo R. Bases biológicas de la psiquiatría.2da ed. España: Masson, 2000.
- 20.-Gispert C. Diccionario de medicina Mosby.5ta ed. Barcelona: Océano, 2007.
- 21.-Álvarez M. Principios de neurociencias para psicólogos. España: Paidós 2008

22.-Samper L. Neurociencias y conducta.2da ed. Colombia: Universidad de Manizales, 2003.

23.-Rains G. Principios de neuropsicología humana.2da ed. España McGraw-Hill/Interamericana, 2003.

24.-Bermeosolo J. Memoria de trabajo y memoria procedimental en las dificultades específicas del aprendizaje y el lenguaje. Revista chilena de fonoaudiología. 11(4), 57-75, 2012.

25.-Kundera M. La memoria humana (sede web). Mc Graw. 2000 (actualizado el 20 enero 2001, acceso el 10 junio 2013. Disponible en [www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448180607.pdf](http://www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448180607.pdf).

26.-González H. Diagnostico y tratamiento del deterioro cognitivo en adultos mayores en el primer nivel de atención. (Sede web). IMSS, 2012. (actualizada el 2 Agosto 2013, acceso el 7 Marzo 2013, disponible en: [www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../144GRR.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/.../144GRR.pdf).

27.-Martínez I. El deterioro cognitivo leve la importancia de su diagnostico diferencial para detectar un posible proceso de demencia tipo Alzheimer (sede web), Madrid, portal mayores,(fecha de actualización el 15 Noviembre 2004, acceso el 4 Marzo 2013, disponible en:<http://www.imseromayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>.

28.-Pérez Zepeda M. Deterioro cognitivo.2da ed. España: paidós, 2000.

29.-Bermejo F, Peña Casanova J, Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. 2da ed. España: Mc Graw-Hill, 1994.



- 30.-Galaburda A, Introducción a la plasticidad y su función, 4ta ed. España: current biologic, 1990.
- 31.-Love J. Webb G. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. 3era ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1998.
- 32.-Golberg M. Consecuencias y sensomotores del cortex neonatal y en adultos. Inglaterra: Dev. Brain, 1987.
- 33.-Calfort M. Transferencia de plasticidad de cortex en el cerebro. 2da ed. Inglaterra: Science 1990.
- 34.-Pfrieger F. Barreas B, Eficacia de la psinapsis. Inglaterra: Science 1987.
- 35.-Wang X. Merzenich M. Cortex del adulto. 2da ed. Alemania: Nature, 1995
- 36.-Kennard M., Reorganización cortical. E.U.: Nature, 1984.
- 37.-Bonnardeaux P. Deterioro Cognitivo, Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. España: Massón, 1994.
- 38.-Cullel Gómez N. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. 4ta ed. Madrid Excma, 2000
- 39.-Sevilla G. Fernández G. Demencias clasificación etiológica y diferenciación cognitiva, 3era ed. España: MacGraw Hill, 2000.
- 40.-kerbs R. Demencia tipo Alzheimer (sede web) Buenos Aires. Psikairos 2010(actualización 21 Noviembre 2011, acceso 5 Marzo 2013) disponible en: [psikairos.com.ar/wp.../2012/.../DEMENCIA-TIPO-ALZHEIMER3.pd...](http://psikairos.com.ar/wp.../2012/.../DEMENCIA-TIPO-ALZHEIMER3.pd...)

- 41.-Maroto Serrano M. Taller de Memoria.2da ed. España: TEA, 2000.
- 42.-Sardinero Peña. Estimulación cognitiva para adultos (sede web).España. Gesfomeda, 2010(actualizada 20 Junio 2010, acceso 13 Marzo 2013). Disponible en [www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../sardinero-guia-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../sardinero-guia-01.pdf).
- 43.-García Sevilla. Introducción a la estimulación cognitiva, 3era ed. España: interamericana, 2002.
- 44.-Murillo Julio. Talleres Recreativos para Personas Mayores. Bogotá: San Pablo, 2003.
- 45.-Schainer W. Psicología de la Edad Adulta y la Vejez, 5ta ed. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2003.
- 46.-Acosta Quiroz. Actividades de la vida diaria en adultos mayores. Enseñanza e investigación en psicología, 15 (2):393-401, 2010.
- 47.-Marriner A. Modelos y teorías en enfermería, 3era ed. Barcelona: Elsevier, 2007.
- 48.-Cormack L. Breve Historia de la enfermería.4ta ed. España: Elseveir, 2007
- 49.-Colliere, F. Promover la vida. España: McGraw-Hill, 1993.
- 50.-González G. Misterio de educación ciencia y tecnología (sede web), España: scielo, 2010 (actualizada el 3 Marzo 2011, acceso el 10 febrero 2013, disponible en: [www.me.scielogov.ar/currifom/publica/enfermeria.pdf](http://www.me.scielogov.ar/currifom/publica/enfermeria.pdf)

51.-Fernández A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor (sede web), Murcia, scielo, 2010 (actualizado el 7 Junio. 2010, acceso el 9 enero 2013, disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016...sci.....](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016...sci.....)

52.-Mejido M, Espinás J. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. 2da ed. España: interamericana, 1999.

53.-Julio M. Breve historia sobre el origen de Tlalpan. 6ta ed. México: Sanders, 1997

54.-Eduardo Zarate. Los profesionales de salud y el consentimiento informado. Lima Perú: Crow, 2006

55.-Hards A. Aspectos éticos en el cuidado del anciano. 2da ed. Bogotá: Brookings Institution, 1984.

56.-Beca I. Autonomía del adulto mayor.2da ed. Alemania: Sawasi, 2010

57.-Moya B. Trabajar con personas mayores (sede web).Madrid. Portal 2006(actualizado el 9 de Junio 2006, acceso el 13 Marzo 2013), disponible en:<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>.

58.-Bernal A. Consideraciones Bioéticas alrededor de las personas mayores. España: Mc Graw Hill, 2006.

59.-Busquets Surribas. Aspectos éticos y legales en el cuidado a las personas mayores. Barcelona: Mc Graw Hill, 2000.

## BIBLIOGRAFIA

Aguilar Rebolledo. Plasticidad cerebral. Rev. Med IMSS 41 (1): 55-64.

