

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Memoria

**PRÁCTICA DIRIGIDA EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN
COGNITIVA EN LA CLINICA DE LA MEMORIA DEL CENTRO DIURNO
EL TEJAR EN CARTAGO.**

Sustentante: Eduardo Elías Carrillo Valle

Carné: B01382

Teléfono: 8881-0238

Correo: ecv_10592@hotmail.com

Comité Asesor

Directora: Dra. Ana María Jurado Solórzano

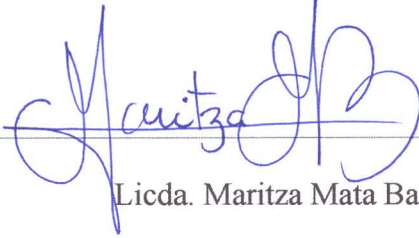
Lector 1: Dra. Mónica Salazar Villanea

Lector 2: Lic. Carlos Mata Marín

Asesora Técnica: Lic. Nancy Navarro Araya

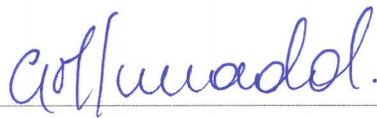
Octubre, 2017

Tribunal Examinador:



Licda. Maritza Mata Barahona

Presidente



Dra. Ana María Jurado Solórzano

Directora



Dra. Mónica Salazar Villanea

Lectora

Lic. Carlos Mata Marín

Lector



Licda. Alicia Sandoval Poveda

Profesora invitada



Eduardo Elías Carrillo Valle

Proponente

Resumen

Durante los últimos años, en Costa Rica al igual que en el resto del mundo, se ha venido dando un incremento de la población de personas adultas mayores. Lo anterior creando nuevas necesidades y ejes de acción para la sociedad costarricense. Una mayor incidencia de enfermedades demenciales requieren la aparición de nuevas y mejores políticas publicas que brinden un incremento para la calidad de vida en la población de personas adultas mayores.

Por su parte el Centro Diurno de El Tejar simboliza un espacio de innovación para el abordaje de esta población. Permite el desarrollo de intervenciones que pueden consolidarse como políticas publicas y mejorar el abordaje de las personas adultas mayores.

De manera internacional se han estudiado ampliamente las mejoras que tiene la estimulación cognitiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores. La importancia y utilidad de los instrumentos de cribado es expuesta en distintas investigaciones. Por lo tanto la práctica surge como una intervención que englobe estas necesidades actuales en relación a la población y brinde un progreso en relación al abordaje del cribado neuropsicológico y estimulación cognitiva que se realiza en la institución.

En el presente trabajo, se realizó un cribado de la población adulta mayor dentro de la institución (119 aplicaciones). Específicamente mediante el uso de Mini Examen Cognoscitivo y el Montreal Cognitive Assessment.

De la misma manera se desarrollaron abordajes de estimulación cognitiva mediante talleres en tres distintas sub-poblaciones. Donde se potenciaron las habilidades cognitivas de las personas adultas mayores de los distintos programas de la institución. Junto con una promoción de dichas prácticas en grupos externos de personas adultas mayores y profesionales de otras instituciones.

Por último, se realiza el desarrollo de material didáctico en dos diferentes ejes. Por un lado, se trabaja en la confección de trípticos con información psicoeducativa sobre temáticas de interés. Por el otro, se da el desarrollo de una guía de abordaje neuropsicológico que incluye estrategias y recomendaciones prácticas de cómo debe realizarse el cribado neuropsicológico y su diferenciación con la evaluación neuropsicológica. Aunado a consejos, estrategias y actividades para la estimulación cognitiva.

Agradecimientos

Con este documento concluye uno de los procesos académicos más gratificantes y enriquecedores de la carrera. Tomando en cuenta la frase en latín “*Ex Nihilo Nihil Fit*”, cuyo significado hace referencia a que “nada surge de la nada”; me honra agradecer a todas aquellas personas que colaboraron, facilitaron y apoyaron la práctica desarrollada.

En primer lugar le doy las gracias a mi familia. Con suma importancia a mis padres por fomentar y guiar la posibilidad de erigir un proceso académico de autoconocimiento y reedificación personal.

Por otro lado, agradezco a mi Comité Asesor por el gran apoyo que simbolizó para el desarrollo de mi proyecto final de graduación. Especialmente a la Dra. Ana María Jurado Solórzano y la Dra. Mónica Salazar Villanea quienes fungieron como pilares en mi crecimiento profesional, orientación y adquisición de conocimiento.

Por último, pero no menos importante, al Centro Diurno de El Tejar por abrirme las puertas de su institución para poder participar del Programa Clínica de la Memoria.

Eduardo Elias Carrillo Valle

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	9
2. MARCO INSTITUCIONAL.....	13
<i>Programa Clínica de la Memoria.....</i>	<i>14</i>
<i>Programa GruPam</i>	<i>15</i>
3. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	16
I. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	16
II. ANTECEDENTES NACIONALES.....	25
III. MARCO TEÓRICO.....	29
<i>i. Vejez y Envejecimiento.....</i>	<i>29</i>
<i>ii. Neuroplasticidad.....</i>	<i>32</i>
<i>iii. Reserva Cerebral, Motivacional y Cognitiva.....</i>	<i>33</i>
<i>iv. Deterioro Cognitivo Leve (DCL)</i>	<i>35</i>
<i>v. Enfermedades Demenciales</i>	<i>37</i>
<i>vi. Mini-Mental (MMSE) y MEC-35</i>	<i>40</i>
<i>vii. Montreal Cognitive Assesment (MoCA).....</i>	<i>42</i>
<i>viii. Cribado Cognitivo.....</i>	<i>44</i>
<i>ix. Evaluación Neuropsicológica</i>	<i>45</i>

x. <i>Estimulación cognitiva</i>	46
xi. <i>Reminiscencia</i>	48
xii. <i>Terapia de Orientación a la Realidad (TOR)</i>	49
4. PROBLEMATIZACIÓN	50
5. OBJETIVOS.....	53
i. <i>Objetivo General</i>	53
ii. <i>Objetivos Específicos</i>	53
iii. <i>Objetivos Externos</i>	54
6. METODOLOGÍA DE LA PRÁCTICA.....	54
A. POBLACIÓN META.....	55
B. EJES DE TRABAJO	57
C. TÉCNICAS, ESTRATEGIAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS IMPLEMENTADOS.....	61
D. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	63
7. RESULTADOS.....	66
OBJETIVO 1.1: RESULTADOS RELACIONADOS AL EJE CRIBADO	68
OBJETIVO 1.2 Y 1.3: RESULTADOS RELACIONADOS AL EJE DE ESTIMULACIÓN.....	75
OBJETIVO 1.4 RESULTADOS RELACIONADOS A LA PROMOCIÓN.....	89

OBJETIVO 1.5 Y 1.6 RESULTADOS RELACIONADOS AL EJE DE MATERIAL DIDÁCTICO	93
.....	93
RESULTADOS PARA LA INSTITUCIÓN	96
RESULTADOS RELACIONADOS A LA EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA.....	98
8. LIMITACIONES	100
9. CONCLUSIONES.....	101
10. RECOMENDACIONES	105
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
12. ANEXOS.....	127
ANEXO 1. ORGANIGRAMA CENTRO DIURNO EL TEJAR.....	127
ANEXO 2. HOJA DE SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL	128
ANEXO 3. FOLLETO INFORMATIVO 1.....	130
ANEXO 4. FOLLETO INFORMATIVO 2.....	132
ANEXO 5. FOLLETO INFORMATIVO 3.....	134
ANEXO 6. GUÍA RECOMPILATORIA DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES.....	136

1. Introducción

Costa Rica enfrenta un progresivo cambio demográfico, con un aumento de la población mayor de 65 años; este cambio, viene siendo una realidad desde hace ya algunos años, según indica el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2012) o CONAPAM por sus siglas. Esta misma dependencia, señala que desde hace cuarenta años se viene desarrollando un proceso de transición demográfica, el cual desencadenó una modificación en la estructura poblacional con relación a la edad. Así mismo, menciona que para el año 2009, con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, en nuestro país había más de trescientas treinta mil personas que sobrepasan los 65 años, siendo así un 7,15 % de la población nacional. De la misma manera Fernández y Robles (2008) afirman que se espera que alcance el 11,5 % de la población para el año 2025; y autores como Jara (2007) indican incluso que el porcentaje para el mismo año sería hasta de 20 %. Específicamente según datos brindados por Méndez (2017) en la actualidad en el cantón donde se ubica el Centro Diurno El Tejar en Cartago, en el que se realizó la práctica, cuenta con aproximadamente 4000 personas entre los 60 y 95 años, de las cuales únicamente un aproximado de 530 reciben apoyo en grupos comunales.

