



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DEL PROGRAMA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y MINDFULNESS EN
ADULTOS MAYORES CON Y SIN DEMENCIA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LORENA ISHEL TINAJERO CHÁVEZ

DIRECTOR:

DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARTHA CATALINA MALDONADO RUBÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. CHRISTIAN OSVALDO ACOSTA QUIROZ
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA

Ciudad de México

MAYO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Medicina Conductual y Envejecimiento	6
Pirámides de población	7
2005 y 2050	7
Demencia Y Deterioro Cognitivo	9
Epidemiología	10
Diagnóstico	11
Deterioro Cognitivo Leve (DCL)	15
Depresión	18
Calidad de Vida	21
Intervenciones	23
Estimulación Cognitiva	24
Mindfulness	26
Estimulación Cognitiva y Mindfulness para el Tratamiento de la Demencia	28
Método	30
Planteamiento del problema	30
Preguntas de investigación	30
Objetivo General	31
Variables	31
Desempeño cognitivo	31
Depresión	31
Calidad de Vida	31
Definición operacional	31
Desempeño Cognoscitivo	31
Depresión	31
Calidad de Vida	32
Diseño	32
Escenario	32
Participantes	32

	3
Instrumentos	33
Batería Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI	33
Inventario de Depresión de Beck	34
Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa	34
Materiales:	36
Procedimiento	36
Resultados	41
Discusión y Conclusiones	51
Limitaciones y Sugerencias	55
RERERENCIAS	57
ANEXO	71
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	71

Resumen

El envejecimiento se ha convertido en un fenómeno de gran importancia a nivel mundial. La transición demográfica ha cambiado de manera dramática la distribución de la población lo cual ha dado oportunidad al desarrollo de enfermedades graves, degenerativas e incurables como la demencia. Existe evidencia sobre los efectos benéficos de distintas intervenciones psicosociales como la estimulación cognitiva en el desempeño cognitivo de adultos mayores con y sin demencia. La Meditación Mindfulness, por sus efectos neuropsicológicos, ofrece una alternativa complementaria a las intervenciones psicosociales existentes que buscan el mantenimiento o la mejoría de la función cognitiva del adulto mayor. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un programa de Estimulación Cognitiva complementado con la práctica de Meditación Mindfulness en el desempeño cognitivo, depresión y calidad de vida de adultos mayores con y sin demencia. Se utilizó un diseño pre-test post-test con un grupo cuasi-experimental, con evaluaciones independientes; con una comparación longitudinal para medir los cambios antes y después de la intervención. Participaron 6 adultos mayores con demencia y 10 sin demencia. Se realizaron dos tipos de meditación: Respiración atenta y Escaneo corporal, complementariamente a un programa de estimulación de los diferentes dominios cognitivos. Para evaluar el efecto de la intervención se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras apareadas obteniendo diferencias estadísticamente significativas únicamente en la variable Desempeño Cognitivo en el grupo de adultos mayores con demencia. El programa de estimulación cognitiva complementado con la meditación Mindfulness, mostró mejoría en el desempeño cognitivo de los adultos mayores con demencia.

Abstract

Aging has become a great worldwide phenomenon; it has change dramatically the distribution of the population and it has given opportunity to the development of diseases such as dementia. There is evidence for the beneficial effects of different psychosocial interventions as cognitive stimulation, in the cognitive performance of older adults with and without dementia. Mindfulness meditation, by its neuropsychological effects, provides additional aid for the maintenance and improvement of cognitive performance of the elderly. The aim of the study was to assess the effect of a cognitive stimulation program supplemented with Mindfulness Meditation on cognitive performance, depression and quality of life in older people. A quasi-experimental pretest-posttest design was used. Six older adults with dementia and ten elders without dementia participated. Two types of meditation were performed: mindful breathing and body scan in addition to a cognitive stimulation program. To assess the effect of the intervention, Wilcoxon ranks test for paired samples was used. Statistically significant differences for cognitive performance were obtained in the group of elders with dementia. Cognitive stimulation program and Mindfulness Meditation, showed good effects on cognitive performance in older adults with dementia.

Introducción

Medicina Conductual y Envejecimiento

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario que aplica las teorías y técnicas derivadas del análisis del comportamiento y modificación de la conducta para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónico-degenerativas (Pormeleau & Brady, 1974; Schwartz & Weiss, 1977). Es la disciplina por medio de la cual podemos modificar aspectos comportamentales para prevenir, controlar o contrarrestar la enfermedad.

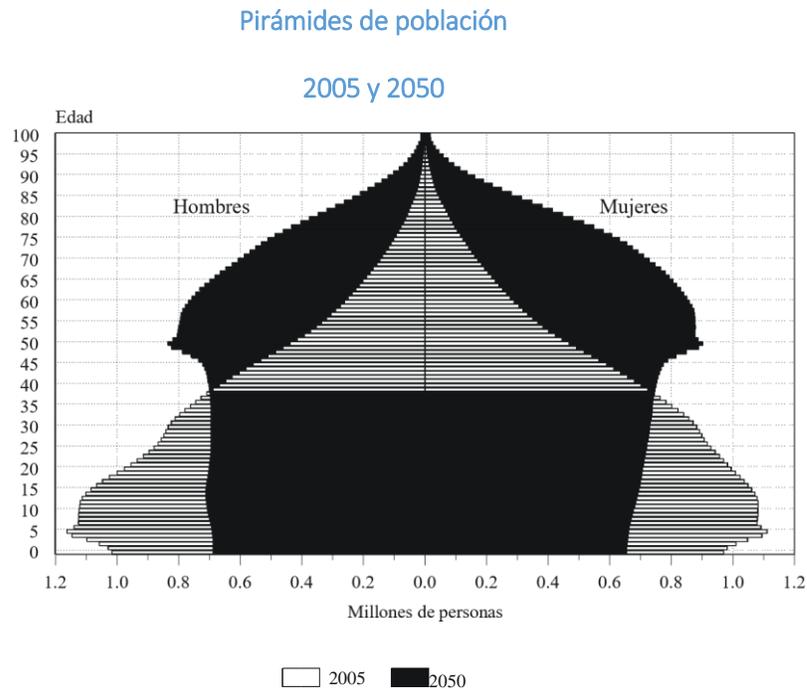
El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social en el que las funciones del ser humano disminuyen paulatinamente hasta ocasionar un deterioro significativo en distintos sistemas del cuerpo impactando de manera negativa todas las esferas del individuo, disminuyendo su capacidad de adaptación al ambiente, afectando sus relaciones sociales y su autoconcepto (Alvarado & Salazar, 2014).

Actualmente recibe atención importante la investigación y tratamiento de aquellas enfermedades y disfunciones asociadas al envejecimiento, debido al cambio sociodemográfico en los habitantes del planeta.

Como consecuencia de los avances tecnológicos en todas las disciplinas científicas, en las últimas décadas la composición de la población se ha visto modificada, fenómeno denominado "Transición Demográfica". Así, podemos apreciar la completa inversión de la pirámide poblacional en los países desarrollados debido al gran descenso de la tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida del ser humano, existiendo una mayor cantidad de personas mayores de 60-65 años (Villagómez, 2010).

En México la situación demográfica es muy similar a la sucedida en el mundo, encontrándose en pleno proceso de transición demográfica; según el documento de Proyecciones de la

Población 2005-2050 (CONAPO, 2014) la edad promedio de la población aumentará gradualmente de 28 años en 2005 hasta 42.7 años en 2050.



En esta imagen observamos las pirámides superpuestas de los extremos de la proyección (2005-2050) en donde se aprecia el proceso de envejecimiento de la población nacional; la pirámide rayada corresponde a la distribución por sexo y edad del año 2005, mientras que en la pirámide negra se señala el cambio poblacional para el año 2050. Aún se observa una estructura piramidal con base amplia que irá acumulando una mayor proporción de población en edades adultas y avanzadas, debido al descenso de la tasa de natalidad e incremento de la esperanza de vida (CONAPO, 2014; Bush, 2006).

El fenómeno antes descrito, ha provocado la aparición de otro cambio a nivel epidemiológico; hoy en día las enfermedades infectocontagiosas han dejado de ser la causa principal de muerte convirtiendo a las enfermedades crónico degenerativas en el problema central. En 2010 desaparecen las enfermedades relacionadas con diarrea e infecciones del tracto respiratorio y son las enfermedades de corazón, diabetes mellitus y cáncer, las principales causas de defunción en el país (INEGI, 2016).

Con estos hechos, se marca el inicio del proceso de envejecimiento acelerado de la población, el cual se espera alcance su máximo durante la primera mitad de este siglo. Así, para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán alrededor del 28% de la población en general, incrementándose de forma acelerada la necesidad de atención sanitaria para este sector (ENSANUT, 2012).

Aunque el envejecimiento no puede ser considerado como una enfermedad en sí misma, es una condición caracterizada por la aparición de la enfermedad y la disminución de la función en los aparatos y sistemas del cuerpo, siendo uno de los principales problemas el deterioro cognitivo asociado a la edad.

Las modificaciones estructurales y funcionales provocadas por el paso del tiempo producen cambios en las habilidades intelectuales y en el ambiente social del adulto mayor, alterando funciones psicológicas como emoción, cognición, conducta y habilidad; creando trastornos de gran impacto en el entorno en el cual se desenvuelve el sujeto, afectando emocional, física, social y económicamente a familiares, amigos, vecinos y a la sociedad en general.

Las manifestaciones de los cambios ocurridos por el paso del tiempo se presentan como déficits a nivel físico y cognoscitivo afectando habilidades básicas como caminar y/o recordar asuntos primordiales. Estos déficits impactan al individuo funcional, emocional y socialmente, desencadenando emociones negativas conduciéndolo al desarrollo de problemas físicos y psicológicos como demencia, deterioro cognitivo, depresión, ansiedad y trastornos conductuales.

La Medicina Conductual, como la disciplina en la que se conjuntan una amplia gama de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud y la enfermedad física, puede ofrecer el tratamiento más adecuado para personas con padecimientos crónico degenerativos, como la demencia, gracias al análisis de distintos tipos de variables como las somáticas, psicológicas y sociales, reconocidas como facilitadores del proceso de salud o de enfermedad (Sánchez Sosa, 2002).

Demencia Y Deterioro Cognitivo

La acción del tiempo sobre los seres vivos induce un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas denominadas envejecimiento; estos cambios suponen una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo, así como de la capacidad de respuesta a los agentes dañinos del ambiente; aquellos cambios en el desempeño cognoscitivo se consideran normales siempre que no alteren la funcionalidad del adulto mayor (ENSANUT, 2012).

El envejecimiento es un proceso dinámico, multidimensional y multidireccional, en el que se presentan pérdidas y ganancias en el individuo. Existen diferentes maneras de envejecer generando distintas perspectivas sobre el envejecimiento: normal y patológico.

El envejecimiento es considerado normal cuando los cambios morfológicos y funcionales se presentan de manera gradual, son ocasionados por el paso del tiempo y no generados por alguna enfermedad en particular que acelere el proceso de deterioro y/o pérdida de la función del adulto mayor en todas sus esferas de desarrollo (física, psicológica y social). Por el contrario, cuando el envejecimiento es patológico, la presencia de la enfermedad modifica su curso normal, acelerando y agudizando el deterioro de órganos y sistemas del sujeto, impactando negativamente su desarrollo psicológico y social (Acosta & González-Celis, 2013; Acosta, 2010, González-Celis, 2006).

La Demencia es un síndrome clínico con etiología múltiple, que particularmente afecta a personas mayores. Dada la seriedad de su impacto, unido al envejecimiento de la población en el mundo y a que la prevalencia de la demencia aumenta con la edad, se ha vuelto necesaria la creación de servicios especializados para la atención de personas con demencia y sus familias (Knapp, Comas-Herrera, Somani & Banerjee 2007).

La Demencia es una enfermedad crónica, degenerativa, progresiva e incurable, caracterizada por un deterioro significativo en el funcionamiento cognoscitivo, conductual y por la pérdida de la funcionalidad; que cursa con síntomas conductuales y psicológicos (Prince, Albanese, Guerchet & Prina, 2014). Es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012; ENSANUT, 2012; Mejía-Arango & Gutiérrez, 2011; Ardila & Rosselli, 2007).

Algunos de los síntomas que pueden llegar a aparecer durante la evolución de la enfermedad son: pérdida de la memoria manifestada a través de preguntas y afirmaciones que se repiten o pérdida de objetos, problemas en las funciones ejecutivas como falta de juicio, cambios de personalidad y del estado de ánimo con presencia de confusión, delirios y paranoia, impulsividad, problemas en el manejo del dinero y problemas físicos como pérdida de peso, convulsiones, dificultad para deglutir, aumento del dormir, falta de control del intestino y la vejiga, entre otros (OMS, 2012).

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública, debido a que actualmente es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo; identificándose 35.6 millones de personas con la enfermedad, de las cuales un poco más de la mitad (58%) viven en países de ingresos bajos y medios (Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro, & Ferri, 2013; Sosa, Acosta & Prince, 2012; OMS, 2012).

Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos; según los pronósticos epidemiológicos se espera que en 20 años el número total de enfermos con demencia se duplique, alcanzando un total de 65,7 millones de pacientes para el año 2030 y de 115,4 millones para 2050 (Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro, & Ferri, 2013; OMS, 2012).

Hasta el 2003 se había reportado la existencia de 500,000 a 700,000 individuos con demencia en México (Navarrete & Rodríguez-Leyva, 2003). El Grupo de Investigación en Demencias 10/66 reporta en el 2008 una tasa de prevalencia en México de 7.4% para el área urbana y de 7.3% para el área rural (Rodríguez, Ferri, Acosta, Guerra, Huang & Jacob, 2008).

En 2012 según el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México que incluye a 7,000 adultos mayores mexicanos la prevalencia de la demencia en el país es de 6.1%; con una tasa de incidencia de 27.1 por cada 1000 habitantes por año. Este número se incrementa conforme aumenta la edad (Mejía-Arango & Gutiérrez-Robledo, 2011) duplicando el riesgo de padecer la enfermedad cada 5 años a partir de los 65 años (Rodríguez, et al., 2008).

Actualmente se estima que existen 800 000 personas afectadas en el país quienes contribuyen con 11.9% de los años vividos con discapacidad provocada por enfermedad crónica, por arriba de los eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%). Según las

proyecciones demográficas para el 2050 la cantidad de adultos mayores con demencia crecerá a más de 3 millones (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], 2014).

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia. Otras formas frecuentes son la demencia vascular o multi-infarto, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia fronto-temporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas (OMS, 2012).

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma principal de demencia en el mundo con una frecuencia de 50 a 70% del total de las demencias, seguida de la Demencia Vascular (DV) con 30-60%. El 20% restante lo ocupan las Demencias Mixtas (Enfermedad de Alzheimer con Demencia Vascular) con un 10%, Demencias Frontotemporales 3 a 6% y el 3% restante pertenece a otras formas de demencia (Sosa, Acosta & Prince, 2012).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la demencia, se busca integrar todo el espectro de gravedad de la enfermedad desde la etapa leve hasta la más grave.