Arraga Barrios, Sánchez Vallarroel. Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares (sede web) Facultad de humanidades y educación, scielo 2007 (actualizado el 3 Marzo 2010, acceso el 20 Noviembre 2013). Disponible en: [www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid...Ing...](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid...Ing...)

Barquin M. El envejecimiento sus desafíos y esperanzas. 1era ed. México: siglo veintiuno, 2000.

Bermejo F, Vega S. Alteración cognitiva leve del anciano. 1era ed. España: interamericana, 1998.

Bermejo Pareja F. y Cols. Alteración Cognitiva Leve del Anciano. Revista Clínica Española. 1998, 198 (3): 139-165.

Calderón M. La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. Rev. Clin (Barc) 2003, 38(6): 305-307.

Castro Dono Carlos. Demencia tipo Alzheimer, cuidados del cuidador del paciente con demencia (SEDE WEB) instituto internacional de estudios sobre la familia, 2009 (actualizado el 3 febrero 2010, acceso 5 marzo 2013), disponible en: [PDF] de [thefamilywatch.org](http://thefamilywatch.org).

Coll Andreu. Plasticidad cerebral y experiencia: fundamentos neurobiológicos de la educación. (Sede web). Cite.2011 (actualizado 7 Marzo 2012, acceso el 8 octubre 2013) disponible en: [www.cite2011.com/Ponencias/MColl.pdf](http://www.cite2011.com/Ponencias/MColl.pdf)

Custodio Nilton. Diagnostico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en países en vía de desarrollo. (Sede web) Perú. 2000 (actualizada el 9 Marzo 2000, acceso el 19 Enero 2013, disponible en: [www.clinicainternacional.com.pe/...edic/Articulo\\_de\\_revision.pdf](http://www.clinicainternacional.com.pe/...edic/Articulo_de_revision.pdf)).

Delgado Rodríguez. Estudios longitudinales: concepto y particularidades. (Sede web) Madrid. 2005 (actualizada el 20 Enero 2007, acceso el 6 febrero 2013), disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000200002...sci...](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000200002...sci...)

Garamendi Araujo, Delgado Ruiz. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores (Sede web), Instituto Mexicano del Seguro Social, [medigraphi.com](http://medigraphi.com) 2010, (actualizada el 10 Enero 2010, acceso el 19 octubre 2012), disponible en [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).

Gisper Carlos. Diccionario de medicina Mosby. 1era ed. Barcelona: Océano, 2007.

Hernández Fernández. Metodología de la Investigación. 2da ed. México: McGraw Hill, 2004.

Latorre P. Método UCLM de entrenamiento de memoria en mayores (sede web), España, 2008 (actualizado 9 Abril 2008, acceso 10 enero 2013, disponible en: [books.google.com.mx/books?isbn=8484276147](http://books.google.com.mx/books?isbn=8484276147)).

Luevano Ford Sandra, El arte del cuidado de enfermería de Florencia Nightingale a Jean Watson, (sede web), Chihuahua 2008 (actualizado el 12 Enero 2008, acceso 22 Febrero 2013), disponible en: [www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/.../enfermeria.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/.../enfermeria.pdf).

Martínez García. Ejercicios para taller de memoria. (Sede web) Madrid, 2011(actualizada el 17 Junio 2011, acceso el 9 Enero 2013), disponible en [es.scribd.com/doc/54756821/Ejercicios-Para-Taller-de-Memoria](http://es.scribd.com/doc/54756821/Ejercicios-Para-Taller-de-Memoria)

Maroto Serran Miguel. Estimulación y Mantenimiento Cognitivo. 1era ed. Madrid: Coss, 2003.

Montorio Cerrato Ignacio. Trabajar con personas mayores (sede web) Madrid, 2009 (actualizada el 9 Mayo 2010, acceso 10 Junio 2013) disponible en: <http://www.imserso.csic.es/documentos/moya-reflexiones-01pdf>.

Netter, F. Anatomía Humana, 5ta ed. Barcelona: Elsevier, 2011.

Novoa M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. 2da ed. Barcelona: Masson, 2008.

Petersen, R. Marcadores neuropsicológicos del deterioro cognitivo ligero en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer. 4ta ed. Barcelona: Masson, 2000.

Pinto Fontanillo José. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Detección y cuidados en las personas mayores (sede web) España, 2007 (actualizada el 7 Abril 2007, acceso 22 Enero 2013) disponible en: [www.publicaciones-isp.org/productos/t062](http://www.publicaciones-isp.org/productos/t062). Pdf.

Rincón Cuartas Daniel. Neuropsicología de la memoria. 5ta ed. España: paidós, 2008.

Rohkamm Reinhard. Neurología texto y atlas. Madrid: Panamericana, 2011.

Ruiz Vargas. Memoria y olvido. 6ta ed. Madrid: Trotta, 2002.

Sardinero P. Estimulación cognitiva para adultos (sede web), España. Gesfomedia, 2000, (actualizada 6 Mayo 2000, acceso 9 enero 2013, disponible en: [tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf](http://tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf)

Valencia C. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. 4ta ed. España: Masson, 2008.

Vallejo Sánchez Jesús Manuel; Rodríguez Palma Manuel, Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados (sede web), Gerokomos, scielo 2009 (actualizado el 17 Diciembre 2010 acceso el 25 Enero 2013) disponible en [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2010000400003...sci...](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2010000400003...sci...)

Vázquez Álvarez Teresita Del Carmen, Guzmán Cortina Laura Graciela, Psicología evolutiva. 1era ed. México: División Universidad Abierta Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia, UNAM, 2008.

# Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



### Datos generales

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

- Declaro en forma libre y voluntaria sin existir ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido por las explicaciones que se me han proporcionado, el propósito de la investigación, aclarando las dudas que me he planteado. Así, mismo declaro que he leído y comprendido totalmente el consentimiento y los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.
- Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo.

**Por lo tanto y con anotación verbal y escrita autorizo la realización del “Taller De Memoria”**

Acepto el procedimiento: si ( ) no ( )

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que  
dio el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

Testigos

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma



## **Anexo 2**

Cronograma de actividades del “Taller de Memoria”.

Para la realización del taller de memoria se conto con entrevistas previas para la aceptación de este taller a un grupo de adultos mayores, el día 20 de marzo se llevo a cabo la entrevista con la encargada de el grupo de adultos mayores “Armonía”, se explico cómo estaba conformado el plan así como la duración de este. A continuación se describe cada una de las sesiones realizadas durante el taller, así como los ejercicios realizados en este.