Aunado a lo anterior, el incremento de la esperanza de vida es un factor importante en la actualidad. Autores como Ávila, Vázquez y Gutiérrez (2007) indican que este aspecto relacionado al crecimiento demográfico de adultos mayores, ha desencadenado un aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades como los

síndromes demenciales. En relación a estos temas, para el año 2015, 193 países acordaron 17 objetivos de desarrollo sostenibles (ODS) imperantes para la sociedad actual. Como parte de estas metas e intereses cabe rescatar el tercer objetivo propuesto en los ODS, el cual se enfoca en asegurar la salud y la promoción del bienestar para las personas de todas las edades. El desarrollo de prácticas profesionales que giren en torno a la consecución de dichos objetivos se justifican mediante el compromiso existente en brindar calidad de vida y bienestar a las personas sin importar sus características y esto incluye su edad.

En relación con el incremento de la población adulta mayor y de la esperanza de vida, es evidente la necesidad de un abordaje multidisciplinario de la situación. El CONAPAM (2012) indica que una consecuencia irrefutable del cambio demográfico, es el incremento de la atención en necesidades como la salud, la economía y el área social. Razón por la cual, en el contexto demográfico actual, las enfermedades neurodegenerativas son de gran importancia social (Tardif & Simard, 2011). Jara (2007) menciona que con el avance del ciclo vital las personas experimentan cambios en las funciones cognitivas, y “estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas” (p. 4). Esta autora rescata un punto importante dentro del envejecimiento y es el hecho de que esta población tiene un riesgo elevado de padecer enfermedades que afecten el área cognitiva, lo cual se ve influenciado por las

condiciones ambientales que pueden ser poco estimulantes, siendo esto un factor determinante.

Por otra parte, muchas personas adultas mayores muestran interés por mantenerse no solamente físicamente sanas sino también cognitivamente (Tardif & Simard, 2011). Es entonces cuando entra indiscutiblemente la Psicología en el abordaje de la situación actual, indicada con anterioridad. Específicamente para el interés de la presente práctica la neuropsicología posee un papel fundamental por su potencial para la detección temprana y la intervención oportuna del deterioro cognitivo. Tal y como se indica en la página web del Centro Diurno El Tejar (2016) los síndromes demenciales representan unas de las causas que provocan más afectación a las personas adultas mayores y a sus familiares.

Wimo y Prince (2010) rescatan que los efectos de las demencias son enormes e impactan no solamente emocionalmente a las familias, cuidadores y adultos mayores, sino también conlleva efectos financieros y sociales. También resaltan que, aunado al proceso de envejecimiento, esta población posee limitaciones para la atención del deterioro cognitivo. Por esta razón, el Centro Diurno El Tejar se encuentra desarrollando el programa de Clínica de la Memoria, con el objetivo de brindar un abordaje a la problemática del deterioro cognitivo de las y los adultos mayores que conviven en la institución. Dicho abordaje incluye un cribado del estado cognitivo de las personas adultas mayores y la estimulación de esta área mediante talleres lúdicos. En este eje el apoyo profesional es requerido debido a que el centro

no cuenta con suficiente personal capacitado en el área de Psicología que pueda desempeñar funciones dentro de los objetivos del programa.

En función de lo mencionado con anterioridad, la práctica dirigida se realizó en el Centro Diurno El Tejar, ubicado en la provincia de Cartago. Específicamente dentro del Programa de Clínica de la Memoria el cual es definido detalladamente dentro del apartado de contextualización que se desarrolla más adelante. La intervención se realizó en un lapso de seis meses. Como parte de las funciones principales se determina el cribado o “screening” de posible deterioro cognitivo de las personas adultas mayores del Centro, la estimulación cognitiva mediante el desarrollo de talleres y el desarrollo de materiales didácticos informativo y psicoeducativo sobre temáticas relacionadas a la neuropsicología, síndromes demenciales y envejecimiento. A continuación, se detallan distintos aspectos para la conformación del trabajo.

2. Marco Institucional

Seguidamente, se presentan características contextuales de la Institución, las cuales fueron tomadas de su página web y según lo determinado durante la práctica:

- **Lugar:** La práctica dirigida se realizará en el Centro Diurno El Tejar, Cédula jurídica: 3-002-475311.
- **Objetivo Institucional:** “Como centro gerontológico, somos un recurso terapéutico y de apoyo a la familia que presta atención integral y especializada a la persona adulta mayor en situación de dependencia social, emocional, afectivo y física. Brindamos atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora, facilitando a las personas adultas mayores la posibilidad de envejecer activamente y con autonomía. Contamos con el aval del Ministerio de Salud, el IMAS, el CONAPAM, la Junta de Protección Social y Contraloría General de la República.”
- **Visión:** “Ser una institución modelo a nivel nacional con personal y servicios calificados y para la atención de personas adultas mayores distinguiéndonos como ejemplo de cordialidad, honradez, afecto y respeto.”
- **Misión:** “Ofrecer un lugar que proporcione calidad de vida a través de la atención integral a las personas adultas mayores.”
- **Población:** Asisten entre 100 - 115 personas adultas mayores de 65 años de edad, en conjunto dentro de las distintas modalidades de participación en la institución.
- **Organigrama:** Revisar Anexo 1

Programa Clínica de la Memoria

- **¿Qué es?:** Un lugar para ejercitar, aprender y mantener habilidades cognitivas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Desde un abordaje psicosocial, la Clínica de la Memoria ayuda a las personas adultas mayores a mantener su propia identidad a través de la promoción de sus recuerdos, su memoria, su historia de vida, el ejercicio físico, la gimnasia cerebral, las actividades de la vida diaria y la participación social. Las terapias son impartidas por profesionales en terapia ocupacional y psicología. Además, colaboran profesionales en medicina, neuropsicología, gerontología, trabajo social, nutrición y administración. Se realizan rehabilitaciones físicas individuales con un fisioterapeuta.

La metodología seguida por el centro son talleres participativos y abordaje individual. En condiciones necesarias, se realizan informes dirigidos a los diferentes especialistas para contribuir a la información diagnóstica.

- **Objetivo del Programa:** Prevenir el deterioro cognitivo y mantener las habilidades psicomotrices de las personas adultas mayores. Así como evaluar interdisciplinariamente a las personas adultas mayores, para la prevención de trastornos de memoria y neurocognitivos, para mantener su propia identidad a través de la promoción de sus recuerdos, su historia de vida, el ejercicio físico, la gimnasia cerebral, las actividades de la vida diaria, la participación social y el apoyo a sus familias y cuidadores.

- **¿Cómo funciona?:** Este programa de estimulación funciona bajo dos distintas modalidades de intervención. Por un lado, se trabaja con las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno bajo la modalidad de Día. Dicho grupo de participantes está constituido por un máximo de 80 personas que asisten diariamente a la institución y a lo largo de la semana, algunos de los adultos mayores, son asignados a talleres de estimulación. Así mismo, a dicha población se le realiza una evaluación mediante pruebas de cribado neuropsicológico del deterioro cognitivo.

Por otro lado, la segunda modalidad es la Clínica de la Memoria Plus. En la misma una población de aproximadamente 15 personas adultas mayores asisten a talleres específicos de 1 hora para estimulación. Dicha asistencia es de 1 o 2 veces por semana. Este grupo de participantes está subdividido en personas con diagnóstico de demencia y participantes con intenciones de prevención de deterioro cognitivo.

Programa GruPam

- **¿Qué es?:** Es un programa que surgió debido al apoyo económico de la fundación Baxter. Haciendo referencia a su nombre, este programa es un medio de trabajo con los grupos de personas adultas mayores existentes en el cantón de El Guarco y sus coordinadores.
- **Objetivo del Programa:** Realizar un contacto con los grupos ya existentes de personas adultas mayores dentro del cantón de El Guarco. Este acercamiento se

realiza con la finalidad de brindar oportunidades de desarrollo, ayuda mediante el programa clínica de la memoria y capacitación a los coordinadores de cada grupo contactado.