Según la guía diagnóstica del grupo de trabajo formado por el Instituto Nacional de Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer de Estados Unidos (National Institute on Aging-Alzheimer's Association Workgroups [NIA/AA] [McKhann, Knopman, Chertkow, Hyman, Jack, Kawas,... & Phelps, 2011] p. 265) la Demencia de cualquier tipo es diagnosticada cuando aparecen síntomas psicológicos y conductuales como los que se describen a continuación:

1. Los síntomas interfieren con la habilidad para funcionar en el trabajo o las actividades cotidianas.
2. El sujeto muestra un declive con respecto a nivel de funcionamiento y desempeño previos.
3. Los síntomas no son explicados por un cuadro de Delirium o algún otro trastorno psiquiátrico.

4. El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado por la combinación de una historia clínica realizada tomando en cuenta la información que el mismo paciente puede proveer y la de un informante que conozca bien al sujeto y una evaluación cognitiva objetiva, ya sea que sólo se aplique una evaluación como el Examen mínimo del estado mental a pie de cama o que exista la posibilidad de realizar una evaluación neuropsicológica formal.
5. El deterioro cognitivo o conductual, involucra un mínimo de dos de los siguientes dominios:
 - a. Deterioro de la capacidad para adquirir y recordar información nueva, manifestada por síntomas como preguntar o comentar frecuentemente sobre el mismo tema, perder objetos personales, olvidar eventos o citas importantes, olvidar y/o perderse al hacer recorridos familiares.
 - b. Deterioro de la capacidad de juicio y razonamiento, de la ejecución de tareas complejas como falta de comprensión de riesgo, incapacidad para manejar las finanzas, tomar decisiones y planear o llevar a cabo actividades secuenciales.
 - c. Deterioro de las habilidades visoespaciales como el reconocimiento de rostros u objetos comunes, incapacidad para encontrar objetos a pesar de que se encuentren al alcance de la vista, incapacidad para operar objetos sencillos o para vestirse adecuadamente.
 - d. Deterioro de las funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir) por medio de dificultades en el pensamiento de palabras comunes mientras se habla y errores en el discurso, delecteo y escritura.
 - e. Cambios en la personalidad, conducta o comportamiento como agitación, disminución de la motivación e iniciativa, apatía, pérdida del deseo, aislamiento social, disminución del interés en actividades que antes le gustaban, pérdida de empatía, conductas obsesivas y/o compulsivas, así como conductas socialmente inapropiadas.

La diferencia entre el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve y Demencia, consiste en determinar si los síntomas interfieren o no en la habilidad para funcionar en el trabajo o en las actividades de la vida diaria. Este punto se basa en el juicio clínico que debe de hacer el experto con base en las circunstancias individuales del paciente y la descripción de las actividades cotidianas descritas por el mismo paciente y su cuidador.

A menudo hay una falta de concientización y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización, aislamiento, maltrato, reacciones negativas hacia los enfermos y suponer un

obstáculo para que las personas acudan de manera oportuna a los servicios de diagnóstico y atención.

Otra clasificación diagnóstica es la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), en el cual la Demencia es dividida para su diagnóstico en distintos tipos y subtipos, como:

Demencia tipo Alzheimer (F00), [Alzheimer de inicio temprano (F00.0) antes de los 65 años y Alzheimer de inicio tardío (F00.1) después de los 65 años], cuya característica principal es el deterioro de la memoria, manifestado a través de la pérdida progresiva de la memoria reciente, particularmente episódica que con el transcurso de la enfermedad se transforma en una franca amnesia tanto anterógrada (incapacidad de recordar información nueva) como retrógrada (incapacidad de recordar eventos almacenados previamente) (Ardila & Rosselli, 2007).

Demencia Vascular (F01) en la cual las manifestaciones de deterioro cognitivo como la pérdida de la memoria reciente, no son explicadas por otra enfermedad (Alzheimer) y el sujeto presenta una enfermedad cerebrovascular comprobable.

Demencia debida a otras enfermedades médicas (F02), que es aquella en la cual, como su nombre lo dice, el deterioro cognitivo es un efecto directo de alguna alteración fisiopatológica como un traumatismo craneoencefálico o alguna enfermedad como Parkinson o Huntington entre otras.

Es importante señalar, que uno de los criterios que observa el manual para el diagnóstico de la demencia es la alteración de la funcionalidad del paciente a través de un deterioro significativo de la actividad laboral o social o ambas.

En 2013 se publicó la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-5), en el cual la Demencia ha sido renombrada como Trastorno Neurocognitivo Mayor, reconociendo la etapa temprana de la enfermedad como Trastorno Neurocognitivo Leve. En esta clasificación se amplía el criterio respecto al deterioro en la función cognoscitiva que antes exigía una alteración en la memoria hacia todos los dominios cognoscitivos como atención, funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, se mantiene como criterio diagnóstico la alteración en la funcionalidad de las actividades de la vida diaria y es necesario especificar el origen del trastorno como por ejemplo: Trastorno Neurocognitivo

Mayor debido a “Enfermedad de Alzheimer”, “Enfermedad Vasular”, “Enfermedad de Parkinson”, etc., así como el nivel de gravedad y las características clínicas que el paciente manifiesta.

Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos & Kommen (1999) describieron una nueva entidad denominada Deterioro Cognitivo Leve (DCL) para intentar detectar a los sujetos con una pérdida de memoria significativa que presentarían un alto riesgo de conversión de Enfermedad de Alzheimer.

Cuando se habla de deterioro cognitivo leve se hace referencia a la disminución de la memoria, denominándose deterioro cognitivo amnésico. En este tipo de deterioro la memoria es la única función cognoscitiva superior que se ve alterada. Los sujetos con un profundo déficit de memoria, pero sin otros déficits cognitivos, así como los pacientes con pequeños déficits en varias áreas cognitivas; pero, sin deterioro funcional doméstico, social ni laboral, no reúnen los criterios para ser diagnosticados con demencia (Esparza, 2005).

El paciente con deterioro cognitivo leve se caracteriza por presentar déficits leves en una o más funciones cognoscitivas superiores como por ejemplo olvidos benignos o disminución en la habilidad visoespacial; y mantener la independencia en las habilidades funcionales; es decir, realizar actividades de autocuidado como vestido, higiene y/o alimentación; ya sea por parte del propio paciente o acompañado de sus familiares (Mora-Simón, García, Perea, Larea, Unzueta, Patino & Rodríguez, 2012).

El Deterioro Cognitivo Leve supone una pérdida subjetiva de memoria preferiblemente corroborada por un informador; además, es necesario objetivar los problemas de memoria del sujeto a través de pruebas validadas de memoria cuyo puntaje se encuentre por debajo de una desviación estándar de la media en referencia a su grupo de edad.

Otro criterio importante es la normalidad del resto de funciones cognoscitivas; es decir, que no se trate de un deterioro cognitivo generalizado definitorio de demencia; también se requiere que estos problemas de memoria no interfieran de una forma significativa en las actividades instrumentales de la vida diaria como la conducción de vehículos o el manejo de dinero (Ramia & Marcosb, 2004).

Aplicando estos criterios se ha descrito que la tasa de conversión de Enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve resulta muy significativa, tomándose en cuenta la cantidad de personas adultas mayores que desarrollan dicha enfermedad, sin alteración objetiva de la memoria (1%). Estudios longitudinales han demostrado que el 50 % de los pacientes con deterioro

cognitivo leve se convierten en enfermos de Alzheimer en 3 o 4 años y el 80% en 6 años (Petersen, 2004).

Los criterios diagnósticos para Deterioro Cognitivo Leve según Albert, DeKosky, Dickson, Dubois, Feldman, et al. (2011) son:

1. Evidencia de preocupación respecto a un cambio en la función cognoscitiva, en comparación con el estado previo del paciente.
2. Alteración en una o más funciones cognoscitivas como memoria, funciones ejecutivas, atención, lenguaje y habilidades viso-espaciales.
3. Independencia funcional, aunque presente errores o le tome más tiempo realizar tareas complejas (p. ej., pagar cuentas, comprar...).
4. No presentar evidencia de demencia.

Estos criterios actualizados (Mora-Simón, García, Perea, Ladera, Unzueta, Patino, & Rodríguez, 2012; Albert, et al., 2011; McKhann, Knopman, Chertkow, Hyman, Jack, Kawas, & Phelps, 2011) se basan en líneas de investigación bien fundamentadas, apoyadas en estudios epidemiológicos y anatomopatológicos (Mora-Simón, García, Perea, Ladera, Unzueta, Patino, & Rodríguez, 2012; Seshadri, Beiser, Wolf, Evans, Wilson, & Chui, 2011).

La principal diferencia que refieren entre deterioro cognitivo leve y demencia se basa en la presencia de una interferencia significativa del déficit cognitivo sobre el funcionamiento en el trabajo o actividades de la vida diaria del sujeto (Albert, et al., 2011).

En la quinta edición del manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM 5) este trastorno se denomina “**Trastorno Neurocognitivo Leve**” y mantiene características similares como el deterioro cognitivo moderado y la independencia funcional del paciente.

Por último, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (WHO, 1992) el diagnóstico de Demencia se declara cuando existe deterioro de la memoria, pensamiento y razonamiento que alteran la capacidad funcional del individuo, durante al menos los últimos 6 meses.

No hay ningún tratamiento médico que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva; existen numerosos tratamientos nuevos que se encuentran en diversas etapas de investigación (OMS, 2012).

Se pueden ofrecer importantes intervenciones psicosociales para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia, sus cuidadores y familias. Entre ellas se encuentran servicios que permitan realizar un diagnóstico temprano, optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar de los pacientes con demencia, identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes, detectar y tratar los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes, así como proporcionar información y apoyo a largo plazo a familiares y cuidadores.

En distintas investigaciones se observa que la probabilidad de Deterioro Cognitivo sumado a dependencia funcional aumenta con la edad y se asocia con la presencia de depresión en adultos mayores (Mejía, Miguel, Ruíz & Gutiérrez, 2007). Es importante resaltar que, aunque la depresión y el deterioro cognitivo tienen causas distintas, cada uno interfiere con el otro (Morimoto, & Alexopoulos, 2013), volviéndose de vital importancia el tratamiento de este padecimiento en la vejez.

Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela así como la capacidad para afrontar la vida diaria; representa un problema de salud pública de alto impacto debido a su alta prevalencia, afectando aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo;

Es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, se considera una enfermedad mental cuya característica principal son los episodios de ánimo depresivo (OMS, 2012).

En México la prevalencia de la depresión es de 4.5%, según el reporte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Kessler & Bromet, 2013); aunque es importante resaltar el elevado porcentaje (40.6) de participantes mexicanos que en este estudio reportaron haber experimentado tristeza o haber perdido el interés en sus actividades cotidianas, sin cumplir los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, causando gran sufrimiento y alterando las actividades laborales, escolares y familiares; ya en su forma más grave, puede conducir al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales a nivel mundial (OMS, 2012).

Si es leve, se puede tratar únicamente por medio de psicoterapia profesional sin necesidad de medicamentos; pero, cuando tiene carácter moderado o grave puede requerirse el uso de éstos, aunados a la psicoterapia (OMS, 2012).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no los reciben. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta (OMS, 2012).

En México existen muy pocos estudios sobre depresión en adultos mayores siendo el trastorno afectivo más frecuente en esta población; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y disminuye de forma sustancial su calidad de vida. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana y su desempeño normal, ocasionando dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a sus familiares.

El envejecimiento trae consigo importantes factores predisponentes o precipitantes de dicho trastorno, como el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, dependencia funcional y falta de apoyo social entre otros (Acosta & Flores, 2013; Aracil, Estes, Girón & López, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), sitúa a la depresión dentro de los Trastornos del estado de ánimo, en cuya categoría se encuentran las especificaciones para identificar los episodios afectivos como el Episodio Depresivo Mayor, el cual carece de un código específico ya que no puede ser diagnosticado como una entidad independiente, sino solo como parte del Trastorno depresivo mayor episodio único (F32) o del Trastorno depresivo mayor recidivante (F33).

Los criterios para el diagnóstico del Episodio depresivo mayor hacen referencia a la presencia de un cambio conductual en el sujeto respecto a su nivel de actividad habitual sumado al estado de ánimo depresivo y a la pérdida de la capacidad para experimentar placer.

Cabe mencionar que en la nueva clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) los trastornos del estado de ánimo han sido divididos en trastornos depresivos y trastornos bipolares; manteniendo el Trastorno depresivo mayor entre otros.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) los desórdenes depresivos forman parte de los Trastornos del Humor o Afectivos siendo los más significativos el Episodio depresivo, el cual puede graduarse y describirse a detalle.

La relación entre depresión y demencia es compleja, tanto, que aún no se comprende completamente. Actualmente no se tiene información suficiente para saber si son dos enfermedades diferentes e independientes o si forman parte del continuo de la enfermedad, convirtiéndose factor de riesgo una de la otra, siendo relevante la cronicidad de la depresión en personas adultas mayores (Bennett & Thomas, 2014).

Algunos estudios sugieren que la depresión acelera el deterioro cognitivo cuando aparece en individuos con demencia (Rapp, Schnaider-Beeri, Wysocki, Guerrero-Berroa, Grossman, Heinz, & Haroutunian, 2011). En otros, se ha observado que cuando aparecen síntomas depresivos en individuos sin deterioro cognitivo, pueden ser predictores de la aparición posterior de deterioro cognitivo global; al comparar a personas sin historia de depresión con individuos que manifestaron síntomas depresivos en la vejez, los últimos presentaban un riesgo mayor de padecer demencia (Li, Wang, Shofer, Thompson, Peskind, ... & Larson, 2011; Panza, D'Introno, Colacicco, Capurso, Del Parigi, Caselli, ... & Solfrizzi, 2009).

La Depresión y la Demencia, son algunos de los padecimientos más frecuentes en los adultos mayores que tienen un gran impacto en la calidad de vida tanto del enfermo como de sus familiares (OMS, 2012, 2008).

Bennet y Thomas (2014), afirman que actualmente existe evidencia suficiente para sostener diferentes hipótesis sobre la interacción de la depresión y la demencia en distintas etapas de la enfermedad; así concluyen que la depresión en etapas tempranas de la vida está asociada con un mayor riesgo de padecer demencia en la vejez (Gao, Huang, & Zhao, 2015; Diniz, Butters, Albert, Dew, & Reynolds, 2013; Da Silva, Gonçalves-Pereira, Xavier, & Mukaetova-Ladinska, 2013); también existe evidencia para reconocer a la depresión en la vejez como un síntoma temprano que nos indica el inicio del deterioro cognitivo que puede llevar a una demencia, aun cuando los síntomas cognitivos todavía no estén presentes (Rapp, et al, 2011; Li, et al, 2011) y como una complicación frecuente de la demencia en todos sus estadios (OMS, 2012; Jajodia & Borders, 2011).