### Sesión 1

2 de Abril 2013

Presentación ante el grupo “Armonía” de adultos mayores y se explico del programa, así como la autorización de la persona a participar en el “Taller de Memoria”, se realizaron alguna aplicación del mini mental.

### Sesión 2, 3, 4, 5, 6,7

2-7 Abril

Se realizaron y aclararon individualmente dudas acerca del taller, una vez aclaradas las dudas se aplico el mini mental así como la firma del consentimiento informado.

### Sesión 8

15 Abril 2013

Se comenzó la primera sesión con el cuadernillo, en esta sesión se entrego un cuadernillo a cada uno de los integrantes, en los cuales se le pidió a cada uno la colocación de su nombre en el cuadernillo, se realizo una presentación de este, una vez concluido esto, se pidió a las participantes que pasaran al ejercicio 1(memoria declarativa), el cual se encontraba en la página 4, se les explico que

vieran por unos instantes la el dibujo y sus características, pasados 5 segundos se pidió que cerraran el cuadernillo y se comenzaría con los ejercicios grupales llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), pidiéndoles que pensarán en un animal, yo les diría el nombre de mi animal y la siguiente persona a mi derecha diría el nombre de mi animal y el suyo y así sucesivamente el resto del grupo, una vez concluido el ejercicio, se pidió que abrieran el cuadernillo en la pagina numero 5 donde tendrían que colocar donde se encontraba en animal en los recuadros, una vez concluido esto se pidió pasar al ejercicio 2 (memoria declarativa), se observo por unos minutos los dibujos y sus características se pidió una vez más cerrar el cuadernillo, y que pensarán en un animal mas alguna característica y el mismo ejercicio que el anterior se realizo al concluir este se pidió abrir en la pagina 7 (continuación de la pagina 2 memoria declarativa) y colocar el objeto mas alguna de las características, se realizo el mismo ejercicio con números.

#### Sesión 9

16 Abril 2013

Se realizaron ejercicios llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8) en el cual pensaron en un objeto y sus características, para la evolución de estos se realizo una lista de los progresos de cada uno de los integrantes.

#### Sesión 10

17 Abril 2013

Se realizaron ejercicios llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8) solo que se modifico la manera en la cual se realización en esta ocasión se realizo con una pelota la cual fue arrojada a cada uno de los participantes pidiendo el nombre de el objeto que ya había mencionado cada integrante, y así se continuo con mas ejercicios llamados “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8).

#### Sesión 11

18 Abril 2013

En esta sesión se realizaron ejercicios llamados, “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8) en esta sesión se pidieron colores los cuales seria ocupados para el ejercicio 3 (memoria semántica), se les pide ver las figuras y los colores y una vez memorizados se pide que cierren el cuadernillo, se procedió a realizar otro ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8) en el cual tenían que pensar en dos números los cuales los tenía que repetir cada uno de los integrantes, una vez concluido el ejercicio, se pidió abrir el cuadernillo en la pagina número 9, continuación del ejercicio anterior para que dibujaran con los colores las figuras, al término de este, se realizo otro ejercicio, se les pidió que mencionaran un artículos de cocina y se realizo el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), al concluir esto se realizo el ejercicio 4(memoria semántica), el cual consiste en escribir cinco animales, cinco objetos de cocina, y cinco nombres que comiencen con la letra “A”.

#### Sesión 12

22 Abril 2013

En esta sesión se pidió al grupo que piense en diferentes prendas de vestir las cuales tendrán que mencionar el resto de los integrantes, al concluir este ejercicio se realizaron dos equipos de 6 integrantes cada uno, los cuales jugaran memoria, al concluir este juego se realizo el juego llamado, “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), esta vez se les pidió que pensarán en una frase con dos palabras, cuando el ejercicio termino se realizo un memoria con el grupo completo.

#### Sesión 13

23 Abril 2013

Se comenzó con el ejercicio número 5 (memoria semántica), pidiéndoles unir con una línea las palabras con los dibujos, se pidió la formación de dos equipos para la realización del juego de memoria, al concluir este se realizo el ejercicio número 6 (memoria semántica) en este se pidió que lean la frase escrita en cada uno de los

espacios y señalen la opción correcta de cada uno, al terminar el ejercicio se les pidió que piensen en números mayores de 100 y se realizó el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8).

#### Sesión 14

24 Abril 2013

Se realizó un ejercicio llamado “basta”, en el cual se les proporciona una hoja blanca a cada integrante y en esta se colocaron diferentes palabras las cuales serán llenadas con la letra la cual les mencione, los puntajes serán anotados en las listas de progreso, una vez concluido el ejercicio se les pidió que piensen en una fruta para la realización del ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8).

#### Sesión 15

25 Abril 2013

Se comenzó con un ejercicio número 6 (memoria semántica), el cual consiste en que con un lápiz o pluma se señale la respuesta correcta de cada uno de los incisos, al terminar este ejercicio se pidió que piensen en un número para la realización del ejercicio “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), en este caso se utilizó una pelota, terminado este se realizó el ejercicio número 8 (memoria semántica), el cual escribieron 20 frutas en un tiempo no mayor de 5 minutos, al concluir el ejercicio se realizó el juego de memoria.

#### Sesión 16

29 Abril 2013

La sesión se comenzó con el juego de memoria, el cual se realizó entre todo el grupo, al concluir este cada uno tomó su lugar, y se les pidió pensar en alguna flor y su color realizando el ejercicio llamado, “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8) se realizaron ejercicios “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), para fortalecer la memoria.

## Sesión 17

30 Abril 2013

Se comienzo con el ejercicio 9 (memoria semántica), el cual se menciona una frase y la completaron con palabras asociadas a esta, al concluir se realizo el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), en los cuales se les pidió pensar en algún mueble de la casa y alguna característica, en otro ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), se les pidió pensar en algún animal de la granja con alguna característica, al concluir se realizo el ejercicio número 10 (memoria de trabajo), el cual consiste en escribir el segundo y último número de cada serie donde se anotaran, al concluir se llevo a cabo el ejercicios llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), en donde pensaron en números mayores a 100.