- **¿Cómo funciona?:** Este programa funciona en dos ejes distintos de trabajo. Aproximadamente una vez al mes los coordinadores de los grupos de personas adultas mayores asisten al Centro Diurno para recibir capacitación técnica acerca del programa Clínica de la Memoria, temáticas sobre el envejecimiento o aspectos recurrentes en los grupos. Por otro lado, los miembros de estos grupos son visitados por el equipo interdisciplinario una vez al mes. Dichas visitas rotan y se realizan de manera individual por cada uno de los profesionales encargados.

3. Marco de Referencia Teórico-Conceptual

A continuación, se detallan los principales antecedentes en relación a la temática abordada en la presente práctica. Se desarrollan en dos categorías para facilitar su análisis y comprensión.

I. Antecedentes Internacionales

Forstmeier y Maercker (2008) hacen un recuento entre distintos autores para mencionar que con el avance de la edad en las personas, existe una prevalencia en el incremento del deterioro cognitivo, pero rescatan que la investigación sobre el envejecimiento exitoso contradice la idea general de que el envejecimiento implica invariablemente una disminución en el funcionamiento y la calidad de vida, así como

también se han identificado los factores que pueden aumentar el tiempo de salud de los individuos a medida que envejece.

Otros autores indican que después de los 65 años, la probabilidad de desarrollar demencia se duplica aproximadamente cada cinco años, aunque existe evidencia de un aumento de casos previo a los 65 años de edad (Wimo & Prince, 2010).

Con el avance de las investigaciones a lo largo de las últimas décadas, se rescata la existencia de la plasticidad neuronal como una base en la capacidad de las personas que persiste en la vejez, la cual permite el aprendizaje y la prevención del deterioro. Por lo tanto, en la actualidad, el trabajo con personas adultas mayores tiene como objetivo fundamental el conseguir un envejecimiento activo; es decir, que, al estar la persona involucrada en múltiples ámbitos, favorece su bienestar (Carrascal & Solera, 2014).

Por otro lado, en relación a los antecedentes de importancia para la práctica a realizar, Garamendi, Delgado y Amaya (2010), indican el uso de programas de estimulación cognitiva para intervenir esta problemática. Estos autores concluyen, mediante su investigación con personas adultas mayores, que el uso de dichos programas conlleva una mejora en los resultados de las pruebas de cribado como Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC) y Neuropsi. También mencionan que, con el desarrollo investigativo, se puede afirmar que:

Los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal, ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez, esto quiere decir que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo. (Garamendi, Delgado & Amaya, 2010, p. 27).

En relación a lo anterior, para pacientes de edad avanzada con demencia, la estimulación cognitiva está destinada a activar las funciones existentes para que puedan compensar las que están en peligro (Cruz, Sá, Lindolpho & Caldas, 2015). Ya para el año 2010, La Rue afirmaba que las investigaciones sobre estimulación cognitiva y los beneficios de la misma para adultos mayores, ya ha sido bien documentada.

Las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en relación a los síndromes demenciales para mejorar, retrasar o detener la progresión de la enfermedad resultan de vital importancia (Filipin et al., 2015). Por su parte la intervención farmacológica aprobada para pacientes con demencia, como los inhibidores de la colinesterasa, ha sido probada en ensayos clínicos aleatorios, pero una revisión sistemática no mostró ningún retraso en la progresión de la demencia en los grupos de pacientes en comparación con los grupos placebos (Filipin et al., 2015). Por su parte la publicación de un estudio, no generalizable, abre la luz a la existencia de un fármaco que detenga el avance del Alzheimer en etapas tempranas de esta demencia (Ferrero, Williams, Stella, Leiterman, Mikulskis, O’Gorman y Sevigny,

2016). Así mismo Filipin et al., (2015) indican que los profesionales de la salud deben estar al tanto de otras terapias disponibles para estas poblaciones, tales como intervenciones cognitivas. Relacionado a esto, autores como Cotelli, Manetti & Zanetti (2012) hacen referencia a que la eficacia farmacológica para la población con demencia es limitada.

Asimismo, Tardif y Simard (2011) indican que existen distintas intervenciones no-farmacológicas, resaltando que en el área de la intervención cognitiva el entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva, y la estimulación cognitiva son los enfoques más realizados en las investigaciones para el abordaje del deterioro cognitivo. En el apartado Marco Conceptual se esclarecerán más estos constructos. Dentro del meta-análisis realizado por los autores anteriores, concluyen que gran parte de las intervenciones realizadas se vinculan al abordaje de la memoria, siendo este el foco de atención de 9 de las 14 investigaciones analizadas. Las demás centran su intervención en la atención y funciones ejecutivas junto al procesamiento de la información. Así mismo, rescatan que las personas fueron evaluadas con pruebas neuropsicológicas. Por último, los autores rescatan que, en su revisión bibliográfica, los estudios mostraron tener al menos una mejora significativa en aspectos cognitivos.

Reijnders, Van Heugten & Van Boxtel (2013) indican que después de una revisión sistemática, se puede concluir que las intervenciones cognitivas son beneficiosas en personas adultas mayores sanas y con deterioro cognitivo leve.

Específicamente mencionan beneficios en el rendimiento de la memoria, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, atención, inteligencia fluida y rendimiento cognitivo subjetivo.

En relación con la estimulación cognitiva de la memoria en personas adultas mayores sanas, hace más de una década ha sido demostrada ampliamente su eficacia en distintos meta-análisis, demostrando que la participación en dichos programas conlleva una mejora significativa no solo en la memoria sino en la percepción de las personas sobre sus habilidades (Calero García & Navarro González, 2006). De la misma manera las autoras rescatan que estas investigaciones han demostrado que estos programas de estimulación conllevan un impacto que se mantiene desde seis meses a tres años después de la intervención, y en su propia investigación observaron impactos favorables hasta nueve meses después. Por último, rescatan que las investigaciones sobre intervenciones con personas que ya presentan deterioro cognitivo también han demostrado mejoras significativas en cuanto a la estimulación de la memoria.

D'Amico et al. (2015) mencionan la existencia de una terapia de estimulación cognitiva (CST, por sus siglas en inglés) ya establecida y basada en evidencia. Estos autores rescatan que en investigaciones anteriores se demostró que esta terapia, económicamente hablando, es rentable y al mismo tiempo es eficaz para mejorar la cognición y la calidad de vida. Lo anterior según la aplicación estándar de la CST.

Por su parte Orrell et al. (2014) indicaron anteriormente que la continuación del programa inicial dado en la CST, mediante un adicional de 24 semanas, mostró mejorías en la calidad de vida sin beneficios adicionales en aspectos cognitivos; lo anterior en comparación al programa estándar del CST.

La Rue (2010) discute acerca de investigaciones que desarrollan la temática de la importancia de estilo de vida con estimulación cognitiva. De la misma manera indica, que se ha mostrado una reducción o prevención del deterioro en función de las características estimulantes del ambiente en que se desarrollan las personas y los beneficios de esto.

Por otro lado, entre los medios de evaluación del funcionamiento cognitivo mediante cribado, se rescata a nivel internacional, el uso de la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI) (Garamendi, Delgado, & Amaya, 2010). Así mismo, se observa un predominio en el uso de la prueba Mini Examen Cognoscitivo (MEC) para analizar el entrenamiento en estimulación cognitiva mencionado por autores como Calero-García y Navarro-González (2006). Por su parte Garamendi, Delgado y Amaya (2010) indican que desde 1979 se adaptó en España el MEC y desde ese momento la prueba ha demostrado “su fiabilidad, validez y poder discriminatorio, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6 %” (p. 27).

Puig (2012) indica que la respuesta cognitiva positiva a la estimulación justifica por sí sola el desarrollo de programas de esta índole. Rescata que el objetivo final de la intervención psicológica es mantener o aumentar las capacidades que por sí solas sufren una reducción normal, incluso pudiendo llegar a la compensación de las habilidades perdidas. Por esta razón, la función de la psicología debe girar en torno a poder mejorar la calidad de vida y promover la autonomía de la población adulta mayor. Asimismo, en relación a la evaluación:

Se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010, p. 250).