La depresión en el adulto mayor es una patología que requiere mucha atención, no solo como factor de riesgo de deterioro cognitivo o demencia; sino también porque el proceso de envejecimiento y sus consecuencias físicas y sociales disminuyen el apoyo del sujeto en su entorno propiciando segregación, discriminación y aislamiento; disminuyendo así la posibilidad de mantener o mejorar su calidad de vida en la vejez (González-Celis, 2006).

Calidad de Vida

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la esperanza de vida en el mundo ha aumentado aproximadamente 6 años, así para 2050 se espera que la población mundial mayor de 60 años llegue a 2000 millones; gracias a esto se ha desarrollado gran interés por el concepto de Calidad de Vida (QoL) debido a que, en la mayoría de los casos, aunque la cantidad de años vividos sea mayor, las condiciones en las que estos años se viven no son adecuadas.

La calidad de vida es un concepto complejo, multifactorial y dinámico; vinculado a otros como satisfacción, bienestar y felicidad; se utiliza tanto para evaluar el bienestar del individuo haciendo referencia a su satisfacción personal con la vida (subjetivamente) con respecto a las relaciones interpersonales, apoyo percibido, etc.; como para determinar el bienestar social y económico de una población, objetivamente, en relación a los aspectos de su funcionamiento físico, social y psicológico con indicadores a gran escala como ingreso, posesión de bienes, entre otros; desde disciplinas tan diversas como la psicología y la economía (Riveros, 2007; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como la “percepción del individuo respecto a su posición en la vida, dependiente del contexto en el que se desarrolla como persona, de su cultura y sistema de valores, en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Riveros, 2007; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006; Harper & Power, 1998; OMS, 1995).

La Calidad de Vida es un concepto cuyas dimensiones se encuentran interrelacionadas utilizándose para evaluar el bienestar de las personas desde distintas perspectivas; la OMS lo divide en cinco áreas: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y medio ambiente (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009; OMS, 1993).

La pérdida de la salud es una situación que modifica la percepción del sujeto al respecto de su Calidad de Vida, cuyo efecto se transforma en una medida de bienestar individual percibido altamente sensible a las reacciones emocionales del individuo, permitiendo su uso como medida de eficacia de intervenciones cuyo objetivo sea mejorar las condiciones de vida del sujeto (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009; Sánchez-Sosa & González Celis, 2006).

En el área de la salud se ha utilizado para evaluar la eficacia de las intervenciones; en Psicología el punto central de la evaluación del concepto es la satisfacción percibida por el individuo sobre diferentes aspectos de su vida diaria (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009).

La calidad de vida asociada a la salud ha sido definida como el “valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento” (Patrik & Erickson, 1993, citado en González-Celis, 2006).

La evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud se basa en el análisis de la percepción del sujeto sobre su situación vital, considerando aquellas situaciones derivadas de la enfermedad como la percepción de la intervención médica, función y sintomatología física, interacciones sociales, adherencia terapéutica, entre otras (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009; Sánchez-Sosa & González Celis, 2006).

A partir de este enfoque se destaca la necesidad de encontrar estrategias efectivas para abordar los problemas de salud que trae consigo el proceso de envejecimiento, ya que el aumento de enfermedades crónico degenerativas será de gran impacto para la calidad de vida de las personas mayores (Suzman, Beard, J. Boerma, & Chatterji, 2015).

El envejecer es un proceso que implica la necesidad de adaptarse a una nueva situación vital; implica cambios contundentes en la forma y función del sujeto en todas sus esferas de desarrollo, tanto a nivel físico, cognitivo como social. Para mantener una adecuada calidad de vida, el adulto mayor debe reestructurarse ante estos cambios, tratando de conservar las habilidades residuales que el deterioro asociado con la edad le permita y realizando las modificaciones al estilo de vida que sean requeridas para mantener la función e incrementar el bienestar físico, psicológico y social.

Intervenciones

Actualmente no existe ningún tratamiento médico que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva (OMS, 2012); los tratamientos farmacológicos que existen tienen un efecto estimado pequeño; teniendo en cuenta sus efectos adversos y su alto costo económico, el especialista debe verificar el beneficio de estos tratamientos y su tolerabilidad por parte del paciente (Guillemaud, Faucounau, Greffard & Verny, 2013).

Existen diferentes tipos de tratamientos farmacológicos para el manejo de la demencia: inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, rivastigmina y galantamina), reguladores del glutamato –memantina– (antagonista del N-metil D-aspartato (NMDA), suplementos antioxidantes y anti-inflamatorios y otros tratamientos en etapa experimental como vacunas y terapias de modulación inmunológica los cuales permiten el retraso de algunos síntomas en las etapas leve o moderada y/o severa (Newberg, Serruya, Wintering, Moss, Reibel & Monti, 2014).

Dos revisiones sistemáticas de la literatura realizadas por Birks & Grimley (2015) y Bond, et al. (2012) con el objetivo de evaluar la efectividad de estos medicamentos en la enfermedad de Alzheimer concluyen que existe beneficio cuando se utilizan IACE para algunos síntomas cognitivos y funcionales, aunque la magnitud del efecto es muy pequeña y los efectos clínicos inciertos; en cuanto a la memantina existe menos evidencia de los beneficios clínicos que proporciona debido a que los ensayos clínicos aleatorizados revisados refieren un mayor efecto cuando se utilizan los IACE que con el uso de memantina; estas revisiones también concluyen que los medicamentos mencionados (IACE y memantina) no presentan ningún efecto en relación a los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia así como tampoco causan ningún impacto en la salud del cuidador.

Debido a la ausencia de un tratamiento curativo es necesario desarrollar una intervención integral y multidisciplinaria, con el fin de disminuir las repercusiones de la enfermedad relacionadas con la pérdida de autonomía y los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (Guillemaud, Faucounau, Greffard & Verny, 2013). Un tratamiento efectivo tiene el potencial de ayudar tanto al adulto mayor como a su cuidador, actualmente existen numerosas intervenciones no farmacológicas o psicosociales que han mostrado efectos importantes en el bienestar del paciente y sus cuidadores (Teri, McKenzie & LaFazia, 2005).

Existe evidencia sobre los efectos benéficos de diferentes intervenciones psicosociales sobre pacientes y cuidadores (formales e informales); algunas intervenciones reducen la presencia de síntomas psicológicos y conductuales como la danzoterapia (Guzmán-García, Mukaetova-Ladinska & James, 2012) en la cual se enseña a los adultos mayores con demencia a bailar Danzón y los programas de estimulación basados en actividades de ocio (Gitlin, Winter, Earland, Herge, Chernett, Piersol, & Burke, 2009) una intervención ocupacional innovadora adaptada a cada paciente, a partir de la identificación de sus intereses y capacidades específicas.

También se encuentra la terapia de reminiscencia, cuya meta primaria es facilitar la evocación de experiencias pasadas con la finalidad de estimular las funciones psicológicas permitiendo al paciente sostener, a lo largo del tiempo, relaciones interpersonales significativas (Schweitzer & Bruce, 2008). La terapia de orientación a la realidad, una filosofía particular para el tratamiento del paciente internado en residencias de larga estancia, en la cual se considera a la falta de estimulación, la baja expectativa de ejecución de la conducta deseada y la carencia de reforzamiento de esta misma, como la causa del estado de confusión y el déficit en comunicación verbal del enfermo y la estimulación cognitiva (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2000) son intervenciones que muestran efectos benéficos en relación al desempeño cognitivo del paciente y a los síntomas psicológicos y conductuales, la estimulación cognitiva, en particular, muestra efectos importantes (independientes del tratamiento farmacológico) en habilidades cognoscitivas, principalmente de comunicación y aumenta el bienestar percibido mejorando la calidad de vida (Martin, Clare, Altgassen, Cameron & Zehnder, 2011; Aguirre, Woods, Spector & Orrell, 2013). La terapia cognitivo conductual con base en el cuidado centrado en la persona (Charlesworth, Sadek, Schepers, & Spect, 2014) ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la ansiedad de personas con demencia y sus cuidadores; los tratamientos basados en meditación Mindfulness (McBee, 2008; Márquez-González, 2010; Moynihana, Chapman, Klormanb & Krasnerc, 2013; Newber, et al, 2014; Hernández, Barrachina, Fernández, del Pino & Hernández, 2014; Hernández, Barrachina, Fernández, del Pino, Hernández, García & Montesdeoca, 2015) han mostrado efectos positivos en distintas áreas afectadas por la enfermedad como funciones cognoscitivas, actividad cerebral, salud física, depresión, ansiedad y trastornos psicológicos-conductuales.

Estimulación Cognitiva

La estimulación cognitiva es una de las intervenciones no farmacológicas más estudiada que cuenta con la mayor evidencia y aceptación por parte de los profesionales de la salud, pacientes y

cuidadores; es una intervención psicológica ampliamente usada en el tratamiento de la demencia la cual ofrece un amplio rango de actividades que proveen estimulación general de las funciones cognoscitivas.

En 2004, Clare & Woods definen la Estimulación Cognitiva como la participación activa en un amplio rango de actividades y discusiones, que usualmente se llevan a cabo en grupo, con el objetivo particular de mejorar el desempeño cognoscitivo general o de alguno de sus componentes o procesos como atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc., así como la función social; ya sea en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión del sistema nervioso central (Clare & Woods, 2004; Martin, Clare, Altgassen, Cameron, Zehnder, 2011).

En una revisión sistemática con el objetivo de evaluar la evidencia de la efectividad de la estimulación cognitiva en pacientes con demencia provenientes de residencias de larga estancia y residencias de día; Aguirre, et al. (2013) encontraron beneficios significativos en la función cognitiva de los participantes, por encima de los efectos de cualquier tratamiento farmacológico, manteniendo el beneficio hasta el seguimiento tres meses después de la conclusión de la intervención. Esta intervención también mostró efectos positivos significativos en otras variables como calidad de vida y bienestar; así como en evaluaciones respondidas por el staff en cuanto a interacción social y habilidades de socialización. En cuanto a cambios en el estado de ánimo, realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y conductas desafiantes, no mostró ninguna diferencia significativa. Este estudio es muy relevante en la literatura al respecto de este tema, ya que, por primera vez se puede sostener de acuerdo a la definición antes dada de estimulación cognitiva, que este tratamiento mejora de manera consistente la función cognitiva de personas con demencia, reportando beneficios no solo en cognición, sino también en escalas de bienestar y calidad de vida, así como de interacción social y habilidades de comunicación.

En este momento histórico existe un gran interés en el estudio de los efectos terapéuticos de las prácticas de meditación, creando una nueva y diferente perspectiva sobre la atención psicológica; modificando el objetivo central de la intervención de la eliminación de los síntomas hacia el desarrollo de bienestar y satisfacción del individuo con su propia vida a través de la aceptación de los sucesos de esta misma (Moreno-Coutiño, 2012; Márquez-González, 2010).

Atendiendo los antecedentes descritos en este documento podemos señalar la necesidad de un tratamiento que contribuya al desarrollo de un enfoque distinto respecto a los cambios originados

por el envejecimiento y/o la enfermedad, con la finalidad de mejorar el estado de salud físico y mental del adulto mayor.

Actualmente existe una cantidad importante de evidencia científica que sustenta el uso del entrenamiento en Mindfulness para la atención a adultos mayores con y sin demencia (McBee, 2008; Márquez-González, 2010; Moynihana, Chapman, Klormanb & Krasnerc, 2013; Newberg, Serruya, Wintering, Moss, Reibel & Monti, 2014; Hernández, Barrachina, Fernández, del Pino & Hernández, 2014; Hernández, Barrachina, Fernández, del Pino, Hernández, García & Montesdeoca, 2015).

Mindfulness

La palabra “Mindfulness” es la traducción al inglés de la palabra “Sati” en lengua Pali que significa conciencia, atención o recuerdo, se traduce al español como “Atención o Conciencia Plena”; es un término que nos permite englobar el uso de diferentes técnicas de meditación con fines terapéuticos desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo Conductual de Tercera Generación (Didonna, de Brouwer, Siegel, Germer, & Olendzki, 2011).

Existen múltiples definiciones sobre Mindfulness, la mayoría de las cuales se centran en tres componentes básicos: 1) Aceptación de la experiencia (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011), 2) Actitud compasiva hacia el sufrimiento propio y el de los demás (Gilbert, 2005) y 3) Capacidad de observarse sin juzgar (Kabat-Zinn, 2005); estos factores ejercen una gran influencia en la interpretación del individuo respecto a su experiencia de vida (Didonna, et al, 2011).

Así, podemos definirlo como “darse cuenta de la experiencia presente con aceptación” (Germer, Siegel, Fulton, 2005), como “la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar las experiencias que se presentan en cada momento” (Jon Kabat – Zinn, 2003) y como “la autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente” (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson & Carmody, et al, 2004).

Este concepto surge de la aplicación clínica de técnicas basadas en prácticas de origen budista y psicología oriental, de las cuales se toma la idea de que la mente puede observarse a sí misma y entender su propia naturaleza (metacognición), dirigiendo la atención hacia la relación de

interdependencia e influencia mutua que existe entre la mente y el cuerpo (Didonna, et al, 2011; Goleman, 1991).

Al mismo tiempo que “Mindfulness” es un concepto, también es un proceso psicológico, que implica el desarrollo de la habilidad de prestar atención a la experiencia presente descrita como lo que hacemos, pensamos y sentimos, momento a momento; por lo tanto, está sujeto al mecanismo regulatorio denominado ley del ejercicio, y su técnica de entrenamiento es la meditación Mindfulness, nombre que otorgado a la meditación en occidente (Kabat – Zinn 2007).

La meditación Mindfulness funciona permitiendo a la persona darse cuenta de que está inmersa en un flujo ininterrumpido de pensamientos independientes de la voluntad de tenerlos o no. El objetivo de la meditación es modificar la identificación del sujeto con esta serie de pensamientos involuntarios a través de una toma de perspectiva, que le permita aceptarlos sin manifestar ninguna reacción física, cognitiva o afectiva; con la práctica, los pensamientos involuntarios tienden a desaparecer permitiendo desarrollar una mayor habilidad para concentrarse en lo que se desea (Didonna, et al, 2011).

El Entrenamiento en Mindfulness es un componente esencial de varios modelos de terapia estandarizados, como el “Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness” (MBSR) diseñado por Kabat-Zinn (1982) o la “Terapia Cognitiva basada en Mindfulness” (MBCT) desarrollada por Segal, Williams y Teasdale (2006).

Tanto para los adultos mayores como para sus cuidadores, la práctica del Mindfulness ofrece alivio para las múltiples pérdidas que se dan durante el envejecimiento. Esta práctica aporta un modelo de inclusión y desarrollo de habilidades específicas que promueven mayor bienestar centrándose en los recursos internos que aún se conservan. Además, ha mostrado una amplia aceptabilidad por parte de los adultos mayores y sus cuidadores (McBee, 2008, 2003; McBee, Westreich & Likourezos, 2004; Smith, 2004, 2006).