## Sesión 18

2 Mayo 2013

Se realizo el ejercicio número 11 (memoria semántica), el cual consiste en escribir el antónimo de la palabra, al concluir se realizo el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), en el cual mencionaron el antónimo de la palabra mencionada, concluido esto se realizo el siguiente ejercicio numero 12 (memoria semántica) el cual tendrán que completar con 10 palabras con la letra “M” y 10 animales del zoológico el tiempo no debe de ser mayor a 10 minutos.

## Sesión 19

6 Mayo 2013

Se comenzó la sesión con la realización del ejercicio número 13(memoria semántica), en el cual tendrán que a completar los números y letras, al concluir esto se realizo el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8), en el cual pensaron en un numero y color, al concluir se procedió a realizar el ejercicio número 14(memoria semántica), que es un juego llamado “basta” explicado anteriormente.

## Sesión 20

7 Mayo 2013

Se llevo a cabo el ejercicio número 15(memoria biográfica), el cual consistió en enumerar las actividades realizadas por el adulto mayor en un día común, terminado el ejercicio, se realizo el ejercicio número 16(memoria verbal inmediata) del cuadernillo, este ejercicio consistió en que cada uno de los adultos mayores con una palabra (ya sea casa, azul, concha, mama, flor) describiera una historia breve con alguna de esas palabras, después de unos minutos se pidió que dijeran la primera palabra, luego se les pidió que platicaran otra historia y se les pidió que mencionaran cual fue la segunda palabra que se menciona al inicio y así sucesivamente.

## Sesión 21

8 Mayo 2013

Se comenzó la sesión con el ejercicio número 17(memoria semántica), el cual consiste, en la parte superior la hoja de ejercicios se muestra una serie de palabras las cuales se encuentran en desorden, la persona tendrá que clasificarlas en sus grupos correspondientes a cada una de ellas, concluido este se realiza el ejercicio llamado "Repetición de palabras" (descrito en la sesión 8), en el cual pensaron en algún artículo de aseo y con una pelota ira mencionado, recordando los artículos que los demás miembros dijeron.

## Sesión 22

9 Mayo 2013

En esta sesión, se les pedio dividirse en dos grupos, los cuales tuvieron que realizar un juego de memorama, al concluir este, se procedió a realizar el ejercicio número 18(memoria declarativa), el cual consistió en memorizar donde se encuentran los círculos iluminados, después de un par de segundos, se les pedio que cerraran el cuadernillo, se realizo el ejercicio llamado "Repetición de palabras" (descrito en la sesión 8), en el cual se les pedio que memoricen un artículo que se

encuentre en la recamara, al terminar este ejercicio se les pedio que pasen a la pagina número 25 parte de la continuación del ejercicio numero 18, en el cual tenían que memorizar los círculos iluminados y en este ejercicio tuvieron que iluminar o marcar los círculos mencionados en el ejercicio anterior.

### Sesión 23

13 Mayo 2013

Al comenzar la sesión se les pedio dividirse en dos equipos, los cuales tendrán que colocar en un papel cinco palabras entre todas, el juego consiste en que el equipo contrario tendrá que decir más palabras en menor tiempo de las palabras que diga el equipo contrario, ejemplo: artículos de cocina, gana el equipo que tenga mayores palabras en un tiempo menor, al concluir este ejercicio se les pedio que piensen en un país y se realizo en ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8).

### Sesión 24

14 Mayo 2013

Para esta sesión se realizo el ejercicio 19(memoria a corto y largo plazo), el cual tuvieron que ver una fotografía por unos minutos, después de unos segundos cerraron el cuadernillo, y se realizo un memorama grupal, al concluir este, se pedio que abran su cuadernillo en la pagina 27 continuación del ejercicio 19, el cual consiste en responder preguntas del 1 al 10, una vez terminado el ejercicio se realizo el ejercicio 20(memoria semántica, el cual en la parte superior de la hoja se presento una serie de palabras en desorden, este ejercicio consiste en ordenar las palabras en el grupo correspondiente.

### Sesión 25

15 Mayo 2013

Para esta sesión, se retomaron los ejercicios no aplicados individualmente, en cada uno de los casos, ya que en ocasiones no pudieron asistir a las sesiones por alguna consulta médica, el resto del grupo pudo realizar diferentes actividades como memorama.

## Sesión 26

16 Mayo 2013

Al concluir el cuadernillo, cada uno de los integrantes coloco algún comentario al respecto del taller y redactar sus experiencias al respecto.

Se realizo el último de los ejercicios pidiéndoles que piensen un numero y un animal se realizo el ejercicio llamado “Repetición de palabras” (descrito en la sesión 8)

## Sesión 27 a 34

20 al 30 Mayo 2013

Esta sesión consistió en la realización pruebas de estimulación cognitiva (mini mental), para la realización del pos test.



### Anexo 3

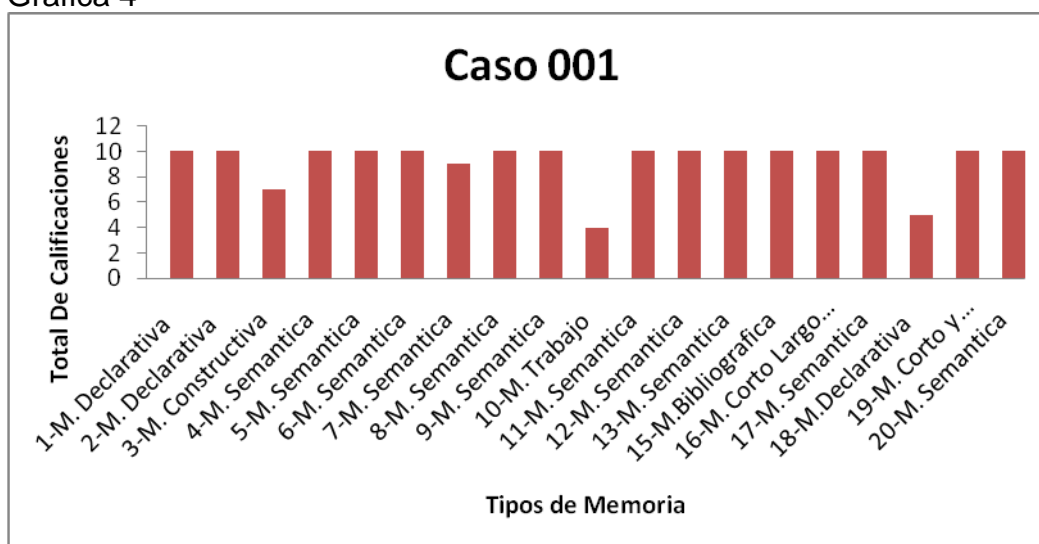
Se muestra a continuación los cuadros y graficas de cada uno de los casos y la calificación obtenida en cada ejercicio del cuadernillo de actividades.