En relación a lo anterior los autores concluyen que las investigaciones han demostrado la necesidad de desarrollar estos programas de intervención psicológica en áreas cognitivas y conductuales, debido a su efectividad. Así como, a la idoneidad de contar con profesionales en psicología que estén dotados con el conocimiento, habilidades y competencias necesarias.

Aguirre, Woods, Spector & Orrell (2013) indican que la estimulación cognitiva, con base a sus criterios, resulta en una mejora constante de las funciones cognitivas en las personas con síndromes demenciales. Así mismo, rescatan que muestran beneficios en la comunicación, interacción social y los auto-reportes de bienestar y calidad de vida.

En el ámbito internacional se han desarrollado distintas guías de intervención relacionadas a los ejercicios mediante los cuales estimular. Directamente para la práctica se abordó el trabajo realizado por Sardinero (2010) en su guía didáctica de estimulación para personas adultas mayores, así como Martínez et al. (2002).

Lopes et al. (2015), haciendo referencia a otros autores, indican que la atención de personas adultas mayores con dificultades cognitivas brinda gran amplitud de intervenciones alejadas de la terapia medicinal. En relación a esto, rescatan que dentro de las intervenciones no farmacológicas conocidas y potencialmente efectivas en las personas adultas mayores que poseen síndromes demenciales, existe el uso de la terapia por reminiscencia.

Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez & Sales-Galán (2013) hacen referencia a investigaciones que prueban la eficiencia de la terapia por reminiscencia en relación a la disminución de la depresión en las personas adultas mayores. Así mismo, rescatan beneficios de la técnica relacionados al bienestar psicológico. Adhikari (2013) indica que la reminiscencia ayuda a mejorar la

autoestima de las personas adultas mayores institucionalizadas. Lopes et al. (2015) hacen referencia a múltiples investigaciones que resaltan resultados positivos sobre el uso de la reminiscencia en distintas áreas, tales como: la cognición, la depresión, el comportamiento, el estado de ánimo y la comunicación. Siendo lo anterior coherente con su investigación que además indicó mejoría en recuperación autobiográfica de la memoria.

O'Sheal et al. (2011) indican que, al momento de realizar su investigación, según la última revisión sistemática de Cochrane acerca de la terapia por reminiscencia en demencia, se demostró la existencia de evidencia que muestran mejoría en la cognición y en el comportamiento general de los participantes. Así mismo, rescatan la disminución de la tensión del cuidador y cuidadora.

En su estudio Cyril Cyriac, Nalini & Sukesh (2014) demostraron que la terapia de reminiscencia fue eficaz para mejorar el nivel del funcionamiento cognitivo en personas con demencia. Inclusive Jahanbin, Mohammadnejad & Sharif (2014) indican que puede ser de ayuda para prevenir enfermedades demenciales como Alzheimer.

Por su parte el meta-análisis realizado por Kwon, Cho & Lee (2013) rescata resultados que prueban los efectos de la terapia de reminiscencia como significativos en personas adultas mayores con demencia. Lo anterior, según los autores, en

referencia a la eficiencia relacionada a mantener o mejorar las funciones cognitivas y mejorar la calidad de vida, así como la depresión en esta población.

Otra de las terapias no farmacológicas es la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR). La misma es explicada con mayor detalle más adelante. Sin embargo, cabe rescatar que según autores como Menna et al. (2016) es una de las terapias más ampliamente utilizadas en intervenciones con pacientes que sufren de demencia; siendo una de las pocas intervenciones que han obtenido resultados positivos en pacientes con demencia tipo Alzheimer.

Según Sardinero (2010) la TOR brinda resultados favorables en el ámbito cognitivo y conductual, lo anterior es respaldado por Aguirre, Woods, Spector & Orrell (2013). Estos autores rescatan investigaciones anteriores desde los inicios de la terapia para indicar que la misma está asociada con mejoras en la cognición y el comportamiento de las personas; mientras que su aplicación se realice de manera coherente, sensible y centrada en la persona.

II. Antecedentes Nacionales

En relación a los antecedentes nacionales sobre el trabajo con adultos mayores en Costa Rica, resulta necesario conocer que existen múltiples instituciones que trabajan con esta población. A continuación, se detallan estas entidades que son mencionadas por Salazar (2012):

- Consejo Nacional de Persona Adulta Mayor (CONAPAM)
- Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO)
- Hospital Nacional Blanco Cervantes
- Programa Integral para la Persona Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica (PIAM-UCR)
- Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM)
- Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas (ASCADA)
- Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECRUNAPA)

En relación al trabajo investigativo con adultos mayores, Salazar (2012) indica que se reconoce la necesidad de desarrollar una mayor exploración en el área, ya que el trabajo en relación a esta población es incipiente. Aunque escasos, sí se encuentran trabajos dirigidos a la población adulta mayor. La autora anterior menciona que para el año 2012, se desarrollaron específicamente 4 proyectos en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, dirigidos a esta población y relacionados con neuropsicología. De los cuales, cabe rescatar que se caracterizan por enfocarse en la investigación de aspectos neuropsicológicos y demográficos.

En cuanto a trabajos de intervención se encuentran los mencionados por Mata (2015) en donde se rescata el abordaje clínico de la población y se especifica que, en

la Universidad de Costa Rica, para el periodo del 2005 al 2015, solo se desarrollaron tres intervenciones en psicología, de las cuales ninguna se relaciona con el abordaje neuropsicológico.

Por otra parte, específicamente en relación a la neuropsicología como abordaje para el trabajo con adultos mayores mediante estimulación cognitiva, los cuales son antecedentes de importancia para la presente práctica, se destaca la práctica dirigida realizada por Mata (2015). La misma fue llevada a cabo como una inserción profesional de la psicología a un área que requiere mayor atención: el trabajo clínico con adultos mayores. Dicha práctica tuvo como uno de sus objetivos, la realización de actividades y talleres que promovieran la estimulación y rehabilitación cognoscitiva en personas adultas mayores residentes en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa.

También se encuentra, relacionada a la temática, el proyecto final de Graduación de Lizano en el año 2008, en la cual se trabajó en torno a la elaboración de un manual de Estimulación Cognitiva dirigido a facilitar dicho proceso en adultos mayores del centro “Un Nuevo Amanecer en Nuestro Barrio Corazón de Jesús” en la provincia de Heredia.

Por su parte, según menciones por el Centro Diurno de El Tejar, existen dos proyectos similares a la clínica de la memoria, el cual será el eje de trabajo durante la práctica, en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Blanco Cervantes. Este

último lugar es reconocido como uno de los pioneros en el trabajo neuropsicológico en personas adultas mayores mediante la implementación del programa clínica de la memoria, según indica Lizano (2008). Esta autora rescata que para la fecha de su proyecto de graduación el abordaje de la población desde la neuropsicología había sido poco; rescatando que la “estimulación cognitiva como un apartado fundamental de la salud del adulto mayor, sobre todo si se piensa en sus beneficios a nivel de prevención, mejoramiento y des-aceleramiento de los deterioros de cognición que sufren los adultos mayores” (Lizano, 2008, p. 6).

En Costa Rica, durante la última década, se encuentran distintos proyectos e investigaciones en relación a la población adulta mayor del país. Sin embargo, el abordaje neuropsicológico resulta ser relativamente nuevo y poco desarrollado. En esta línea, Salazar (2012) rescata que existe una necesidad en nuestro país de incrementar la investigación, así como la intervención clínica que promueva la salud de personas adultas mayores, recalando que este reto se incrementa con la presencia de síndromes demenciales.

Relacionado a los antecedentes de intervención neuropsicológica mediante procesos de estimulación a las personas adultas mayores, existe una guía en el país desarrollada por Salazar (2010). En la misma se plantean los principios teóricos y metodológicos de la intervención mediante la técnica de Reminiscencia para la estimulación de funciones cognitivas en la población adulta mayor.

III. Marco Teórico

A continuación, se detallan los conceptos más importantes dentro de la práctica, para su comprensión y análisis. Debido a las cualidades de la práctica y a su variabilidad en las funciones y referente teórico de las mismas, a continuación, se detallan las bases conceptuales en relación de los tres grandes ejes de trabajo.