Actualmente existe un amplio repertorio de investigación sobre la práctica del Mindfulness en distintas poblaciones y para diferentes situaciones de vida relacionadas o no con la enfermedad física o mental. Esta investigación ha mostrado que existe un cambio significativo a nivel cerebral posterior a la práctica de Mindfulness, llegando a ser visible incluso con equipos como la resonancia magnética funcional (RMF) o en la actividad del cerebro medida a través del electroencefalograma

(EEG) (Pagnoni & Cekic, 2007; Aftanas & Golochikine, 2005; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004; Davidson, Kabat – Zinn, Schumacher, Eosenkranz, Muller & Santorelli, 2003; Baeresten, 2001).

A raíz de los descubrimientos sobre el impacto de la práctica de la meditación sobre el funcionamiento y estructura del cerebro, se comenzó a investigar sobre los efectos cognitivos y conductuales del Mindfulness obteniendo que los niveles elevados de práctica van acompañados de un mayor nivel de conciencia y de una mejor capacidad para concentrarse profundamente tanto durante los estados de meditación como a lo largo del día; es decir, que mejora la atención durante las tareas cotidianas. Así es que, se espera que las personas que practican la meditación muestren un mejor rendimiento en tareas de gran demanda cognitiva (Lazar, Kerr, Wasserman, Gray, Greve, Treadway,... & Fischl, 2005; Heeren, A., Van Broeck, N. & Philippot, 2009; Newberg, et al, 2010; Hölzel, Carmody, Vangel, Congleton, Yerramsetti, Gard & Lazar, 2011; Malinowski, 2013;).

La meditación practicada en forma regular protege contra el adelgazamiento de la corteza cerebral que ocurre al llegar a la vejez. Se han registrado hallazgos a este respecto como el de Pagnoni (2007) en el cual se compara el grosor de la corteza cerebral de un grupo de practicantes de meditación contra un grupo de no meditadores mostrándose la correlación esperada entre la edad y la disminución del grosor de la corteza en el grupo control, pero no en el grupo de meditadores.

En investigaciones más recientes se ha evaluado el efecto de la práctica de Mindfulness en variables cognitivas como la memoria o las funciones ejecutivas. Los resultados muestran cambios alentadores como por ejemplo un recorrido menor en las pruebas ejecutivas y un rendimiento mayor en las evaluaciones de memoria, especialmente el incremento de la especificidad de la memoria autobiográfica, una mejora en la capacidad para inhibir respuestas cognitivas impulsivas y mayor flexibilidad cognitiva (Moynihana, Chapmana, Klormanb, Krasnerc, Dubersteina, Brownd & Talbota, 2013; Heeren, Van Broeck & Philippot, 2009). También se observó mayor claridad en el recuerdo de las actividades que ha realizado durante el día y mayor control sobre sus propias conductas.

Estimulación Cognitiva y Mindfulness para el Tratamiento de la Demencia

Las enfermedades neurodegenerativas se han convertido en un problema de salud pública muy importante en el mundo; se ha comprobado la eficacia de las técnicas de meditación para aumentar

la actividad y riego sanguíneo del cerebro, para mejorar la cognición y el estado de ánimo en adultos mayores con y sin demencia.

Así, la meditación presenta un interesante potencial como complemento de las intervenciones que hasta el momento se ha comprobado que son efectivas como la estimulación cognitiva (Newberg, et al, 2014). Con estos antecedentes, partiendo de la definición de estimulación cognitiva establecida por Clare & Woods (2004), podemos utilizar la meditación Mindfulness como una actividad más dentro del diseño de un programa de estimulación cognitiva.

Método

Planteamiento del problema

La necesidad de un tratamiento integral, efectivo e incluyente para el tratamiento de la demencia es una prioridad en el mundo. En México existen pocos servicios especializados en la atención de este tipo de pacientes, la mayoría de los que existen centran su atención en la detección, diagnóstico y seguimiento médico del paciente; generando un vacío en cuanto a las intervenciones psicosociales que pueden mitigar los efectos causados por el daño neurológico a nivel cognoscitivo, afectivo y social.

Aunado a esto, es importante mencionar que las instituciones de asistencia privada que existen se encuentran saturadas y la mayoría de los centros de día que aceptan personas con demencia son de carácter privado con altos costos para familiares y cuidadores.

A su vez, se presenta otra problemática en los centros de día y albergues (asilos) para adultos mayores ya que, en la mayoría de ellos, conviven personas con demencia e individuos sin trastornos neurodegenerativos, modificando las exigencias en cuanto a la atención y servicio de estos lugares, creando una necesidad cada vez mayor de personal altamente capacitado y competente para el cuidado de las personas que acuden a estos centros, capaz de impartir y desarrollar intervenciones psicosociales efectivas para el manejo de personas sin demencia y en los distintos estadios de la enfermedad.

Preguntas de investigación

El programa de estimulación cognitiva complementado con la práctica de la Meditación Mindfulness:

1. ¿Modificará el desempeño cognitivo, determinado por el puntaje de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español Neuropsi después de la intervención?
2. ¿Modificará el resultado de las evaluaciones de autorreporte sobre depresión y calidad de vida después de la intervención?

Objetivo General

Analizar los efectos de un programa de Estimulación Cognitiva complementado con la práctica de Meditación Mindfulness, en un centro de día para el manejo de adultos mayores con y sin demencia.

Variables

Desempeño cognitivo

“Variedad de procesos cognitivos que facultan al individuo para adquirir, manipular y utilizar la información de su ambiente” (Torres-Knoop, 2013); determinado por el puntaje de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español Neuropsi.

Depresión

“Alteración concreta en el estado de ánimo: tristeza, apatía, soledad, autoconcepto negativo, deseos autopunitivos, cambios vegetativos y cambios en el nivel de actividad “determinado por el inventario de Depresión (Beck, 2009).

Calidad de Vida

“Percepción del individuo respecto a su posición en la vida, dependiente del contexto en el que se desarrolla como persona, de su cultura y sistema de valores, en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” medidos mediante el Inventario de Calidad de Vida y Salud (OMS, 1995; Harper & Power, 1998; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006; Riveros, 2007).

Definición operacional

Desempeño Cognoscitivo: puntaje obtenido de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español Neuropsi.

Depresión: puntaje obtenido del Inventario de Depresión de Beck (BDI) bajo la siguiente escala, cuya norma fue obtenida a través de un estudio realizado en población mexicana, con una confiabilidad según el alfa de Cronbach de 0.87 (Jurado, et al., 1998):

- 0-9 puntos Mínimo.
- 10-16 puntos Leve.
- 17-29 puntos Moderado.
- 30-63 puntos Severo.

Calidad de Vida: puntaje obtenido del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

Diseño

El diseño de la investigación fue pretest-postest, con un grupo cuasiexperimental, con evaluaciones independientes, con una comparación longitudinal para medir los cambios antes y después de la intervención.

La evaluación neuropsicológica breve en español Neuropsi se aplicó a todos los participantes, mientras que las evaluaciones de calidad de vida y sintomatología depresiva solo se aplicaron a los participantes sin demencia por el grado de dificultad que implican.

Escenario

Residencia de Día “Héroes del 47” Instituto para las Personas Adultas Mayores INAPAM, ubicada en la calle Héroes del 47 #79 Col. San Diego Churubusco; en el área de comedor, la cual consta de 3 mesas de madera de 1.5m de longitud, cubiertas por manteles de plástico y 25 sillas tipo Génova negras.

Participantes

Se realizó el estudio con la población de la Residencia de día “Héroes del 47” del Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), la cual, al inicio de la investigación, contaba con 20 adultos mayores, de los cuales el 30% eran hombres (6 participantes) y el 70% mujeres (14 participantes), con una media de edad de 80 años, desviación estándar de 7.23 años y una moda de 83 años.

Este grupo se subdividió en dos subgrupos diferentes, participantes con demencia y participantes sin demencia con base en el diagnóstico establecido por el INAPAM. Los criterios para el desarrollo de la investigación se presentan a continuación:

Tabla 1. Criterios de la Investigación.

Criterios de Inclusión:	Criterios de Exclusión:	Criterios de Eliminación:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Adulto mayor inscrito a la Residencia de Día de Héroes del 47 del INAPAM. ○ Edad ≤ 85 años 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hipoacusia severa. ○ Ser mayor de 85 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manifestar el deseo de abandonar el estudio.

Aunque la intervención se realizó con todos los residentes inscritos que manifestaran el deseo de participar, no todos cubrieron los criterios de inclusión para la investigación, así, el estudio inició con los siguientes participantes:

Tabla 2. Participantes del estudio.

Grupo	Género		Edad		Escolaridad	
	H	M	Media	DS	Media	DS
Adultos mayores con demencia.	2	4	79.66 años	6.80 años	4.1 años	2.85 años
Adultos mayores sin demencia.	2	8	76.8 años	6.28 años	7.9 años	1.72 años

Instrumentos

Los datos para la realización del estudio fueron recolectados a través de las siguientes evaluaciones psicológicas.

Batería Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI

Es una evaluación completa, que explora nueve áreas: Orientación, Atención/ Concentración, Lenguaje, Memoria, Funciones Ejecutivas, Procesamiento Viso-espacial, Lectura, Escritura y Cálculo; con la capacidad de mostrar datos cuantitativos y cualitativos.

Su calificación es breve y simple, toma entre 10 y 15 minutos. Pueden obtenerse índices de calificación individuales, para las diferentes áreas evaluadas, a la vez que se obtiene una escala que describe la severidad del daño cognoscitivo, que va desde normal hasta trastornos leves, moderados y severos. Está basada en datos normativos a través de los cuales podemos comparar a los sujetos según su edad y nivel educativo (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 1999).

El rango de edades para obtener el perfil de ejecución se maneja por intervalos: 16 a 30, 31 a 55, 56 a 64 y 65 a 85 años. El rango de escolaridad para obtener el perfil de ejecución va desde analfabetas (0 años), 1 a 4, 5 a 9, 10 hasta 24 años de estudio. La duración de la evaluación oscila entre 20 y 35 minutos en poblaciones sin patología (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 1999).

Las normas del NEUROPSI están basadas en una muestra de 883 sujetos de habla hispana, con un rango de edad de 16 a 85 años. Esta muestra se dividió en cuatro grupos de edad: 16-30, 31-50, 51-65, y 66-85, dentro de los cuales los sujetos fueron estratificados según su nivel educativo en las siguientes categorías: sin educación, educación primaria, educación secundaria, educación superior. Entre los 883 participantes se incluyeron personas con demencia (leve y moderada), depresión, lupus, esquizofrenia, alcoholismo, daño cerebral (derecho e izquierdo), e hipertensión arterial (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 1999). Los datos psicométricos de este instrumento son los siguientes: N= 883 participantes con edades de 16 a 85 años. Análisis factorial con rotación Varimax que mostró 7 factores diferentes, con valor propio mayor a 1; representando el 61.8% del total de la varianza. Muestra un coeficiente de confiabilidad test – retest = .89.

Inventario de Depresión de Beck

Versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana, que permite evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en muestras clínicas y no clínicas (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). Instrumento autoaplicable, de 21 reactivos cada uno con cuatro opciones de respuesta, con un puntaje de 0 a 3 puntos, que detallan la severidad de la sintomatología depresiva y sus manifestaciones conductuales (**ANEXO**). La escala de calificación según la norma mexicana es la siguiente:

- 0-9 puntos Mínimo.
- 10-16 puntos Leve.
- 17-29 puntos Moderado.
- 30-63 puntos Severo.

Según las propiedades psicométricas, para población mexicana, esta evaluación presenta validez de constructo y discriminante, así como una consistencia interna de 0. 87 (Alfa de Cronbach) (Jurado, et. al., 1998).

Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa

Instrumento que evalúa la percepción del sujeto respecto a su calidad de vida cuando padece una enfermedad crónica. Contiene un total de 53 ítems, divididos en 12 áreas, que cubren diferentes aspectos de la vida del participante (Riveros, Groves & Sánchez-Sosa, 2004). Cada área reporta niveles adecuados de confiabilidad (consistencia interna) como se muestra a continuación:

Tabla 3. Niveles de consistencia interna InCaViSa.

ÁREA	DEFINICIÓN	CONSIST INTERNA
Preocupaciones:	Cambios en la percepción de interacción con los demás, derivados del proceso de enfermedad.	.8392
Desempeño físico:	Capacidad, percibida por el sujeto, para la ejecución de las actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.	.8238
Aislamiento/ Desolación:	Sentimientos de soledad o aislamiento de su grupo social habitual.	.7985
Percepción corporal:	Grado de satisfacción o insatisfacción que el sujeto experimenta respecto a su propio cuerpo, en relación a su aspecto o atractivo físico.	.8474
Funciones Cognitivas:	Desempeño de funciones cognoscitivas como memoria, atención y concentración.	.8779
Actitud ante el tratamiento:	Percepción del sujeto (rechazo o no) respecto a la necesidad de adhesión al tratamiento médico.	.6831
Tiempo libre:	Percepción del paciente sobre la enfermedad que padece, en relación al desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.	.8743
Vida cotidiana:	Grado de satisfacción o insatisfacción, percibido por el individuo, producto de los cambios en las actividades diarias a raíz de la enfermedad.	.9337
Familia:	Apoyo emocional percibido por el individuo de parte de sus familiares.	.8995
Redes sociales:	Apoyo social percibido por parte del sujeto para la resolución de problemas cotidianos.	.8174

Dependencia médica.	Grado en que el individuo, deposita en su médico, la responsabilidad del cuidado de su salud, la mejoría de esta misma y su bienestar en general.	.8101
Relación con el médico:	Confort o discomfort, por parte del paciente, en relación a la atención recibida de su médico.	.7586

Incluye 15 reactivos más a través de los cuales se evalúan situaciones transitorias que pudieran afectar los resultados de la escala, así como una sección de comentarios generales y otra de datos sociodemográficos. La calificación de la escala va de 0 a 5 puntos, los reactivos se responden a través de tres componentes: a) porcentual (0% a 100%), b) intervalos (nunca a siempre) y c) visual (recta continua para visualizar los extremos desde el 0% o nunca hasta el 100% o siempre). Tiene una estructura factorial con rotación varimax que explica el 68% de la varianza, con una confiabilidad test-retest (n=50) de .381 a .836 en pacientes con enfermedad crónica (Spearman, Rho), mostrando resultados significativos en todas las áreas (Riveros, Groves & Sánchez-Sosa, 2004).

Materiales:

Material didáctico: rompecabezas, cubos, bloques, pinzas, tarjetas con imágenes, letras o números, fichas de colores, juegos de mesa como dominó, scrabble, memoramas, tangram, figuras de objetos cotidianos como frutas, animales, utensilios domésticos, cordones, bolsas de plástico, etc.

Lápices, colores, borradores y sacapuntas.

Hojas de papel en blanco e impresiones con ejercicios.

Flauta dulce, esquemas de notas para flauta y partituras.

Textos varios para lectura en voz alta y de comprensión.

Mesa y sillas.