**Cuadro 4 (Caso 001)**

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	7
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	9
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	4
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	10
17-M. Semántica	10
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	10

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 4**



Fuente: Misma del grafica 1

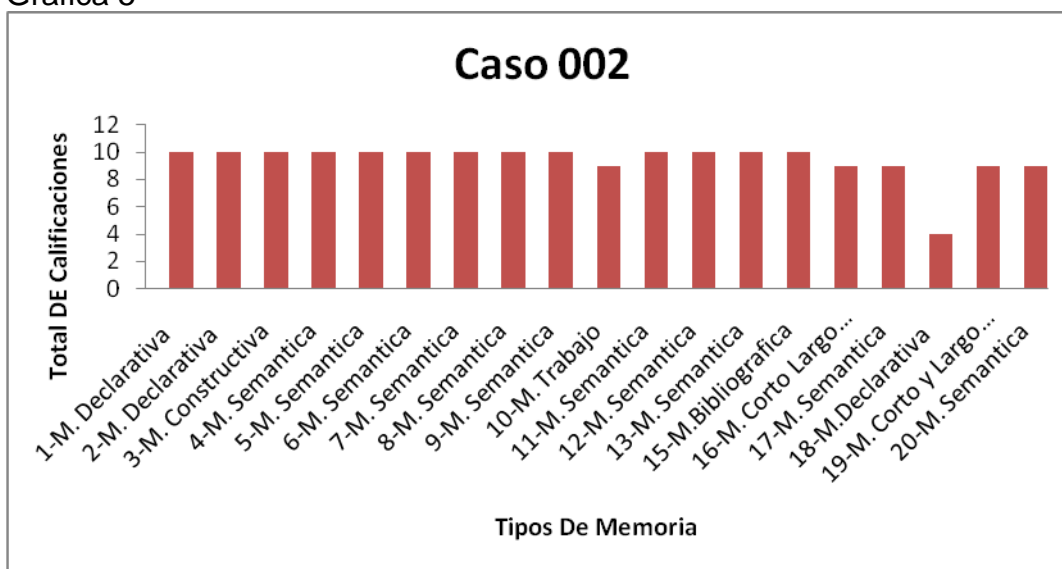
Descripción: Se puede observar un aumento en la memoria declarativa y semántica con cada ejercicio realizado.

Cuadro 5 (Caso 002)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	9
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	9
17-M. Semántica	9
18-M. Declarativa	4
19-M. Corto y Largo Plazo	9
20-M. Semántica	9

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 5



Fuente: Misma del grafica 1

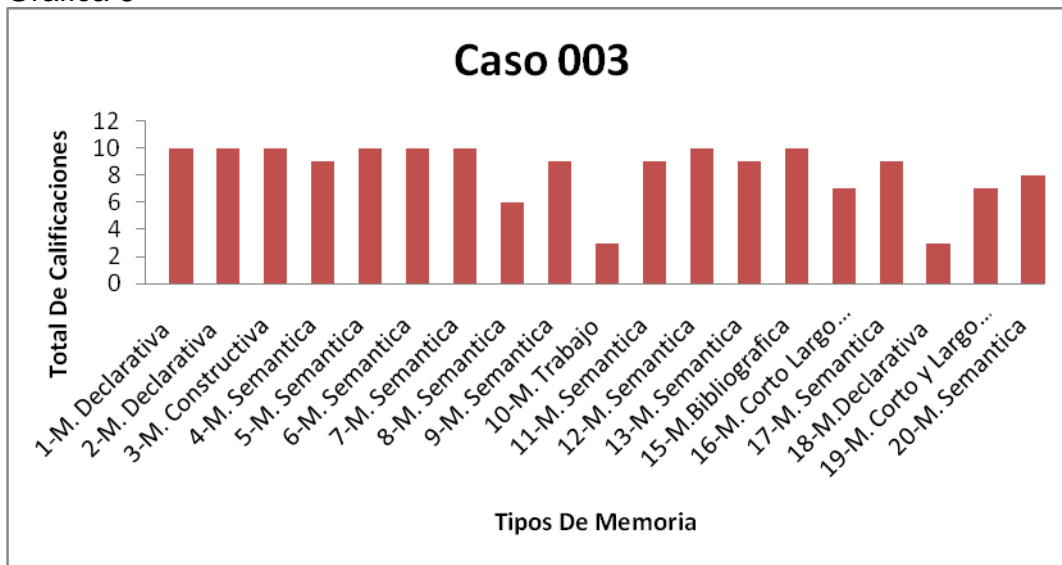
Descripción: Aquí se observa un gran aumento de memoria con ayuda del cuadernillo.

Cuadro 6 (Caso 003)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	9
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	6
9-M. Semántica	9
10-M. Trabajo	3
11-M. Semántica	9
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	9
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	7
17-M. Semántica	9
18-M. Declarativa	3
19-M. Corto y Largo Plazo	7
20-M. Semántica	8

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 6



Fuente: Misma del grafica 1

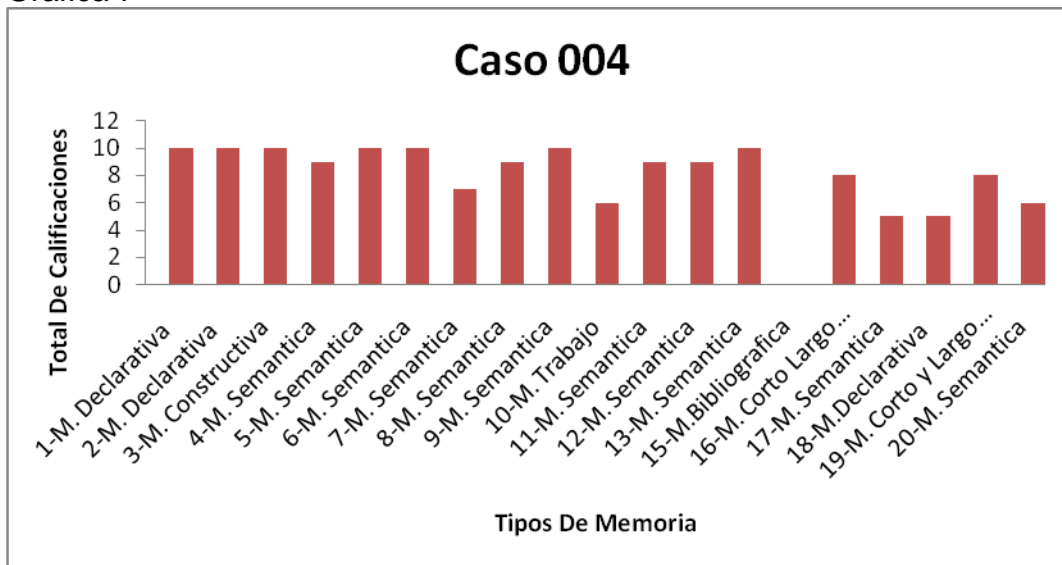
Descripción: Se observa un aumento progresivo en los diferentes tipos de memoria.