Marco Conceptual General:

En primera instancia el Marco Conceptual general hace referencia al eje de intervención relacionado al desarrollo de material didáctico.

i. Vejez y Envejecimiento

En cuanto al tema de la vejez, existe una diferencia entre los parámetros internacionales y nacionales. Para Costa Rica, se ha definido que la etapa de la vejez inicia después de los 65 años, lo anterior según la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor No. 7935 (2006). Por otro lado, internacionalmente esto cambia, según indica la Organización de las Naciones Unidas esta etapa comienza a partir de los 60 años de edad (World Health Organization, 2016).

Es importante rescatar que algunos autores hacen hincapié en que por su parte el envejecimiento o envejecer, no es únicamente la llegada a una edad específica; por el contrario, se refiere a un conjunto de cambios relacionados a factores fisiológicos, bioquímicos y psicosociales que influyen en las personas (Hernández, Montañés,

Gámez, Cano, & Núñez, 2007). Lo anterior es respaldado por Rodríguez Daza (2010) al indicar que, al entenderse el envejecimiento como un proceso, este implica una serie de cambios en distintos ejes los cuales están mediados por factores de la experiencia individual de las personas.

Por su parte una definición concisa del envejecimiento es dada por Garamendi, Delgado, & Amaya (2010), quienes abordan el envejecimiento como un proceso y no un estado. Así mismo lo catalogan como universal y vinculado a todos los seres vivos, el cual se asocia a la disminución de funciones fisiológicas y mentales. Climent (2014), rescata que durante el envejecimiento no es necesario que exista un deterioro cognitivo manifiesto. Siendo esto último un factor vital para comprender como las demandas del ambiente dictarán la necesidad de estimulación de funciones cognitivas, tema que se aborda a lo largo de la práctica.

Cabras (2012) hace hincapié en un factor vital para la comprensión del envejecimiento. Esta autora hace un recuento histórico en el cual explica como este constructo ha evolucionado a lo largo de la historia desde hacer referencia a un declive casi total de la persona a una conceptualización basada en que no solamente existen un declive sino también la posibilidad de desarrollarse, así como beneficios en otras áreas. Esta autora engloba el envejecimiento como un proceso mediado de manera multidimensional en el cual existen funciones que reducen su capacidad, así como otras en donde se mantiene y desarrollan capacidades.

Vásquez-Amézquita (2016) indica que por sí solo el envejecimiento está vinculado a cambios neurobiológicos y psicológicos que desencadenan una disminución cognitiva. Según autores como Wagster, King, Resnick & Rapp (2012), la presencia de un descenso en capacidades está vinculada a cambios presentes en funciones cognitivas tales como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Así mismo, rescatan de manera importante que estos cambios varían entre cada persona. Aunado a esto Hernández et al. (2007) mencionan que una de estas disminuciones se encuentra en la eficiencia del procesamiento de la información. Respaldo por Roselli & Ardilla (2010) quienes rescatan que los cambios cognitivos en las personas adultas mayores se relacionan con una disminución de la eficiencia y rapidez del procesamiento.

Por su parte el termino envejecimiento activo, según Ramos, Yordi & Miranda (2016), fue primeramente usado por la OMS. Haciendo referencia a un enfoque que se centra en aprovechar las situaciones de manera que se obtenga un bienestar a lo largo de la vida en tres ejes: físico, psicológico y social. Estas autoras rescatan que la promoción y uso del envejecimiento activo resulta ser la mejor respuesta para enfrentar los cambios demográficos; así como una estrategia de prevención a discapacidades en la vejez.

La importancia de su abordaje, mencionada por las autoras, radica en que este paradigma representa “una necesidad para cualquier estado que pretenda la

promoción del bienestar humano y la justicia social” (Ramos, Yordi & Miranda, 2016, p. 335).

ii. Neuroplasticidad

Uno de los principios más importantes dentro de la práctica es el de neuroplasticidad, según Cabras (2012) este concepto demuestra la existencia de un beneficio por parte de las personas al participar en entrenamientos cognitivos.

El término se entiende como una propiedad intrínseca del cerebro la cual permite que se dé una modificación de la función y estructura del mismo, como respuesta a las demandas ambientales (Henrique de Gobbi Porto, 2015). Los autores rescatan que lo anterior se da mediante la neurogénesis conllevando el fortalecimiento, debilitamiento, adición o disminución de las conexiones sinápticas.

Según Cabras (2012) representa la capacidad cerebral para enfrentar cambios del medio o internos mediante cambios estructurales y funcionales. Esta autora rescata como la habilidad en cuestión fue asociada durante muchos años a etapas tempranas de la vida, pero ha evolucionado el conocimiento rescatando su presencia durante todo el ciclo de la vida en función de demandas ambientales. Relacionado a lo anterior, la autora se centra en otros autores e investigaciones para indicar que en relación a situaciones de deterioro una serie de sistemas, relacionados a la plasticidad cerebral, buscan compensar los declives como medio para retrasar la presencia de déficits funcionales mediante modificaciones. Esto como mecanismo que mantiene de

adaptación a nuevas condiciones para el mantenimiento de un nivel funcional aceptable (Cabras, 2012). Un dato dado por la autora para ejemplificar este proceso es la presencia de un incremento del crecimiento de las dendritas como una compensación a la muerte neuronal en la vejez.

Existe más de un mecanismo de plasticidad, mediante los cuales se “permite que el tejido nervioso pueda experimentar cambios adaptativos o re-organizaciones en un estado fisiológico con o sin alteración” (Garcés Vieira, Suárez Escudero, 2014, p. 121). Los mismos autores indican que el término utilizado para definir la elaboración de nuevos circuitos neuronales por el aprendizaje y/o el mantenimiento de las redes ya existentes a lo largo de la vida de las personas se denomina plasticidad natural, mientras que los cambios neuronales que se deben a la recuperación clínica tanto parcial y/o completa se denomina plasticidad post-lesional.

iii. Reserva Cerebral, Motivacional y Cognitiva

Este concepto está íntimamente relacionado al anterior. El término de reserva cerebral hace referencia al sustrato neural estructural en que se sustenta la función cognitiva (La Rue, 2010). Por su parte, la definición de reserva cognitiva fue acuñada por Stern en el 2002, la construcción del término responde al objetivo de explicar cómo las diferencias individuales en las redes neuronales o procesamiento cognitivo pueden ser la base de las diferentes formas de hacer frente a la patología cerebral o lesión (Silva Nunes et al., 2014). El constructo hace referencia a la capacidad que

tiene el cerebro para enfrentarse de manera activa contra el daño cerebral, mediante la implementación de los procesos cognitivos (La Rue, 2010). En otras palabras, hace mención de la capacidad de un individuo para poder tener acceso a las redes cerebrales alternas en búsqueda de mejorar determinada función cognitiva patológica (Yuill & Hollis, 2011). Lo anterior, según los autores, como resultante de estrategias de adaptación ante daño cerebral o patologías. En referencia a esto último, Díaz-Orueta, Buiza-Bueno, & Yanguas-Lezaun (2010) lo conceptualizan como la capacidad cerebral para hacer frente a los efectos de enfermedades relacionadas a la demencia. Dichos autores ven esta capacidad como una manera de contención antes de que se llegue al umbral en donde se comienza a manifestar la sintomatología clínica. Tardif & Simard (2011) indican que este concepto es de vital importancia dentro de la comprensión del envejecimiento y se le conoce generalmente por la función de retrasar, en las enfermedades neurodegenerativas, la expresión cognitivo y funcional de las mismas.

Forsteimer y Maercker (2008) rescatan la creación del modelo de reserva de motivacional, en el cual se incorporan las habilidades motivacionales y cognitivas de las personas como predictores del deterioro cognitivo y enfermedades demenciales. Los autores definen el modelo como un conjunto de habilidades en relación a la motivación que proporcionan al individuo con capacidades de afrontamiento para el daño neuropatológico. En conclusión, se determina la reserva motivacional como una

forma de reserva cerebral que permite al cerebro tolerar, sin manifestación clínica, los cambios relacionados con la demencia.

iv. Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

A lo largo de las investigaciones se ha intentado vislumbrar la zona intermedia entre el envejecimiento y la demencia; rescatando que su importancia radica en la posibilidad de ser un estadio transitorio para la demencia (Climent, 2014). Esta búsqueda ha conllevado a la definición de estados intermedios sin constituirse en una demencia. Esta autora hace un recuento de los constructos a través de la historia hasta llegar al usado actualmente conocido como “Mild Cognitive Impairment” o deterioro cognitivo leve (Climent, 2014). La autora indica que el concepto se ha modificado con el tiempo y actualmente “incluye tanto individuos con deterioro en un solo dominio cognitivo o deterioro en múltiples dominios cognitivos diferentes de la memoria”.