Procedimiento

El procedimiento se estableció en etapas, en la primera se realizó la Evaluación neuropsicológica Breve en español Neuropsi a aquellos residentes que cumplían con el criterio de edad igual o menor a 85 años, como parte de las evaluaciones que se integran al expediente personal de cada residente;

posteriormente se les invitó a participar en el estudio, se explicaron los objetivos de la investigación y de la intervención; se realizó la lectura del “consentimiento informado” y la explicación del mismo, éste fue entregado a los residentes para ser llevado a su domicilio y consultado con sus familiares y/o cuidadores, solicitándose su entrega firmado por el participante y/o por su familiar cuidador.

Ulteriormente se aplicaron las evaluaciones de calidad de vida y sintomatología depresiva a los residentes que aceptaron participar y que comprendían las afirmaciones de los test. La aplicación de estas evaluaciones se realizó de manera grupal con los participantes sin demencia. A cada participante se le entregó un cuadernillo de preguntas y una hoja de respuesta, se les instruyó en la forma de utilizar el material y se les acompañó durante todo el instrumento de manera verbal, ya que el terapeuta leía en voz alta las afirmaciones y daba un tiempo para que los sujetos respondieran antes de seguir con la siguiente pregunta. En cuanto a los participantes con demencia, se realizó la aplicación de las evaluaciones de forma individual encontrando que, por el nivel de evolución de la enfermedad, los participantes no comprendieron las preguntas de los cuestionarios.

En la segunda etapa de la investigación se comenzó con la intervención estructurada a manera de “taller educativo”, la cual constó de 3 sesiones semanales con una duración de 90 minutos cada una; las sesiones se realizaron los días lunes, miércoles y viernes, hasta alcanzar un total de 35 sesiones (aproximadamente 4 meses, por los días festivos).

El diseño de la intervención se basó en la definición de Estimulación Cognitiva de Clare & Woods (2004), quienes la especifican como la participación activa del sujeto en un amplio rango de actividades y discusiones que usualmente se llevan a cabo en grupo, con el objetivo particular de mejorar el desempeño cognoscitivo general o de alguno de sus componentes o procesos como atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc., así como la función social; ya sea en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión del sistema nervioso central; complementada con la práctica de ejercicios de meditación Mindfulness de dos tipos: Respiración atenta y Escaneo corporal.

Por las características del grupo, éste, se dividió en dos partes: participantes con demencia y participantes sin demencia. Las actividades realizadas durante las sesiones de estimulación cognitiva fueron adaptadas al nivel de deterioro cognitivo y a los deseos del participante.

Así, las actividades fueron divididas en cuatro grandes rubros: a) Ejercicios de estimulación de diferentes dominios cognitivos (atención, memoria, cálculo, lenguaje, habilidades viso-espaciales, motricidad fina y funciones ejecutivas) a través de material didáctico, juegos de mesa adaptados, ejercicios de lápiz y papel, etc., b) Entrenamiento musical (Lappe, et al., 2008) durante el cual los sujetos aprendieron a tocar una pieza musical sencilla con Flauta dulce, c) Lectura en voz alta y de comprensión y d) Meditación Mindfulness: Respiración atenta y Escaneo corporal.

Las actividades se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 4. Distribución de actividades de la Intervención.

Participantes sin demencia		
Lunes	Miércoles	Viernes
<p>I. Ejercicios de estimulación cognitiva de distintos dominios: atención, memoria, cálculo, lenguaje, habilidades visoespaciales, motricidad fina y funciones ejecutivas.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: Respiración atenta.</p>	<p>I. Entrenamiento musical multimodal: Flauta dulce o Ejercicios de estimulación cognitiva de distintos dominios: atención, memoria, cálculo, lenguaje, habilidades visoespaciales, motricidad fina y funciones ejecutivas.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: Respiración atenta.</p>	<p>I. Lectura en voz alta y de comprensión.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: y Respiración atenta y Escaneo corporal.</p>
Participantes con demencia:		

Lunes	Miércoles	Viernes
<p>I. Ejercicios de estimulación cognitiva de distintos dominios: atención, memoria, cálculo, lenguaje, habilidades visoespaciales, motricidad fina y funciones ejecutivas.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: Respiración atenta.</p>	<p>I. Entrenamiento musical multimodal: Flauta dulce o Ejercicios de estimulación cognitiva de distintos dominios: atención, memoria, cálculo, lenguaje, habilidades visoespaciales, motricidad fina y funciones ejecutivas.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: Respiración atenta.</p>	<p>I. Lectura en voz alta y de comprensión.</p> <p>II. Meditación Mindfulness: Respiración atenta y Escaneo corporal.</p>

Las actividades realizadas fueron elegidas y diseñadas para adaptarse al nivel de comprensión y ejecución de cada participante; procurando que todos los participantes desarrollaran la misma actividad en cada sesión. En cuanto a la a de actividad de entrenamiento musical, se planeó llevar a cabo tareas distintas por el grado de complejidad del entrenamiento en sí mismo, así que la propuesta original de la intervención fue que mientras el grupo de participantes sin demencia recibía entrenamiento musical, el grupo de sujetos con demencia realizaría ejercicios de estimulación cognitiva como actividades de reconocimiento y categorización de objetos y conceptos, rompecabezas, etc.

Con base en el modelo de cuidado centrado en la persona (Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004) cuyo objetivo se centra en apreciar al paciente como un ente individual, independiente de su enfermedad o las habilidades perdidas, tomando en cuenta las cualidades, capacidades, intereses, preferencias y necesidades únicas de cada persona; se tomó la decisión de permitir al adulto mayor, con o sin demencia, decidir sobre su participación en las actividades de grupo. Así que es importante destacar que dos participantes con demencia, quienes mostraron gran

interés en el aprendizaje de la flauta dulce participaron durante una y dos sesiones en el entrenamiento musical, después de lo cual, por cuenta propia, decidieron reintegrarse a las actividades tradicionales de estimulación cognitiva realizadas con su grupo. Mientras que 4 participantes del grupo de adultos mayores sin demencia, decidieron abandonar el entrenamiento musical dos sesiones antes de concluirlo, debido al grado de dificultad de la tarea, decidiendo integrarse al grupo de participantes con demencia para llevar a cabo actividades de estimulación cognitiva.

Las tareas llevadas a cabo a lo largo de cada sesión se distribuyeron de la siguiente manera:

- I. Distribución del material para la sesión: lápices, colores, ejercicios en papel, tarjetas con dibujos, objetos para categorización, etc.
- II. Explicación de la actividad de la sesión para ambos grupos.
- III. Manejo particular del grupo de participantes con demencia para disipar dudas.
- IV. Supervisión de las actividades con ambos grupos.
- V. Justificación de la actividad realizada: especificación y descripción de los dominios cognitivos estimulados a través de la tarea.
- VI. Ejercicio de meditación Mindfulness.
- VII. Cierre e instrucciones para la siguiente sesión.

Cada sesión fue registrada en una bitácora en la cual se describía la actividad realizada y la respuesta de los participantes ante las diferentes actividades. Para finalizar la intervención, al completar las 35 sesiones, los participantes que cubrieron el 30% de asistencia recibieron un diploma durante una celebración llevada a cabo en la residencia de día.

La tercer y última etapa de la investigación consistió en la aplicación de los instrumentos de evaluación por segunda vez.

Resultados

Debido a que los integrantes de los grupos no asistieron a todas las sesiones, y para evaluar la contribución de este factor, se evaluaron las posibles diferencias en relación a la asistencia de los participantes al taller de estimulación cognitiva para ambos grupos.

En el grupo de adultos mayores con demencia la media fue 27 sesiones con una desviación estándar de 5 sesiones; mientras que en el grupo de adultos mayores sin demencia la media disminuyó a 21 sesiones con una desviación estándar de 7 sesiones.

Esta diferencia de medias no es estadísticamente significativa, de acuerdo a la prueba estadística U de Mann Whitney, utilizada según nivel de medición de la variable y las características de la población ($Z = -1.5185$, $p = 0.12852$; $U = 15.5$, U valor crítico $p \leq 0.05 = 11$).

Con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención en las variables Desempeño Cognitivo, Depresión y Calidad de Vida, se realizó una comparación de los puntajes de las evaluaciones pre y post tratamiento; tomando en cuenta el nivel de medición de las variables y las características de la distribución de los datos, se tomó la decisión de aplicar la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras apareadas. A continuación, se muestran los resultados.

Tabla 5. Efecto de la Intervención en la variable Desempeño Cognitivo.

ESCALAS		Pre-Post (todo el grupo) (N=16)	Pre-Post (participantes con demencia) n = 6	Pre-Post (participantes sin demencia) n = 10
Desempeño Cognitivo	Z	<u>-2.1201*</u>	-2.2014	-.8664
p≤0.05	Sig.	<u>.034*</u>	0	.3843

*Resultados significativos $p \leq 0.05$.

La prueba de rangos de Wilcoxon indica que los puntajes del postest fueron significativamente mayores que los puntajes del pretest, cuando analizamos los datos todo el grupo y de forma independiente al grupo de participantes con demencia.

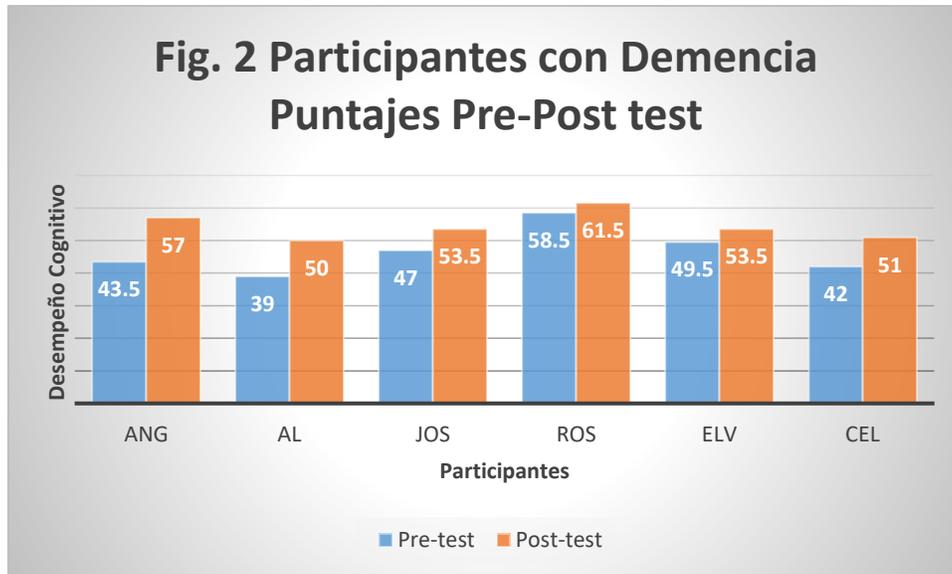


Figura 2: Diferencias de los puntajes entre las evaluaciones pre y post intervención para la variable Desempeño cognitivo en el grupo de participantes con demencia. En la ordenada se representan los puntajes de la evaluación neuropsicológica y en la abscisa la clave del participante. Se observa el incremento en la puntuación post intervención en todos los participantes con demencia.

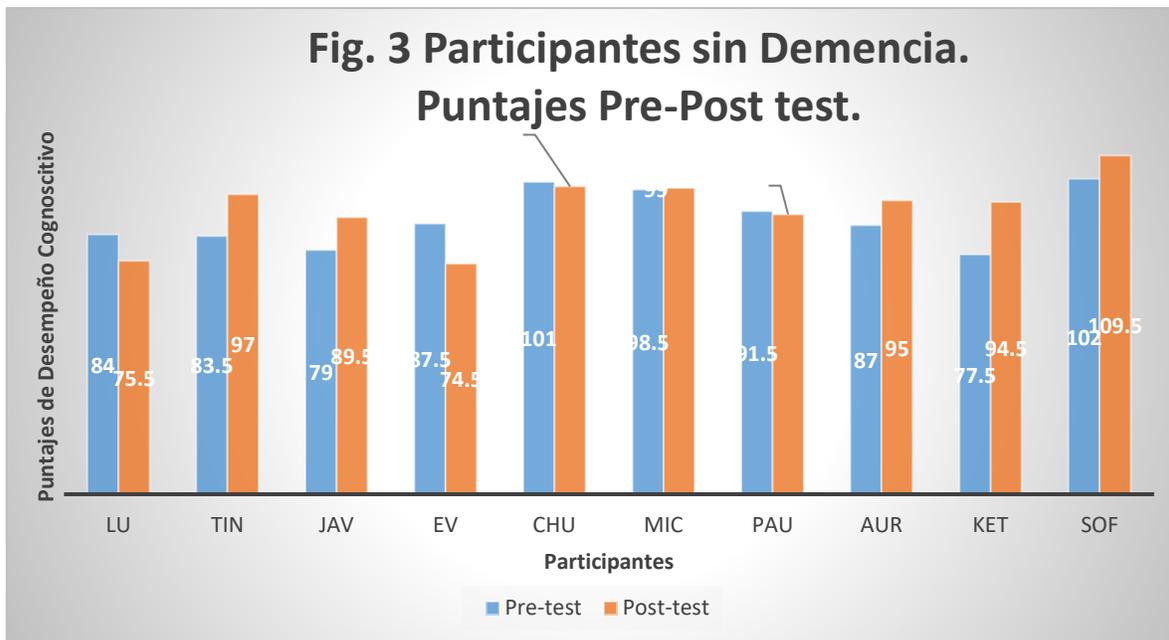


Figura 3: Se presentan las diferencias de los puntajes entre las evaluaciones pre y post intervención para la variable Desempeño cognoscitivo en el grupo de participantes sin demencia. Se observa un

aumento en el puntaje post-test en 6 participantes, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Como se describió en el método, debido a la dificultad que implicaba para los participantes con demencia la comprensión de los reactivos de las evaluaciones de depresión y calidad de vida, dichas evaluaciones solo se realizaron con los participantes sin demencia. A continuación, se describen los resultados.

Tabla 6. Efecto de la intervención en Depresión.

ESCALAS		Pre-Post Participantes sin demencia n = 10
Depresión	Z	-0.9174
$p \leq 0.05$		
	Sig.	0.3578

No existen resultados significativos $p \leq 0.05$.

Según la Prueba de rangos de Wilcoxon, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable de Depresión en el grupo de adultos mayores sin demencia.