Cuadro 7 (Caso 004)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	9
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	7
8-M. Semántica	9
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	6
11-M. Semántica	9
12-M. Semántica	9
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	0
16-M. Corto Largo Plazo	8
17-M. Semántica	5
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	8
20-M. Semántica	6

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 7



Fuente: Misma del grafica 1

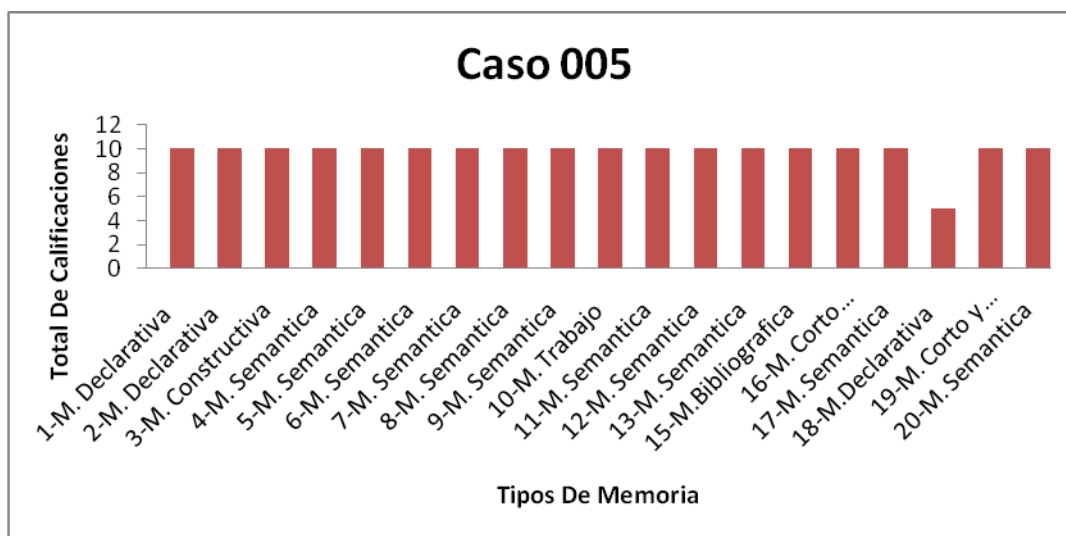
Descripción: se observa altas y bajas en los diferentes tipos de memoria.

Cuadro 8 (Caso 005)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	10
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	10
17-M. Semántica	5
18-M. Declarativa	10
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	10

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 8



Fuente: Misma del grafica 1

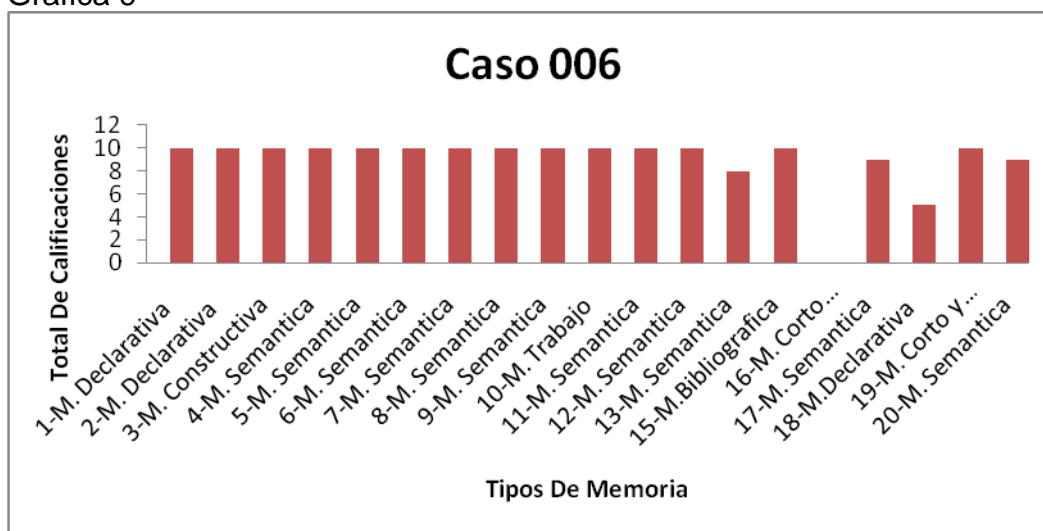
Descripción: Se observa el aumento de calificaciones altas en los diferentes tipos de memoria.