Laskowska, Koczorowski, Kozirowski, & Gawryś (2014) hacen un recuento histórico del término para mencionar que en un principio correspondía a una etapa de la escala global de deterioro, específicamente la etapa 3. Estos autores indican que con las investigaciones se concluyó que este término descriptivo era predictor de enfermedades demenciales, convirtiéndose en una categoría independiente.

Apóstolo, Rosa, Castro & Cardoso (2013) rescatan que cada vez es más reconocido el Deterioro Cognitivo Leve como un problema de salud pública de importancia, debido a la asociación de un riesgo mayor de desarrollar demencia.

Para el Deterioro Cognitivo Leve, las causas son multifactoriales (Montenegro, Montejo, Llanero & Reinoso, 2012). Según estos autores algunos factores incidentes pueden ser: demencia, depresión, alteración por la edad, accidentes o procesos cerebro-vasculares, alcoholismo, etc. De manera específica hacen referencia del término como una disminución constante de las funciones cognitivas en relación a parámetros previos de mayor escala.

En el Deterioro Cognitivo Leve, estas dificultades son mayores a las esperadas normalmente para una persona sana de su edad. Sin embargo, los síntomas no son lo suficientemente graves como para interferir de manera significativa en la vida cotidiana de la persona, razón por la cual no se definen como demencia (Alzheimer's Association, 2015). Según esta organización, entre el 5 al 20% de las personas mayores de 65 años tienen DCL, aunque no necesariamente toda esta población desencadena en una enfermedad demencial.

Tal como se ha dicho previamente, los autores McLennan, Mathias, Brennan & Stewart (2011), indican que el DCL es un estado que se caracteriza por un deterioro en el funcionamiento cognitivo. Los autores rescatan que el mismo debe ser mayor de lo esperado en relación a la edad y nivel educativo. Así mismo, para ser

DCL, este deterioro no debe afectar las actividades de la vida diaria, excluyendo así los criterios de una demencia. McLennan, et al. (2011) rescatan que la detección temprana de este deterioro brinda la oportunidad de desarrollar una prevención.

v. Enfermedades Demenciales

López et al. (2015) basándose en la Asociación de Alzheimer Estadounidense indica que, la demencia es un término paraguas utilizado para describir una gran variedad de condiciones, las cuales son desarrolladas cuando las células nerviosas del cerebro mueren o dejan de funcionar con normalidad. Lo anterior provocando una disminución en las capacidades cognitivas, las cuales deben ser suficientemente graves como para interferir en la vida diaria de las personas, según indican los autores. Es un trastorno neurodegenerativo que se encuentra asociado con altos niveles de discapacidad y dependencia (Cheung & Peri, 2014).

Se caracteriza a la demencia por ser progresiva (Cotelli, Manetti & Zanetti, 2012; World Health Organization, 2016) y debilitante O'Shea et al. (2011). Es uno de los mayores factores que crean dependencia en las personas adultas mayores (World Health Organization, 2016), relacionado al deterioro conductual y funcional que acompaña a la demencia (Cotelli, Manetti & Zanetti, 2012). En relación a lo anterior, la presencia de síndromes demenciales en la vejez es usual pero contraria a un envejecimiento esperado (National Institutes of Health, 2013). Lo anterior respaldado por Cantor (2013) al hacer énfasis que la demencia no es parte de un

envejecimiento normal, y agregando que afecta de manera negativa no solo funciones cognitivas sino también sociales. Jurado, Mataró & Pueyo (2013) rescatan que las demencias representan un gran impacto para las familias de los pacientes, así mismo, conllevan un alto costo en factores como salud, economía y sociales.

En relación a las enfermedades demenciales, Slachevsky & Oyarzo (2008) mencionan que existe una clasificación etiológica en donde se subdivide en tres categorías las enfermedades demenciales. Los autores indican que estas categorías son: demencias neurodegenerativas, demencias secundarias y demencias vasculares. Según la Asociación de Alzheimer de Estados Unidos (2016) el alzhéimer es la causa número uno de casos de demencia con un porcentaje estimado entre 60 y 80% de los casos. De estos, alrededor del 50% de los casos se vincularon con demencias mixtas.

A lo largo de la práctica se trabajó con diferentes síndromes demenciales, los cuales se explican a continuación de una manera general en relación a su impacto en funciones cognitivas siendo de interés para las funciones desarrolladas.

- Demencia Alzheimer (DA)

Jurado et al. (2013) hacen mención de una interrelación multifactorial como causa de esta demencia, especialmente vinculada a factores genéticos. Estos autores rescatan que la sintomatología inicia de manera específica con afectación de la memoria.

Algunos de los síntomas que se presentan de manera inicial o temprana son: dificultad para recordar conversaciones recientes, nombres o eventos; apatía y depresión (Asociación de Alzheimer, 2016). Conforme el avance de la sintomatología se presencia una alteración en la comunicación, desorientación, confusión, mal juicio, cambios de comportamiento; teniendo en últimas instancias dificultad para hablar, tragar y caminar (Asociación de Alzheimer, 2016).

- Demencia Asociada a los Cuerpos de Lewy (DCL) y Demencia Asociada al Parkinson (DP)

Diferentes autores consideran que existe una vinculación entre DCL, DP y el Parkinson, la cual puede ser vista como parte de un espectro dentro de la enfermedad de cuerpos de Lewy (Donaghy & McKeith, 2014). La demencia asociada a los cuerpos de Lewy se encuentra en el segundo lugar de incidencia de demencias degenerativas en personas adultas mayores (Mueller, Ballard, Corbett, Aarsland, 2017).

La Demencia con cuerpos de Lewy posee síntomas en común con la DA; sin embargo, inicialmente tienden a tener síntomas de trastornos del sueño de manera temprana, junto con: alucinaciones visuales bien formadas y lentitud, desequilibrio de la marcha u otras características del movimiento parkinsoniano (Asociación de Alzheimer, 2016).

Donaghy & McKeith (2014) rescatan que una diferencia importante entre la DA y DCL es que esta última tiene un patrón neuropsicológico con menor deterioro de la memoria y trastornos más severos de la función viso-espacial, atencional y frontal-ejecutiva.

Así mismo, la diferencia entre DCL y DP se basa en un consenso internacional, en donde se especifica que la Demencia de Cuerpos de Lewy se diagnostica cuando el deterioro cognitivo precede al parkinsonismo o comienza durante el primer año de parkinsonismo (Donaghy & McKeith, 2014).

Jackson et al. (2017) rescatan la importancia de reconocer los síntomas de los subtipos de demencias, con énfasis entre la DCL y DP. Lo anterior como mecanismo para obtener tratamientos correctos y evitar consecuencias negativas. Un ejemplo se encuentra en que, tal y como indican los autores, las personas con demencia con cuerpos de Lewy son particularmente sensibles a los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos aumentando la mortalidad; los cuales son utilizados normalmente para tratar las alucinaciones asociadas con otras condiciones.

Marco conceptual relacionado al cribado neuropsicológico:

vi. Mini-Mental (MMSE) y MEC-35

Entre los instrumentos de cribado, el Minimental State Examination (MMSE), se considera como el más ampliamente usado y con traducciones en alrededor de 70

idiomas (Llamas, Llorente, Contador, Bermejo, 2015). Estos autores indican como desventajas del instrumento los efectos de techo y suelo relacionados a sus mediciones relacionadas a la no alteración cognitiva o demencia establecida, respectivamente. Lo anterior relacionado directamente a la poca sensibilidad del instrumento por diferenciar casos de deterioro cognitivo leve con relación a la Enfermedad de Alzheimer. Así mismo, es influenciado directamente por factores sociodemográficos.