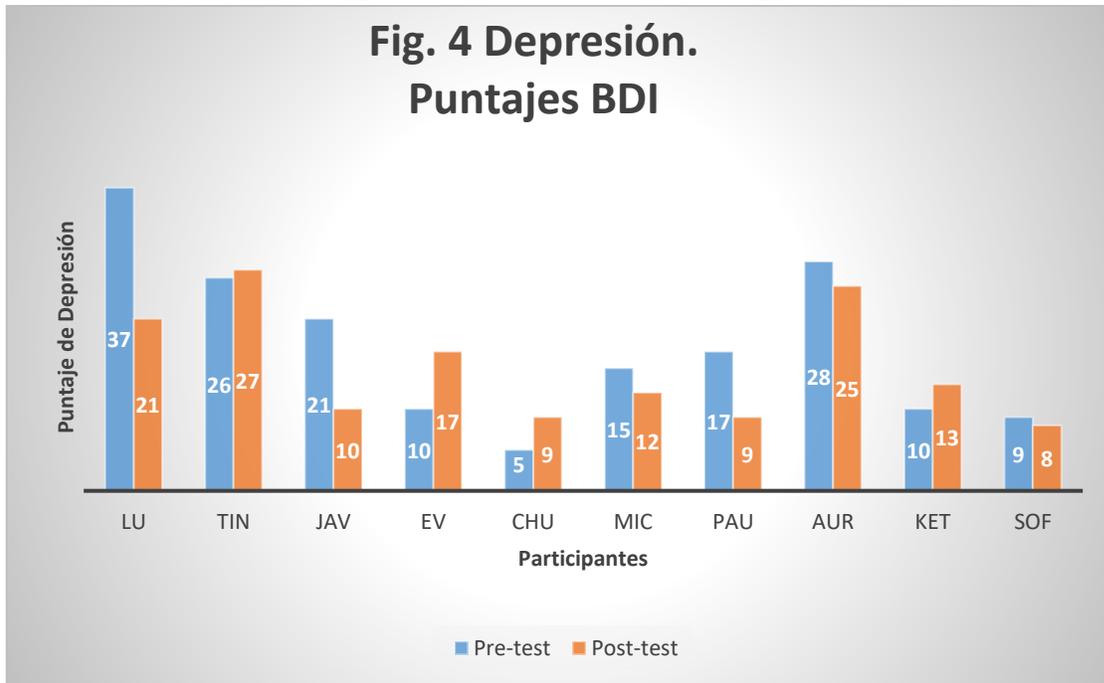


Figura 4: Se presentan las diferencias de los puntajes entre las evaluaciones pre y post intervención para la variable Depresión en el grupo de participantes sin demencia. En la ordenada se representan los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI), mientras que en la abscisa aparece la clave del participante. Se observa la disminución del puntaje en 6 participantes, y aumento en cuatro participantes, aunque estadísticamente no se encontró ninguna diferencia significativa

Según la Prueba de rangos de Wilcoxon, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable de Calidad de Vida en ninguna de sus subescalas, en el grupo de adultos mayores sin demencia.

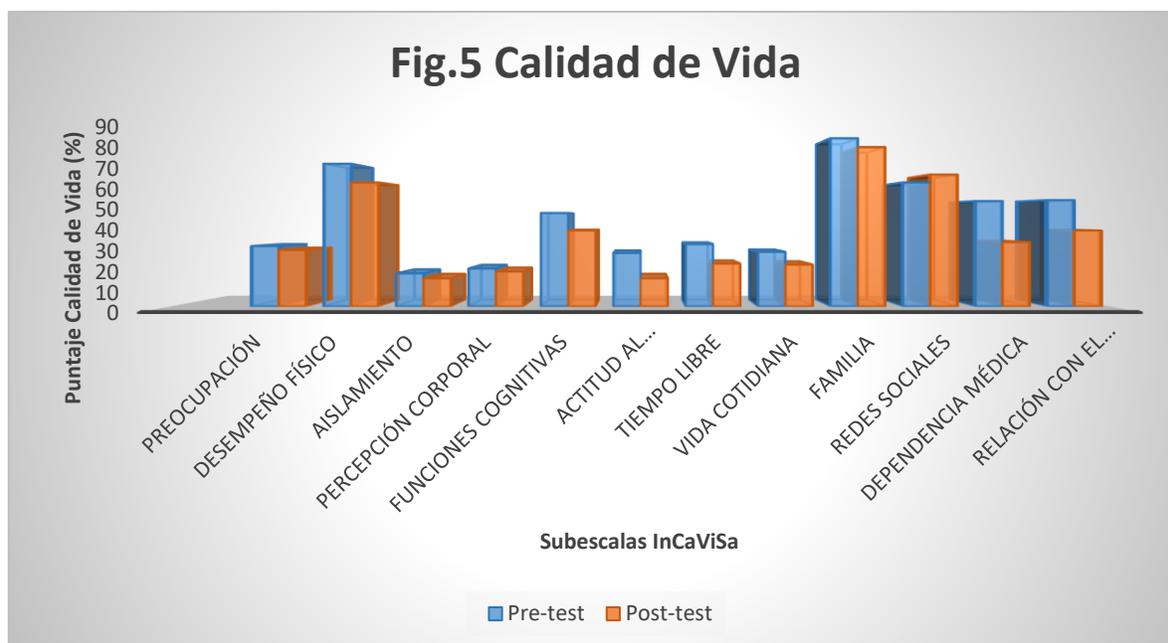
Tabla 7. Efecto de la intervención en Calidad de Vida.

ESCALAS		Pre-Post Participantes sin demencia n = 10
----------------	--	-------------------------------------------------------------------------------

Preocupación	Z	-0.4901
	p≤0.05	Sig.
Desempeño físico	Z	-1.1847
	p≤0.05	Sig.
Aislamiento	Z	-0.4226
	p≤0.05	Sig.
Percepción corporal	Z	-0.1048
	p≤0.05	Sig.
Funciones cognitivas	Z	-1.6586
	p≤0.05	Sig.
Actitud ante el tratamiento	Z	-2.0226
	p≤0.05	Sig.
Tiempo libre	Z	-1.5403
	p≤0.05	Sig.
Vida Cotidiana	Z	-1.6903
	p≤0.05	Sig.
Familia	Z	-0.2535
	p≤0.05	Sig.
Redes sociales	Z	-0.5606
	p≤0.05	Sig.
Dependencia médica	Z	-1.6903

$p \leq 0.05$	Sig.	0
Relación con el médico	Z	-1.8204
$p \leq 0.05$	Sig.	0

No existen resultados significativos $p \leq 0.05$.



No existen resultados significativos $p \leq 0.05$.

Figura 5: Se presentan las diferencias de los puntajes entre las evaluaciones pre y post intervención para la variable Calidad de vida en el grupo de participantes sin demencia. En la ordenada se representan los puntajes de las subescalas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) como porcentajes acumulados de frecuencias, mientras que en la abscisa aparece el nombre de cada subescala. Aunque se observa un cambio hacia la mejoría en 9 de las 12 subescalas del inventario, este no es estadísticamente significativo. Las tres subescalas en las cuales se aprecia una pequeña disminución del nivel de calidad de vida son: Desempeño físico, Familia y Relación con el médico, aunque este cambio, tampoco es estadísticamente significativo.

Con la finalidad de analizar la significancia clínica de la intervención, se realizó el análisis del cambio clínico objetivo con la fórmula de porcentaje de cambio objetivo (PCO) (Cardiel, 1994). En la

siguiente tabla se describen los resultados del porcentaje de cambio clínico objetivo, de los participantes con demencia, en la variable Desempeño Cognoscitivo.

Tabla 8. Porcentaje de frecuencia acumulada de cambio clínico objetivo (Cardiel) en participantes con demencia.

Pre-Post con Demencia n=6			
VARIABLE	Mejóro > 20%	Permaneció igual < 20%	Se deterioró > 20%
Desempeño Cognoscitivo	3	3	0
%Porcentaje	50%	50%	0

El 50% de los participantes con demencia presentó un cambio clínico objetivo orientado hacia la mejoría, mientras que el 50 % de estos participantes mantuvo su función cognitiva, según la evaluación posterior a la intervención; ningún participante se deterioró.

Tabla 9. Porcentaje de frecuencia acumulada del cambio clínico objetivo (Cardiel) en Desempeño Cognoscitivo, participantes sin demencia.

Pre-Post sin Demencia n=10			
VARIABLE	Mejóro > 20%	Permaneció igual < 20%	Se deterioró > 20%
Desempeño Cognoscitivo	1	9	0
%Porcentaje	10%	90%	0

En el grupo de participantes sin demencia, en relación al desempeño cognoscitivo, solo se apreció cambio clínico objetivo orientado hacia la mejoría en un solo caso; mientras que el resto de los participantes mantuvieron su rendimiento en esta evaluación, ningún participante se deterioró.

Tabla 10. Porcentaje de frecuencia acumulada del cambio clínico objetivo (Cardiel) en Depresión, participantes sin demencia.

ESCALAS	Mejóro > 20%	Permaneci6 igual < 20%	Empeor6 > 20%
	Pre-Post (Sin demencia) n=10	Pre-Post (Sin demencia) n=10	Pre-Post (Sin demencia) n=10
Depresi6n	4	3	3
% porcentaje	40%	30%	30%

En este mismo grupo, se observa una mejoría en cuanto el estado de ánimo depresivo en el 40% de los participantes, mientras que el 30% permaneci6 igual. Solamente el 30% sufri6 deterioro.

Tabla 11. Porcentaje de frecuencia acumulada del cambio cl6nico objetivo (Cardiel) Calidad de Vida, participantes sin demencia.

ESCALAS	Mejóro > 20%	Permaneci6 igual < 20%	Empeor6 > 20%
---------	-----------------	------------------------------	------------------

	Pre-Post (Sin demencia) n=10	Pre-Post (Sin demencia) n=10	Pre-Post (Sin demencia) n=10
Preocupación	4	5	1
Desempeño físico	1	8	1
Aislamiento	4	4	2
Percepción corporal	3	4	3
Funciones cognitivas	5	3	2
Actitud al tratamiento	4	6	0
Tiempo libre	5	4	1
Vida cotidiana	5	4	1
Familia	1	7	2
Redes sociales	4	3	3
Dependencia médica	5	4	1
Relación con el médico	1	4	5
Total=	42	56	22
% porcentaje	35%	47%	18%

En este análisis se refleja el impacto de la intervención sobre la calidad de vida en sus 12 subescalas. Los resultados reportados de manera global, por medio del porcentaje acumulado de frecuencias, del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) muestran que 35 % de los participantes mejoró su calidad de vida y 47% logró mantenerla. Solamente 18% mostró deterioro en las diferentes escalas evaluadas.

Discusión y Conclusiones

Actualmente vivimos un momento coyuntural en relación al fenómeno del envejecimiento; gracias al desarrollo socioeconómico la expectativa de vida ha aumentado considerablemente incrementando la longevidad de la población, acarreando así, una importante cantidad de factores como las enfermedades crónicas, problemas para realizar actividades de la vida diaria instrumentales y/o básicas y pobre o nulo apoyo social afectando notablemente la calidad de vida de los adultos mayores; motivo por el cual es crucial el desarrollo de intervenciones psicológicas que mejoren la calidad de vida en la vejez (OMS, 2012).

El propósito de la investigación fue analizar los efectos del programa de estimulación cognitiva complementado con la práctica de Meditación Mindfulness en el desempeño cognoscitivo, depresión y calidad de vida de adultos mayores con y sin demencia en un centro de día.

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que la intervención tiene un efecto benéfico en el desempeño cognoscitivo de los participantes de manera general y en particular en aquellos que presentan un cuadro demencial, concordando con los resultados obtenidos en distintas investigaciones (Clare & Woods, 2004; Martin, Clare, Altgassen, Cameron, Zehnder, 2011; Aguirre, et al., 2013).

Debido a la ausencia de un tratamiento médico curativo para la demencia, la investigación en este campo se ha centrado en el desarrollo de intervenciones psicológicas y sociales que permitan disminuir la progresión y el deterioro provocado por la enfermedad, reduciendo el alto costo económico y la carga generada tanto a los sistemas de salud gubernamentales como a las familias y cuidadores de los enfermos; por lo que es de suma importancia generar tratamientos de bajo costo y al alcance de la mayoría de los pacientes (Milders, Lorimer, MacEwan, & McBain, 2013). La estimulación cognitiva y la meditación comparten estas características.

Los resultados obtenidos en el estudio son alentadores para el uso combinado de estos tratamientos en el manejo de adultos mayores, particularmente con demencia; coincidiendo con las conclusiones descritas en el estudio de Aguirre, et al. (2013); en cuya revisión sistemática de la literatura se advierte un beneficio consistentemente significativo en las funciones cognoscitivas de los participantes después de la intervención por encima de los efectos de los medicamentos

prescritos para la enfermedad (inhibidores de la acetilcolinesterasa), manteniendo este beneficio en el seguimiento a tres meses después de terminada la intervención basada en distintos programas de **estimulación cognitiva**, descrita como la participación activa en un amplio rango de actividades y discusiones, que usualmente se llevan a cabo en grupo, con el objetivo particular de mejorar el desempeño cognoscitivo general o de alguno de sus componentes o procesos como atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc., así como la función social; ya sea en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión del sistema nervioso central (Clare & Woods, 2004; Martin, Clare, Altgassen, Cameron, Zehnder, 2011).

Debido a las características de la población con la cual se efectuó la intervención, se desarrolló un programa de estimulación cognitiva por medio del cual fuera posible adaptar las actividades para la atención tanto de adultos mayores con demencia como de adultos mayores sin compromiso cognoscitivo. Una de las características especiales del programa de estimulación cognitiva creado para esta investigación, fue la inclusión de la práctica de la meditación como una actividad más, llevándose a cabo en todas y cada una de las sesiones de la intervención, con una duración inicial de 5 minutos la cual fue aumentando progresivamente hasta alcanzar los 10 minutos.

Como se comentó en los antecedentes, se llevaron a cabo dos tipos de meditación: a) Respiración atenta y escaneo corporal, las cuales se ejecutaron con todos los participantes, sin importar si presentaban un cuadro demencial o no; todos siguieron las mismas instrucciones para el desarrollo de esta actividad. Los ejercicios de estimulación cognitiva realizados fueron adaptados al nivel de comprensión y ejecución de cada participante, así como a sus intereses personales.

Los resultados del estudio muestran efectos clínicos significativos orientados a la mejoría en la mitad de los participantes con demencia y el sostenimiento de las funciones cognitivas en el 50% restante, en contra del pronóstico de la enfermedad caracterizado por el deterioro en múltiples dominios como memoria, lenguaje, solución de problemas, capacidad de realizar juicios, pensamiento abstracto, habilidades visoespaciales y habilidades motoras (Kasl-Godley & Gatz, 2000). En cuanto al grupo de adultos mayores sin demencia los resultados mostraron mejoría en el 10% de los participantes y el sostenimiento en las funciones cognitivas en el 90% restante, al contrario de lo esperado como resultado del proceso de envejecimiento (Morrison & Baxter, 2012). Cabe destacar que los cuatro participantes que solicitaron abandonar el entrenamiento musical, en las dos últimas sesiones de este mismo, se encuentran en el 90% de los participantes que sostuvieron las funciones cognitivas.