Cuadro 9 (Caso 006)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	10
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	8
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	0
17-M. Semántica	9
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	9

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 9



Fuente: Misma del grafica 1

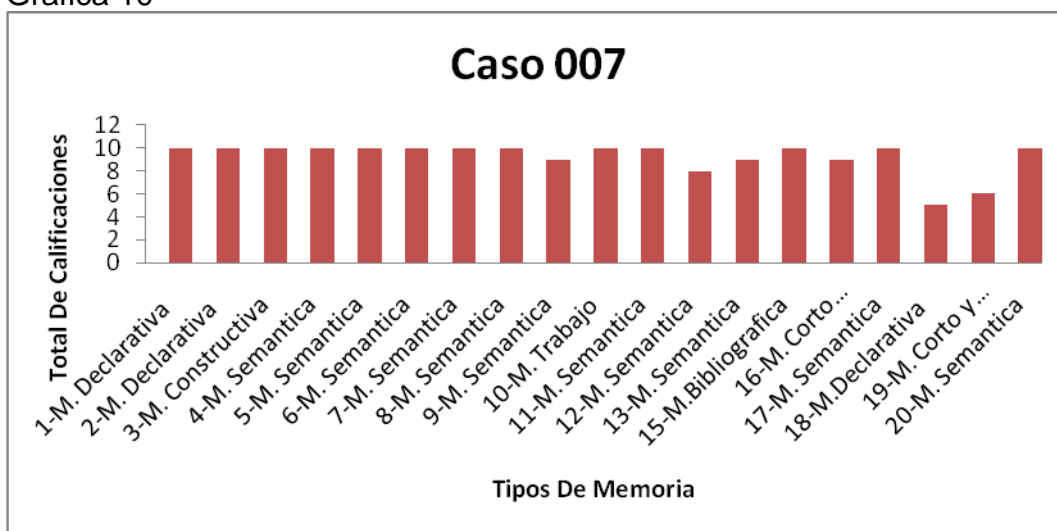
Descripción: Se observan una considerable baja en los últimos tipos de memoria

Cuadro 10 (Caso 007)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	9
10-M. Trabajo	10
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	8
13-M. Semántica	9
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	9
17-M. Semántica	10
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	6
20-M. Semántica	10

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 10



Fuente: Misma del grafica 1

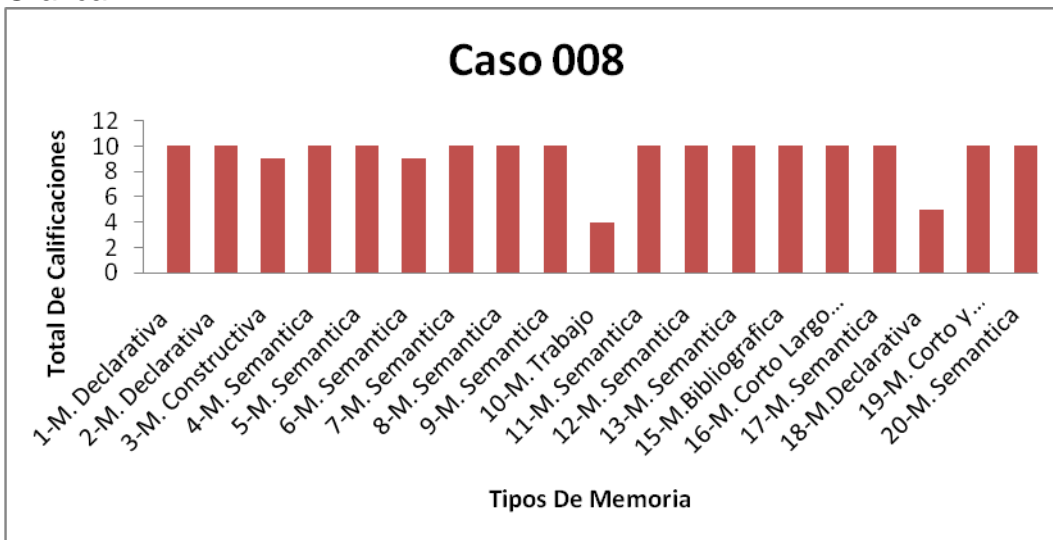
Descripción: se observan calificaciones altas en este cuadernillo de actividades

Cuadro 11 (Caso 008)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	9
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	9
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	4
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	10
17-M. Semántica	10
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	10

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 11



Fuente: Misma del grafica 1

Descripción: Se observa un aumento leve en los diferentes tipos de memoria.

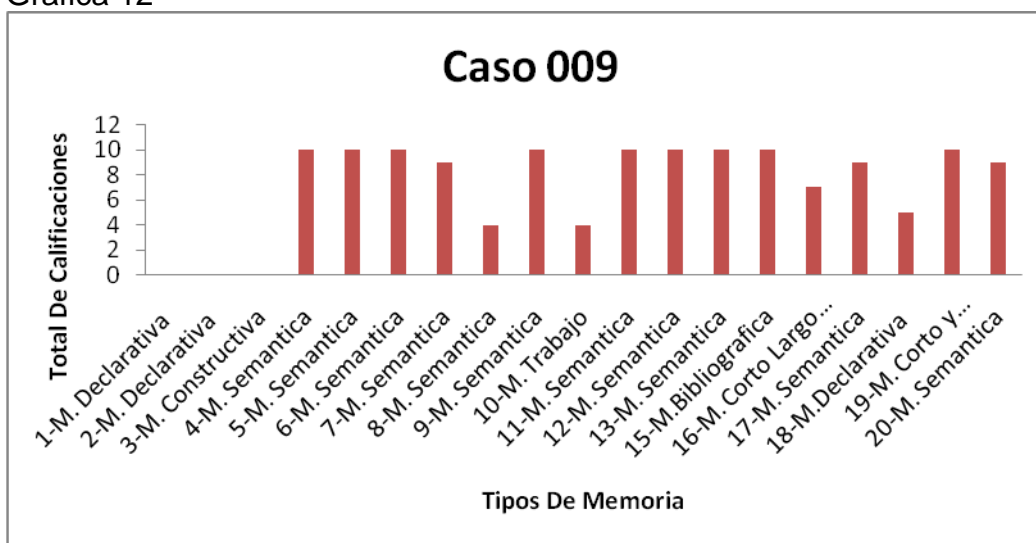


Cuadro 12 (Caso 009)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	0
2-M. Declarativa	0
3-M. Constructiva	0
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	9
8-M. Semántica	4
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	4
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	7
17-M. Semántica	9
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	9