Esta prueba se centra únicamente en el funcionamiento cognitivo, siendo esta una de sus ventajas (Llamas et al., 2015). Específicamente mencionan el cribado de orientación, fijación, recuerdo diferido, lenguaje y habilidades viso espaciales.

De interés para la práctica, una adaptación de esta prueba de cribado del deterioro cognitivo es el Mini Examen Cognitivo (MEC), según López & Martí (2011). El puntaje a obtener en este instrumento es de un máximo de 35 (Pérez-Díaz, Dolores & Navarro-González, 2013).

Por su parte Llamas et al. (2015) indican algunos cambios en el MEC con respecto al MMSE, los mismos se relacionan directamente a los ítems de cálculo y sustracción, así como la inclusión de nuevos ítems relacionados a la abstracción mediante semejanzas.

Pedraza et al. (2014) indican que el MMSE realiza una valoración de las siguientes funciones cognitivas: orientación tanto de manera temporal como espacial,

memoria, cálculo y lenguaje. Así mismo, los autores rescatan la existencia de una influencia de factores relacionados a la edad y nivel educativo. Por su parte, en el MEC se realiza una valoración de funciones anteriores junto con razonamiento abstracto y praxias (Pérez-Díaz, Dolores & Navarro-González, 2013).

Pérez-Díaz, Dolores & Navarro-González (2013) hacen referencia a otras investigaciones para mencionar que con un punto de corte de 23/24, el MEC de puntaje máximo de 35, posee una sensibilidad de 97% y una especificidad de 88% para predecir deterioro cognitivo. Nasreddine et al. (2005) indican que se ha reportado una deficiencia para la detección de demencia temprana. Así mismo, Oudman et al. (2014) indican que el MMSE tiene carencias en la evaluación de funciones ejecutivas y por lo tanto en la detección de pacientes con problemas en dicha área.

vii. Montreal Cognitive Assesment (MoCA)

Oudman et al. (2014) rescatan la presencia del MoCA y MMSE como los test de cribado del deterioro cognitivo más usados. Nasreddine et al. (2005), creadores del instrumento, rescatan que fue desarrollado como una herramienta para detectar a los pacientes que presentan quejas cognitivas leves y usualmente se desempeñan en el rango normal en el dentro del MMSE. Ohta et al. (2014) rescatan que es un instrumento que abarca una mayor gama de dominios en su evaluación, en comparación al MMSE.

Nasreddine et al. (2005) indican que el MoCA para ese año, el desarrollo del instrumento alcanzaba una valoración de 8 dominios cognitivos. Dichos autores lo explica según los ítems del instrumento. Siendo inconsistente con lo expuesto por Oudman et al. (2014) al referirse a una evaluación de 7 dominios. Por su parte Lozano et al. (2009) mencionan el MoCA como instrumento de valoración de 6 dominios cognitivos mediante los siguientes apartados: Viso-espacial y ejecutivo, Denominación, Memoria inmediata, Atención, Lenguaje, Abstracción, Memoria diferida y Orientación.

Nasreddine et al. (2005) hacen un recuento de cómo la prueba se consolidó en función de distintas investigaciones. La caracterizan como un instrumento de una página, con 30 preguntas y un tiempo esperado para su realización de 10 minutos.

Por su parte Oudman et al. (2014) se basan en distintas investigaciones para indicar que es un instrumento de utilidad para detectar problemas ejecutivos en el Alzheimer, Parkinson y Huntington, así como en síndrome de Korsakoff. En relación a las funciones ejecutivas y su valoración, Ohta (2014) hace referencia a que en este aspecto es de mayor utilidad para el diagnóstico de ciertas enfermedades. Los mismos autores rescatan que el instrumento resulta más sensible para la detección del DCL. En relación a una investigación de la traducción del instrumento al español en el contexto latinoamericano, Gil, Ruiz de Sánchez, Gil, Romero & Pretelt (2015) indican que en su investigación en Colombia concluyó que con un punto de corte de 23 la sensibilidad para el Deterioro Cognitivo Leve y casos de Demencia leve es de

89% y 79.8% respectivamente. Así mismo, los autores rescatan que las limitantes con población de baja educación se solventan a añadir un punto si el participante posee menos de 11 años de educación.

Vogel, Banks, Cummings & Miller (2015) apoyan el uso de este instrumento como prueba de cribado cognitivo brindando una investigación que indica que los dominios cognitivos evaluados en el MoCA parecen reflejar construcciones similares a las obtenidas de una batería neuropsicológica más completa. Por otro lado, posee una mayor dificultad en relación al MMSE y autores como Hollis, Duncanson, Kapust, Xi & O'Connor (2015) indican que las puntuaciones de las personas cribadas normalmente están por debajo de las del MMSE.

viii. Cribado Cognitivo

Los instrumentos de tamizaje se sustentan en el objetivo de realizar una evaluación simple y rápida de diferentes dominios cognitivos (Lanfranco, Manríquez-Navarro, Avellego & Canales-Johnson, 2012). Estos autores rescatan que los resultados basados en un punto de corte sugieren la presencia o no de patologías.

Wounters, Zwinderman, Van Gool, Schmand & Lindernoom (2009) indican que las pruebas de cribado carecen de la precisión y la sensibilidad. Lo anterior en comparación a instrumentos más extensos como el Cambridge Cognitive Examination. Sin embargo, los autores rescatan que evaluaciones extensas no resultan prácticos por ende son más utilizadas las pruebas de cribado.

En relación a la diferenciación entre el cribado y el siguiente apartado de Evaluación neuropsicológica, se indica que de manera general: “las fases de la valoración del deterioro cognitivo irían desde la fase de cribado inicial hasta la evaluación neuropsicológica de cada función” (Bruna, Puyuelo & Subirana, 2008, p. 1). Lo anterior relacionado a lo que mencionan los autores al indicar que la utilidad del cribado radica en dar un panorama inicial de las áreas cognitivas con afectación.

ix. Evaluación Neuropsicológica

Lanfranco et al. (2012) hacen referencia a que esta evaluación se basa en esclarecer la presencia de trastornos cognitivos. Así mismo, mencionan que busca brindar información acerca de capacidades preservadas y afectadas en la persona; así como, características e intensidad del trastorno. Un punto importante que rescatan los autores es que las pruebas de cribado son parte del primer paso dentro de esta valoración neuropsicológica. Conllevando mayor valoración que únicamente una prueba de cribado (Bruna, Puyuelo & Subirana, 2008)

Bruna, Puyuelo & Subirana (2008) mencionan que los datos de esta evaluación consisten en analizar aspectos de funciones cognitivas en función de un impacto en el ambiente de la persona, siendo de gran ayuda dentro del trabajo con demencia. Así mismo, rescatan que el proceso varía en función del paciente y debe ser desarrollado por profesionales en el área.

Marco Conceptual relacionado a la estimulación cognitiva:

x. Estimulación cognitiva

En relación a las intervenciones cognitivas, Tardif & Simard (2011) rescatan la formación cognitiva, la rehabilitación cognitiva y la estimulación cognitiva, tal y como se indicó en apartados anteriores. Dichos autores indican que la escogencia de estas intervenciones dependerá de la población meta y los objetivos de la intervención. Respecto a dichos enfoques, los autores señalan lo siguiente.

- Entrenamiento cognitivo: se utilizan generalmente para mantener o aumentar funciones como la memoria, mediante la práctica de manera guiada de tareas estándar.
- Rehabilitación cognitiva: este enfoque se caracteriza por una aplicación individual, y se enfoca en metas personales, mediante las cuales se abordan individualmente las deficiencias específicas. También incluye prácticas de tareas.
- Estimulación cognitiva: este foco de intervención se basa en promover la participación de las personas en actividades que buscan una mejora general del funcionamiento cognitivo y social.

D'Amico et al. (2015) rescatan que la Terapia de Estimulación Cognitiva se sustenta en las guías clínicas para apoyo a las personas con demencia desarrolladas

por el Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental de Londres. Los autores indican que se utilizó como intervención de grupo para personas con demencia de leve a moderada. Para la realización de la Terapia de Estimulación cognitiva se desarrollan actividades temáticas para estimular la función cognitiva (D'Amico et al., 2015). La eficacia de dicha terapia fue abordada en el apartado de antecedentes internacionales.