Las intervenciones con un enfoque cognoscitivo, han sido investigadas desde hace mucho tiempo en adultos mayores con demencia (Woods & Britton, 1997; Aguirre, et al., 2013); pero, la investigación sobre los efectos de la meditación sobre este tipo de pacientes apenas ha comenzado (Newberg, Wintering, Khalsa, Roggenkamp & Waldman, 2010; Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Azulay, Smart, Mott & Cicerone, 2013; Serruya, Wintering, Moss, Reibel & Monti, 2014; Marciniak, Sheardova, Čermáková, Hudeček, Šumec, & Hort, 2014; Quintana, Miró, Ibañez, Santana, García & Rojas, 2014; García & Montesdeoca, 2015; Hort, 2015; Chan, 2015; Innes, Selfe, Khalsa & Kandati, 2016; Smart, Segalowitz, Mulligan, Koudys & Gawryluk, 2016).

Los resultados son estimulantes, en la mayoría de los estudios se han obtenido efectos benéficos para los participantes; por ejemplo, en el estudio de Newberg, et al., (2010) en el cual se evaluaron sujetos con problemas de memoria en general, se observó un aumento en el flujo sanguíneo en el cerebro en regiones específicas como la corteza prefrontal, frontal superior y parietal superior, además de un importante aumento en las puntuaciones de escalas de evaluación neuropsicológicas para fluidez verbal y memoria lógica, después del entrenamiento de 8 semanas.

Contextualizando los resultados obtenidos de la investigación sobre los efectos de la meditación en el envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas, Marciniak, et al., (2014) realiza una revisión sistemática de la literatura cuyos hallazgos muestran efectos positivos de distintas técnicas de meditación, particularmente en los dominios de atención, memoria, fluidez verbal y flexibilidad cognitiva; con evidencias de cambios estructurales medidas por medio de estudios de resonancia magnética funcional.

Quintana, et al., (2014) realizaron un ensayo clínico aleatorizado de dos años de duración a doble ciego, para el cual desarrollaron una intervención neuropsicológica basada en Mindfulness para el tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, a través del cual comprobaron que la intervención había mantenido estable, a lo largo de los dos años, la función cognitiva global, la funcionalidad de los participantes y los trastornos de conducta asociados a la demencia; mientras que los controles mostraron un leve pero significativo deterioro en su desempeño cognoscitivo. Podemos concluir que los efectos de la intervención son similares a los encontrados por estos autores, aunque es necesario tomar en cuenta que el efecto de la intervención, se debe a la combinación de la estimulación cognitiva y la meditación y no únicamente a la meditación Mindfulness.

Algunos de los efectos observados y comentados, de manera general, por el personal de la residencia de día fue la disminución de los síntomas conductuales como apatía y vagabundeo principalmente en algunos participantes con demencia; otro de los efectos producidos por la intervención, comentados por el personal, fue la integración de los participantes con demencia con los adultos mayores sin demencia, ya que a lo largo de las actividades, las cuales se realizaban en el mismo espacio, los participantes sin demencia se mostraron sensibilizados ante el deterioro de sus pares con demencia, mostrando conductas de cuidado, guía y orientación hacia ellos.

Esta intervención modificó la dinámica de la residencia de día en general, ya que fue frecuente observar a trabajadores sociales y personal de cocina e intendencia animando o tratando de colaborar con los adultos mayores con y sin demencia para realizar las actividades propias del programa, tal como reporta McBee (2008) en sus intervenciones.

La mayoría de los estudios existentes en relación a la meditación en esta población particular muestran resultados similares; así es que podemos concluir que esta técnica es una opción que conviene considerar cuidadosamente para el diseño de intervenciones, particularmente para pacientes con demencia. La meditación Mindfulness provee un marco conceptual peculiar que nos permite la integración del “enfermo” a la convivencia del ambiente general de una residencia de día e incluso de una residencia de larga estancia; ayudando a cumplir los objetivos buscados en el modelo de cuidado centrado en la persona, que actualmente es promovido para el desarrollo de intervenciones psicosociales para esta enfermedad (Nolan, et al., 2004).

En nuestro país existen muy pocas investigaciones sobre el efecto de las intervenciones psicosociales en adultos mayores deprimidos; tomando en cuenta la evidencia existente sobre la depresión como factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo, demencia, dependencia funcional y baja calidad de vida en adultos mayores, es relevante evitar la progresión del trastorno en la población (Boyle, Porsteinsson, Cui, King & Lyness, 2010; Lee, Franchetti, Imanbayev, Gallo, Spira & Lee, 2012; Acosta & Flores, 2013; Aracil, Esteso, Girón & López, 2014). Con esta base se tomó la decisión de evaluar el efecto del programa de estimulación cognitiva y Meditación Mindfulness sobre las variables desempeño cognitivo, depresión y la calidad de vida en el grupo de participantes sin demencia.

En la variable Depresión, se observaron beneficios clínicos en aproximadamente la mitad de los participantes; aunque las diferencias en los puntajes entre la primer y segunda evaluación, no fueron

estadísticamente significativas, la mayoría de los adultos mayores sin demencia, preservó o mejoró su estado de ánimo; a pesar de los factores de riesgo presentes en esta etapa de la vida para el desarrollo de esta patología (Boyle, Porsteinsson, Cui, King & Lyness, 2010; Lee, Franchetti, Imanbayev, Gallo, Spira & Lee, 2012; Acosta & Flores, 2013; Aracil, Estes, Girón & López, 2014) y solo el 10% de la población se deterioró.

Para la variable Calidad de Vida, al menos un tercio de los participantes mejoró su calidad de vida después de la intervención; mientras que aproximadamente la mitad de ellos, consiguieron mantener el nivel de calidad de vida inicial; es decir, que únicamente menos de la quinta parte de los participantes disminuyó su calidad de vida durante el tratamiento debido a diferentes causas, la mayoría de ellas relacionadas a su salud física y a sus relaciones sociales.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones pre-post intervención, es importante señalar que existen cambios en los puntajes orientados hacia la mejoría en 9 de las 12 subescalas del Inventario de Calidad de Vida y Salud; mientras que se presenta deterioro en tres subescalas: Desempeño físico, Familia y Relación con el médico.

Retomando la perspectiva planteada por Fernández Ballesteros (1997) sobre la calidad de vida en la vejez, desde una perspectiva multidimensional en dependencia del contexto y de circunstancias particulares del individuo y la definición de envejecimiento de Lehr & Thomae, (2003) como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que conllevan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas, aumentando la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad; el deterioro de la calidad de vida en estas dos subescalas: Desempeño físico y Familia es esperada.

Así, es posible concluir que la intervención desarrollada para la presente investigación, muestra efectos importantes en la variable desempeño cognitivo, tanto en los participantes con demencia como en los participantes sin demencia, en quienes además hubo un leve efecto protector para el desarrollo de depresión y para el deterioro de la calidad de vida en aquellas dimensiones relacionadas con las circunstancias particulares del el individuo, que son susceptibles de ser modificadas, como por ejemplo aislamiento o percepción corporal.

Limitaciones y Sugerencias

Para futuras investigaciones se sugiere ampliar el número de participantes en las diferentes condiciones, es decir, con demencia y sin demencia; es decir controlar y aleatorizar la muestra para que los grupos a comparar sean equivalentes en ésta y otras variables como tipo de demencia y estadio de la enfermedad.

Es importante corroborar los hallazgos de distintos estudios en relación a variables socioafectivas como depresión y ansiedad; así como también en cuanto a la variable calidad de vida de los participantes con demencia, para lo cual se sugiere estratificar la muestra por niveles de gravedad, para tener la posibilidad de aplicar los cuestionarios pertinentes a estas variables a aquellos sujetos con la capacidad intelectual para comprenderlos; así como también sería muy enriquecedor para la investigación, medir el impacto de la intervención sobre los trastornos de conducta de los enfermos y sobre el estado socioafectivo del cuidador.

Por otra parte, en cuanto al diseño de investigación, es recomendable comparar a través de diferentes grupos las intervenciones mencionadas por separado; es decir, medir los efectos de la estimulación cognitiva en un grupo, de la meditación Mindfulness en otro grupo y de la intervención combinada (Estimulación cognitiva más meditación Mindfulness) en otro grupo con la finalidad de comparar los beneficios de cada una de manera individual y si se genera un efecto potencializador de las dos intervenciones al presentarse juntas.

RERERENCIAS

- Acuña Gurrola, M. D. R., & González Celis Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 59-66.
- Aguirre, E., Hoare, Z., Spector, A., Woods, R. T., & Orrell, M. (2014). The effects of a Cognitive Stimulation Therapy [CST] programme for people with dementia on family caregivers' health. *BMC geriatrics*, 14(1), 31.
- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? *International journal of geriatric psychiatry*, 28(3), 284-290.
- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*, 12(1), 253-262.
- Almeida, O. P., Flicker, L., & Rees, M. (2014). Depression, dementia and cognition in older people. *Maturitas*, 79(2), 133-135.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Alzheimer's Association. (2015). Activities at home Planning the day for a person with moderate or severe dementia. SHOP-15-303 770-10-0020.
http://www.alz.org/national/documents/brochure_activities.pdf
- Aracil, D., Estes, M. E., Girón, M., & López, M. (2014). Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 6(1), 47-54.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.
- Azulay, J., Smart, C. M., Mott, T., & Cicerone, K. D. (2013). A pilot study examining the effect of mindfulness-based stress reduction on symptoms of chronic mild traumatic brain injury/postconcussive syndrome. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 28(4), 323-331.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., ... & Unverzagt, F. W. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(18), 2271-2281.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1, 1-34.

------(1993): Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. *European Network on Longitudinal Studies on Individual Development*, 114-131.

Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1988). On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior therapy*, 19(3), 283-300.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.

Baltes, P. B., & Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age. In *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). Springer US.

Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Areán, P. A., Alexopoulos, G. S., & Jeste, D. V. (2003). Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 971-990.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.

Bennett, S., & Thomas, A. J. (2014). Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence?. *Maturitas*, 79(2), 184-190.

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*, 55(1), 74-80.

Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Ed. Médica Panamericana.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

Blazer, D. G., Yaffe, K., & Liverman, C. T. (2015). Cognitive aging: Progress in understanding and opportunities for action. Pan American Health Organization, World Health Organization.

Bond, M., Rogers, G., Peters, J., Anderson, R., Hoyle, M., Miners, A., ... & Hyde, C. (2012). The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model.

Boyke J, Driemeyer J, Gaser C, Buchel C, May A. (2008): Training-induced brain structure changes in the elderly. *J Neurosci* 28(28): 7031-7035.

- Boyle, L. L., Porsteinsson, A. P., Cui, X., King, D. A., & Lyness, J. M. (2010). Depression predicts cognitive disorders in older primary care patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 1-478.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A., ... & Boller, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Bunce, D., Batterham, P. J., Christensen, H., & Mackinnon, A. J. (2014). Causal Associations Between Depression Symptoms and Cognition in a Community-Based Cohort of Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1583-1591.
- Bush, V. P. (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050* (No. 04; C, HB848 P7.).
- Camici, P. M., Williams, C. M., & Meeten, F. (2013). Does a 'Singing Together Group' improve the quality of life of people with a dementia and their carers? A pilot evaluation study. *Dementia*, 12(2), 157-176.
- Chan, A. S., Ho, Y. C., & Cheung, M. C. (1998). Music training improves verbal memory. *Nature*, 396(6707), 128-128.
- Chan, M. Y. (2015). *A Mindfulness Programme for People with Dementia in Care Homes: A Feasibility Pilot Study* (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).
- Charlesworth, G., Sadek, S., Schepers, A., & Spector, A. (2014). Cognitive Behavior Therapy for Anxiety in People with Dementia A Clinician Guideline for a Person-Centered Approach. *Behavior modification*, 1-23
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, 31(3), 449-464.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2008). Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México [Internet]. México: CONAPO. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf> Consultado: marzo 2012.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2006). Proyecciones de la Población México 2005-2050 [INTERNET]. México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Cook, E. D. M., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Intervenciones basadas en el análisis funcional para el comportamiento desafiante en la demencia.

- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Ames, D., Rabins, P., ... & Brodaty, H. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 856-870.
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J., & Bell, H. (2013). Depression in older adults: A meta-synthesis. *Journal of gerontological social work*, 56(6), 509-534.
- Da Silva, J., Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2013). Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 177-186.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- Didonna, F., de Brouwer, D., Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329-335.
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42.
- Engvig A, Fjell AM, Westlye LT, Moberget T, Sundseth O, Larsen VA, Walhovd KB. (2010): Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *Neuroimage* 52(4): 1667-1676.
- Epstein-Lubow, G., McBee, L., Darling, E., Armev, M., & Miller, I. W. (2011). A pilot investigation of mindfulness-based stress reduction for caregivers of frail elderly. *Mindfulness*, 2(2), 95-102.
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... & O'Donnell, M. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245-255.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6(1), 21-35.
- Fingelkurts, A. A., Fingelkurts, A. A., & Kallio-Tamminen, T. (2015). EEG-guided meditation: a personalized approach. *Journal of Physiology-Paris*.
- Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A., & Ballard, C. (2014). The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(8), 797-807.

Gao, Y., Huang, C., & Zhao, K. (2015). Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies (Retraction of vol 28, pg 441, 2013). *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 30(4), 435-435.

Garand, L., Rinaldo, D. E., Alberth, M. M., Delany, J., Beasock, S. L., Lopez, O. L., ... & Dew, M. A. (2014). Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: A randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 771-781.

Gaser, C., & Schlaug, G. (2003). Brain structures differ between musicians and non-musicians. *The Journal of Neuroscience*, 23(27), 9240-9245.

Germer, C. (2011). El poder del mindfulness. *Editorial Paidós de España. Madrid, 2.*

Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Press.

Germer. (2005). «Mind fulness: What is it? What does it matter?», en C. Germer, R. Siegel y P. Fulton (comps.), *Mindfulness and psychotherapy*, Nueva York, Guilford Press, , págs. 3-27.

Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Nueva York:Routledge.

Gitlin, L. N., Winter, L., Earland, T. V., Herge, E. A., Chernett, N. L., Piersol, C. V., & Burke, J. P. (2009). The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. *The Gerontologist*, 49(3), 428-439.

Goleman, D. (1991). The Tibetan and Western models of mental health. En R. Thurman y Goleman D. (Eds.) *Mind science East and West*. Boston: Wisdom Publications.

González-Celis, A. L. (2006). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la Psicología del envejecimiento. *LM Reidl, E. Matute &, 1000*, 1995-2005.

----- (2006). Calidad de vida en el adulto mayor. *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria-Instituto de Geriátría. Mexico*, 365-77.

----- (2009). Composición factorial del Inventario de Depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*,1(1), 15-28.

González-Celis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*,5(12), 110.

González-Celis, R. A. L., & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. *México: Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.*

González-Celis, R. A. L., & Sánchez-Sosa, J. J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.

Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S., & Verny, M. (2013). Tratamiento de la demencia. *EMC-Tratado de Medicina*, 17(4), 1-8.

Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., ... & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública*.

Gutiérrez-Robledo, L. M., & Consejo Nacional de Población. (2004). La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *Situación demográfica de México*.

Gutiérrez-Robledo, L. M., Ávila-Fematt, F. M., & Montaña-Álvarez, M. (2010). La geriatría en México. *El Residente*, 5(2), 43-48.