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 12



Fuente: Misma del grafica 1

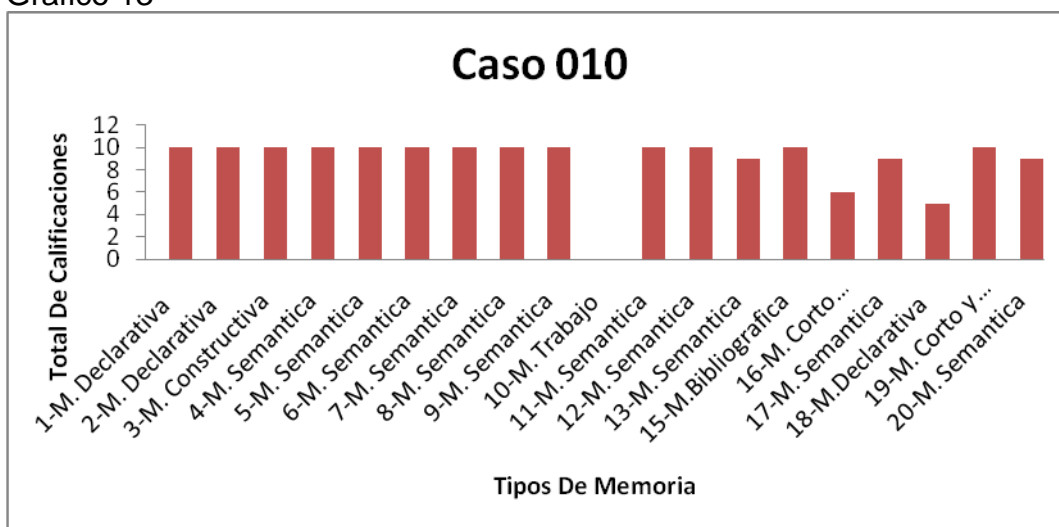
Descripción: se puede observar un lento aprendizaje en el cuadernillo de actividades.

Cuadro 13 (Caso 010)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	0
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	9
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	6
17-M. Semántica	9
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	10
20-M. Semántica	9

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafico 13



Fuente: Misma del grafica 1

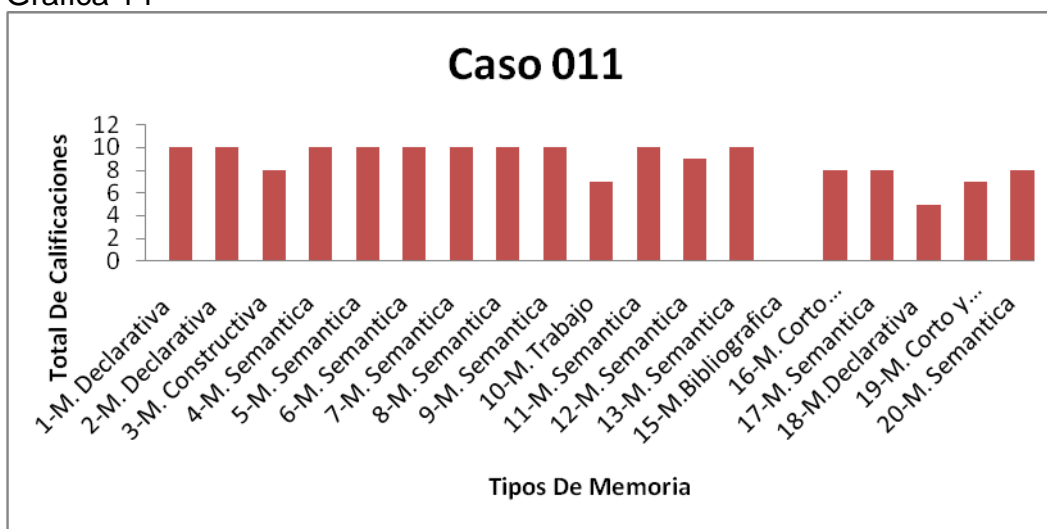
Descripción: Se puede observar una constante alta de calificaciones.

Cuadro 14 (Caso 011)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	8
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	7
11-M. Semántica	10
12-M. Semántica	9
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	0
16-M. Corto Largo Plazo	8
17-M. Semántica	8
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	7
20-M. Semántica	8

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 14



Fuente: Misma del grafica 1

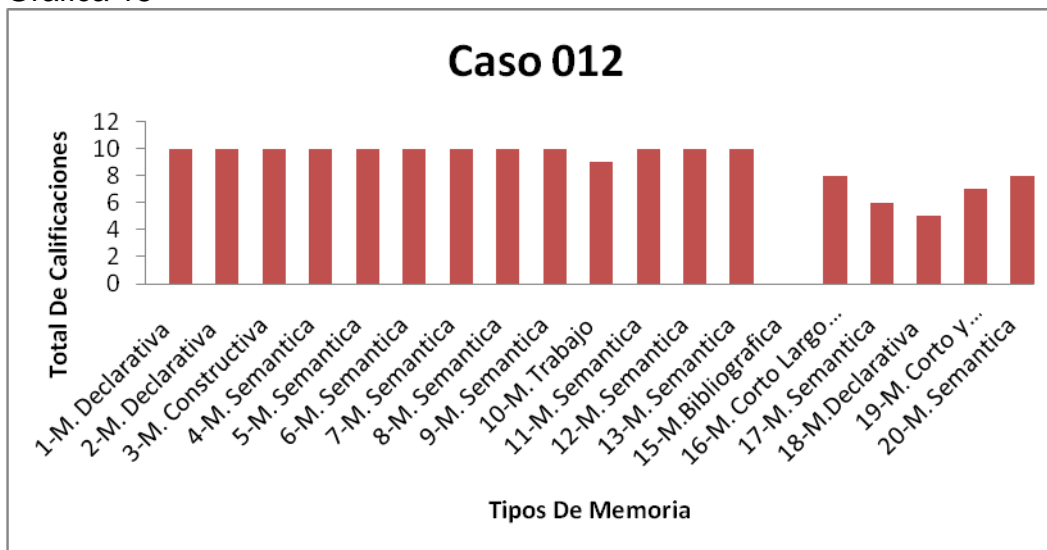
Descripción: se observar una baja de calificaciones en los últimos tipos de memoria.

Cuadro 15 (Caso 012)

Tipos de memorias del cuadernillo	Calificaciones de cada ejercicio
1-M. Declarativa	10
2-M. Declarativa	10
3-M. Constructiva	10
5-M. Semántica	10
4-M. Semántica	10
6-M. Semántica	10
7-M. Semántica	10
8-M. Semántica	10
9-M. Semántica	10
10-M. Trabajo	10
11-M. Semántica	9
12-M. Semántica	10
13-M. Semántica	10
15-M. Bibliografica	10
16-M. Corto Largo Plazo	8
17-M. Semántica	6
18-M. Declarativa	5
19-M. Corto y Largo Plazo	7
20-M. Semántica	8

Fuente: Misma del cuadro 1

Grafica 15



Fuente: Misma del grafica 1

Descripción: se observar una constante alta de calificaciones.