Guzmán-García, A., Mukaetova-Ladinska, E., & James, I. (2012). Introducing a Latin ballroom dance class to people with dementia living in care homes, benefits and concerns: A pilot study. *Dementia*, 12(5), 523–535.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Nueva York: Guilford Press.

Hernández, D. J. Q., Barrachina, M. T. M., Fernández, I. I., del Pino, A. S., Hernández, J. R., García, J. R., & Montesdeoca, M. D. P. Q. (2015). Estimulación basada en mindfulness en la enfermedad de Alzheimer avanzada: ensayo clínico piloto comparativo de equivalencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.

Holmes, D. (2015). Richard Suzman: helping the world to grow old more gracefully. *The Lancet*, 385(9967), 499.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43

Hort, J. (2015). Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases. *Cognitive deficits in schizophrenia and other neuropsychiatric disorders: Convergence of preclinical and clinical evidence*, 193.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016). Estadísticas de mortalidad. Disponible en:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est&c=23>

Innes, K. E., Selfe, T. K., Khalsa, D. S., & Kandati, S. (2016). Effects of Meditation versus Music Listening on Perceived Stress, Mood, Sleep, and Quality of Life in Adults with Early Memory Loss: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, (Preprint), 1-22.

ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2012*. Retrieved marzo 20, 2015, from Resultados Nacionales: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09Nov2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI [Internet]. México: INEGI.

Jajodia, A., & Borders, A. (2011). Memory predicts changes in depressive symptoms in older adults: a bidirectional longitudinal analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 571-581.

Jäncke, L., Wüstenberg, T., Scheich, H., & Heinze, H. J. (2002). Phonetic perception and the temporal cortex. *Neuroimage*, 15(4), 733-746.

Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10(1), 54.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.

----- (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.

----- (2005). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la ansiedad*. Barcelona: Editorial Kairós.

----- (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

Kalache, A., & Levin, S. P. (2002). La OMS y la prevención del abuso de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(6), 289-290.

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119.

Koelsch, S., & Siebel, W. A. (2005). Towards a neural basis of music perception. *Trends in cognitive sciences*, 9(12), 578-584.

Lantz, M. S., Buchalter, E. N., & McBee, L. (1997). The wellness group: a novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. *The Gerontologist*, 37(4), 551-557.

Lappe, C., Herholz, S. C., Trainor, L. J., & Pantev, C. (2008). Cortical plasticity induced by short-term unimodal and multimodal musical training. *The Journal of Neuroscience*, 28(39), 9632-9639.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, *16*(17), 1893.

Lehr, U. M., & Thoma, H. (2003). *Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*.

Li, G., Wang, L. Y., Shofer, J. B., Thompson, M. L., Peskind, E. R., McCormick, W., ... & Larson, E. B. (2011). Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Archives of general psychiatry*, *68*(9), 970-977.

Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and aging*, *22*(1), 28.

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in neuroscience*, *7*.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, *50*, 13-29.

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *salud pública de México*, *55*, S323-S331.

Marciniak, R., Sheardova, K., Čermáková, P., Hudeček, D., Šumec, R., & Hort, J. (2014). Effect of Meditation on Cognitive Functions in Context of Aging and Neurodegenerative Diseases. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *8*, 17. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00017>

Marie C, Magne C, Besson M. (2011): Musicians and the metric structure of words. *J Cogn Neurosci* *23*(2): 294-305.

Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista española de geriatría y gerontología*, *45*(5), 247-249.

Martin, M., Clare, L., Altgassen, A.M., Cameron, M.H., Zehnder, F., 2011. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD006220, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006220.pub2>.

Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept?. *The Gerontologist*, *55*(1), 14-25.

Mathers, C., Fat, D. M., & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.

McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. Springer Publishing Company.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269.

Mejia-Arango, S., & Gutierrez, L. M. (2011). Prevalence and Incidence Rates of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in the Mexican Population Data From the Mexican Health and Aging Study. *Journal of aging and health*, 23(7), 1050-1074.

Milders, M., Bell, S., Lorimer, A., MacEwan, T., & McBain, A. (2013). Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia. *Geriatric Nursing*, 34(4), 267-273.

Mina-Valdés, A. (2012). La población mexicana censada en 2010 y su comparación con las proyecciones demográficas. *Papeles de población*, 18(73), 9-28.

Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M., & Network, I. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. *Aging & mental health*, 15(3), 283-290.

Moreno S, Marques C, Santos A, Santos M, Castro SL, Besson M. (2009): Musical training influences linguistic abilities in 8-year-old children: more evidence for brain plasticity. *Cereb Cortex* 19(3): 712-723.

Moreno-Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01).

Morimoto, S. S., & Alexopoulos, G. S. (2013). Cognitive deficits in geriatric depression: clinical correlates and implications for current and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 517-531.

Morrison, J. H., & Baxter, M. G. (2012). The ageing cortical synapse: hallmarks and implications for cognitive decline. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(4), 240-250.

Moynihana, J., Chapman, B., Klorman, R., Krasner, (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for Older Adults: Effects on Executive Function, Frontal Alpha Asymmetry and Immune Function. *Neuropsychobiology*, 68(1): doi:10.1159/000350949.

Mozolic, J. L., Hayaska, S., & Laurienti, P. J. (2010). A cognitive training intervention increases resting cerebral blood flow in healthy older adults. *Frontiers in human neuroscience*, 4, 16

Munte, T. F., Altenmüller, E., & Jäncke, L. (2002). The musician's brain as a model of neuroplasticity. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(6), 473-478.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

- Newberg, A. B., Serruya, M., Wintering, N., Moss, A. S., Reibel, D., & Monti, D. A. (2014). Meditation and neurodegenerative diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307(1), 112-123.
- Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., & Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2), 517-526.
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of clinical nursing*, 13(s1), 45-53.
- Oflazer, K. (1993). Solving tangram puzzles: A connectionist approach. *International journal of intelligent systems*, 8, 603-603.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la Salud 2012.
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(5), 446-451.
- Ostrosky, F., Ardila, A., Rosselli, M. *NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in spanish with norm by age educational. Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 413-433, 1999.
- Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of aging*, 28(10), 1623-1627.
- Panza, F., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Capurso, C., Del Parigi, A., Caselli, R. J., ... & Solfrizzi, V. (2009). Temporal relationship between depressive symptoms and cognitive impairment: the Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of Alzheimer's Disease*, 17(4), 899.
- Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. 2014. (2014). México: Primera edición: abril 2014
- Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., Prina, M. (2014). World's Alzheimer's Report 2014; Dementia and Risk Reduction An Analysis of Protective and Modifiable Factors. Alzheimer's Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Quintana, Miró, Ibañez, Santana, García & Rojas, (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(4), 165-172.
- Quiroz, C. O. A., & Rangel, A. L. M. G. C. (2013). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.

- Rajesh, R. T. (2012). Evidence Based Psychotherapies for Late Life Depression. *Journal of Psychotherapy & Psychological Disorders*.
- Rapp, M. A., Schnaider-Beeri, M., Wysocki, M., Guerrero-Berroa, E., Grossman, H. T., Heinz, A., & Haroutunian, V. (2011). Cognitive decline in patients with dementia as a function of depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(4), 357-363.
- Riveros, A., Castro, C. G., & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*(2), 291-304.
- Riveros, R. A. (2007). Valoración Integral y Factores de Cambio en la Hipertensión Arterial Reactiva. México: Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., & Cubí, D. (2012). Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 47*(5), 228-233.
- Rodriguez, J. J. L., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., ... & 10/66 Dementia Research Group. (2008). Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *The Lancet, 372*(9637), 464-474.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist, 37*(4), 433-440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, gbv025*.
- Rubio Aguiar, R., Hernández Sánchez, J. E., Loret de Mola López, E., & Roca Morales, F. (2006). Los niveles de asimilación y niveles de desempeño cognitivo.: Reflexiones. *Humanidades Médicas, 6*(1), 0-0.
- Salgado Torres, S. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual con Enfermedad Crónica Degenerativa. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *salud pública de méxico, 56*(3), 279-285.
- Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Gallegos -Carrillo, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A., & García-Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental, 35*(1), 71-77.
- Sánchez-Sosa, J. J., & González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. *Psicología y salud, 191-218*.

- Sánchez Sosa, J. J. & González Celis, R. A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Ediciones Pirámide.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopaedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities*.
- Sarkamo T, Tervaniemi M, Laitinen S, Forsblom A, Soinila S, Mikkonen M, ... Hietanen M. (2008): Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain* 131(Pt 3): 866-876
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54(4), 634-650.
- Schweitzer, P., & Bruce, E. (2008). *Remembering yesterday, caring today: Reminiscence in dementia care: A guide to good practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: de Brouwer.
- Smart, C. M., Segalowitz, S. J., Mulligan, B. P., Koudys, J., & Gawryluk, J. R. (2016). Mindfulness Training for Older Adults with Subjective Cognitive Decline: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, (Preprint), 1-18.
- Snowden, M. B., Atkins, D. C., Steinman, L. E., Bell, J. F., Bryant, L. L., Copeland, C., & Fitzpatrick, A. L. (2014). Longitudinal Association of Dementia and Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Sosa, A. L., Albanese, E., Stephan, B. C., Dewey, M., Acosta, D., Ferri, C. P., ... & Stewart, R. (2012). Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med*, 9(2), e1001170.
- Sosa-Ortiz, A. L., Acosta-Castillo, I., & Prince, M. J. (2012). Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 600-608.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1253-1258.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2000). Orientación a la realidad para la demencia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Update Software. Oxford*.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.

- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—what do we know? *The Lancet*, 385(9967), 484-486.
- Takeuchi H, Sekiguchi A, Taki Y, Yokoyama S, Yomogida Y, Komuro N, ... Kawashima R. (2010): Training of working memory impacts structural connectivity. *J Neurosci* 30(9): 3297-3303.
- Teri, L., McKenzie, G., & LaFazia, D. (2005). Psychosocial treatment of depression in older adults with dementia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 303-316.
- Tristán, S. V. L., & Rangel, A. L. M. G. C. (2011). *Terapia cognitivo-conductual de grupo en atención del adulto mayor: guía práctica para terapeutas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villagómez, P. (2010). El envejecimiento demográfico en México: niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores. *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*. Instituto de Geriatria, 305-314.
- Voelcker-Rehage C, Godde B, Staudinger UM. (2010): Physical and motor fitness are both related to cognition in old age. *Eur J Neurosci* 31(1): 167-176.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... & Abbafati, C. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.
- Warrier C, Wong P, Penhune V, Zatorre R, Parrish T, Abrams D, Kraus N. (2009): Relating structure to function: Heschl's gyrus and acoustic processing. *J Neurosci* 29(1): 61-69.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., ... & Wright, E. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Jama*, 296(23), 2805-2814.
- Wilson, K., Mottram, P. G., & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *The Cochrane Library*.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Woods, R. T., Bruce, E., Edwards, R. T., Hounscome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E. D., ... & Russell, I. T. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10(1), 64.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Geneva.

World Health Organization. (2001). *El Abrazo mundial: manual*.

World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-156445-8

Zatorre, R. J., Chen, J. L., & Penhune, V. B. (2007). When the brain plays music: auditory–motor interactions in music perception and production. *Nature Reviews Neuroscience*, *8*(7), 547-558.

ANEXO

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

B.D.I.**INSTRUCCIONES**

A continuación, se presentan una serie de oraciones. Por favor lea cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió durante la semana pasada e incluso el día de hoy.

Si desea escoger más de una oración, anote ambos números en el cuadro que corresponda a la pregunta en la hoja de respuesta. Se le recomienda leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer una elección.

A.

1. Yo no me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
4. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

B.

1. En general no me siento descorazonado (a) por el futuro.
2. Me siento descorazonado (a) por el futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
4. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

C.

1. Yo no me siento como un fracasado (a).
2. Siento que he fracasado más que las personas en general.
3. Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos.
4. Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.

1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
2. Ya no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
3. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

E.

1. En realidad, yo no me siento culpable.
2. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
3. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
4. Me siento culpable todo el tiempo.

F.

1. Yo no siento que esté siendo castigado (a).
2. Siento que podría ser castigado (a).
3. Espero ser castigado (a).
4. Siento que he sido castigado(a).

G.

1. Yo no me siento desilusionado (a) de mí mismo(a).
2. Estoy desilusionado (a) de mí mismo (a).
3. Estoy disgustado conmigo mismo (a).
4. Me odio.

H.

1. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
2. Me critico a mí mismo (a) por mis debilidades o errores.
3. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

I.

1. Yo no tengo pensamientos suicidas.
2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo.
3. Me gustaría suicidarme.
4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

J.

1. Yo no lloro más de lo usual.
2. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
3. Actualmente lloro todo el tiempo.
4. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

K.

1. Yo no estoy más irritable de lo que solía estarlo.
2. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
3. Me siento irritado todo el tiempo.
4. Ya no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo.

L.

1. Yo no he perdido el interés en la gente
2. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estarlo.
3. He perdido en gran medida el interés en la gente.
4. He perdido todo el interés en la gente.

M.

1. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
2. Pospongo tomar decisiones más que antes.
3. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
4. Ya no puedo tomar decisiones.

N.

1. Yo no siento que me vea peor de como me veía.
2. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
3. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
4. Creo que me veo feo (a).

O.

1. Puedo trabajar tan bien como antes.
2. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
3. Tengo que obligarme para hacer algo.
4. Yo no puedo hacer ningún trabajo.

P.

1. Puedo dormir tan bien como antes.
2. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
3. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y me cuesta trabajo volverme a dormir.
4. Me despierto muchas horas antes de lo normal y no puedo volver a dormir.

Q.

1. Yo no me canso más de lo habitual.
2. Me caso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
3. Con cualquier cosa que hago me canso.
4. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

R.

1. Mi apetito no es peor de lo habitual.
2. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
3. Mi apetito está muy mal ahora.
4. No tengo apetito de nada.

S.

1. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
2. He perdido más de dos kilos.
3. He perdido más de cinco kilos.
4. He perdido más de ocho kilos.
5. A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos.

T.

1. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
2. Estoy preocupado acerca de problemas físicos: dolores, malestar estomacal, etc.
3. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
4. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.

U.

1. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
3. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
4. He perdido completamente el interés por el sexo.

Hoja de Respuestas B.D.I.

A.	1	1	2	3	4	
B.	2	1	2	3	4	
C.	3	1	2	3	4	
D.	4	1	2	3	4	
E.	5	1	2	3	4	
F.	6	1	2	3	4	
G.	7	1	2	3	4	
H.		1	2	3	4	
I.		1	2	3	4	
J.		1	2	3	4	
K.		1	2	3	4	
L.		1	2	3	4	

M.		1	2	3	4	
N.	0	1	2	3	4	
O.		1	2	3	4	
P.		1	2	3	4	
Q.		1	2	3	4	
R.		1	2	3	4	
S.		1	2	3	4	5
T.		1	2	3	4	
U.		1	2	3	4	