Filipin et al. (2015) indican que la estimulación cognitiva se realiza generalmente en grupos e implica un enfoque general según el cual las funciones cognitivas, como la memoria, no se utilizan de forma aislada, sino de forma integrada con otros dominios tales como el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas.

Se rescata que, para el abordaje del deterioro cognitivo, los tres enfoques son de utilidad. Sin embargo, para adultos mayores en condiciones de envejecimiento saludables se utiliza la estimulación y el entrenamiento cognitivo (Tardif & Simard, 2011). Respaldado por Apóstolo, Rosa, Castro, & Cardoso (2013), al mencionar la existencia de estudios que brinda información acerca de cómo la estimulación cognitiva ayuda a las personas adultas mayores con o sin demencia en sus funciones cognitivas. Y rescatan que es de suma importancia para las personas adultas mayores y sus familiares el mantenimiento de la salud cognitiva. Lo anterior repercutiendo en la autonomía de las personas adultas mayores.

Tardif & Simard (2011) rescatan que este tipo de programas se sustentan en función de la hipótesis de un impacto en la reserva cognitiva. En relación a esto, se estaría generando una optimización de las actuaciones normales.

xi. Reminiscencia

La reminiscencia es conceptualizada como una técnica que busca evocar recuerdos de carácter significativo (Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez, & Sales-Galán, 2013). Estos recuerdos son de índole personal, aunque esta terapia con pacientes con síndromes demenciales es normalmente realizada en grupos (Lopes et al., 2015).

Cyril Cyriac et al. (2014), hacen mención de que la reminiscencia no es sólo recordar los acontecimientos o experiencias pasadas, por el contrario, es un proceso estructurado de reflexión sistemática. Nakame, Yotsumoto, Tatsumi & Hashimoto (2014) indican que esta terapia es un sistema de atención que se sustenta de manera primordial en la receptividad y empatía a la hora de escuchar dichas experiencias del pasado y recuerdos de las personas adultas mayores.

Cotelli, Manetti & Zanetti (2012) mencionan que la terapia de reminiscencia es una de las intervenciones psicosociales más usadas, siendo de utilidad para mejorar ciertas funciones cognitivas, así como el estado de ánimo. O'Sheal et al. (2011) indican que está mediada por la discusión del pasado con otra u otras personas. Rescatando que generalmente se realiza con la ayuda o apoyo como fotografías. En

su investigación los autores utilizaron fotografías, música, preguntas e inclusive olores para evocar los recuerdos de la memoria. Dicho material es usualmente coordinado con los cuidadores (Cotelli, Manetti & Zanetti, 2012)

El principio esencial de la reminiscencia es explicado por Lopes et al. (2015) al rescatar que a la estimulación en dicha terapia se sustenta en la estimulación sensorial mediante la cual atrae recuerdos del pasado en los participantes. Estos autores rescatan que una de las ventajas de esta técnica se constituye en centrarse en habilidades que se encuentra preservadas. Lo anterior mediante en el uso de los primeros recuerdos, los cuales se encuentran en condiciones relativamente inafectados en las personas con síndromes demenciales (O`Sheal, 2011).

Estos recursos son evocados de distintas maneras. Según Abraha et al. (2017) se utilizan materiales como fotografías, libros, periódicos viejos y artículos familiares del pasado que faciliten el proceso.

xii. Terapia de Orientación a la Realidad (TOR)

Menna et al. (2016) indican que es una intervención utilizada para pacientes con desorientación espacio-temporal. Dichos autores rescatan que el objetivo principal de esta terapia es orientar al paciente a través de repetidas estimulaciones, de carácter multimodal, con respecto a su historia personal, entorno y tiempo. Específicamente entre los datos que se estimulan constantemente mediante repetición,

Sardinero (2010) indica que giran en torno a tres ejes de información: temporal, espacial y personal.

Menna et al. (2016) rescatan dos mecanismos complementarios mediante los cuales se trabaja la TOR. Por un lado, la terapia informal la cual consiste en estimular de manera repetida la reorientación espacio-temporal a lo largo del transcurso del día, lo anterior a través de las interacciones entre el paciente y los profesionales, e inclusive con familiares. Por otro lado, los autores indican el mecanismo de terapia formal. Dicho abordaje implica el trabajo en un grupo de pacientes no mayor a 6 personas, siendo homólogos en términos de deterioro cognitivo y que se reúnen en un ambiente estructurado para la terapia por aproximadamente 45 minutos.

Otros autores hacen mención del uso de apoyo externo para dar una orientación temporal y espacial en los pacientes, lo anterior mediante la presentación continua y repetidamente de los datos (Arroyo-Anlló, Poveda & Chamorro, 2012).

4. Problematización

A manera de introducción y contextualización es necesario indicar la condición demográfica actual con el incremento de personas adultas mayores (Bentosela & Mustaca, 2005; Garamendi, Delgado, & Amaya, 2010). Desde el año 2008 Forstmeier y Maercker resaltaron un aumento continuo de personas mayores de 65 años en todo el mundo. Asimismo, como el desarrollo de la longevidad por encima de los 60 años de la mano de una reducción en los porcentajes de niños (Garamendi,

Delgado, & Amaya, 2010; Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010). Lo mencionado con anterioridad y a lo largo del documento, rescata un reto social que se visualizó desde hace aproximadamente una década, el cual es: preservar la salud cognitiva y emocional de las personas mayores (Forstmeier & Maercker, 2008). En relación a esto, gran cantidad de áreas como la medicina, la gerontología, la sociología y la psicología han desarrollado abordajes de la situación (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010).

La problemática abordada ha sido identificada desde hace muchos años y se ha mantenido latente desde entonces, siendo cada vez más urgente su abordaje. Para comprender la situación problema se debe analizar desde dos perspectivas. Por un lado, visualizar a nivel macro que la sociedad costarricense, así como la de muchos otros países, se encuentra en una etapa de cambio en donde para los próximos años el porcentaje de personas adultas mayores aumentará. Tal como indicaron, tiempo atrás, Fernández & Robles (2008) “Costa Rica se encuentra inmersa en un proceso de crecimiento acelerado de su población adulta mayor” (p.1). Por lo tanto, se rescata la necesidad de abordar este acontecimiento de manera inmediata para así poder afrontar los cambios necesarios con el objetivo de poder brindar las condiciones necesarias para el desarrollo pleno de las personas adultas mayores. Tardif & Simard (2011) indican que en función de la situación demográfica actual (mencionada anteriormente) el abordaje de las enfermedades neurodegenerativas se ha vuelto un problema social muy importante. De esta manera, es comprensible centrarse en temas

relacionados a esta pirámide demográfica invertida. De la misma manera se requieren que los profesionales se vean inmersos en dicho contexto, que se capaciten y se desarrollen profesionalmente en el tema del envejecimiento para poder abordar la situación.

Al fin de cuentas el incremento demográfico no es por si solo el problema. Sino por el contrario, el manejo y la carencia de políticas públicas para mejorar la situación y condición de vida de las personas adultas mayores. No existen medidas necesarias acorde a la situación nacional en relación a las personas adultas mayores. Por ende la inmersión dentro de programas relacionados al abordaje de la coyuntura representa un avance en la búsqueda de soluciones.

Por otro lado, se encuentra la necesidad del Centro Diurno El Tejar. El mismo precisa del apoyo de personal con conocimientos en el área de Psicología para el desarrollo del programa de Clínica de la Memoria. Dicho programa se caracteriza por ser innovador y exploratorio en el país en relación al abordaje cognitivo de las personas adultas mayores en el país. De esta manera, se enfoca en brindar cribados de posible deterioro cognitivo y estimulación cognitiva a personas adultas mayores en la institución. Resultando en el uso del tiempo de las personas que asisten al centro en talleres de estimulación, terapia y evaluaciones.

Como parte de la respuesta institucional para enriquecer y mejorar el programa y recibir apoyo externo, surge el desarrollo de la presente práctica. La

misma cuenta con el apoyo de profesionales altamente capacitados e inmersos en el trabajo de temáticas de interés como la neuropsicológica y la población de personas adultas mayores.

5. Objetivos

i. Objetivo General

1. Adquirir habilidades y destrezas en la prevención del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago, mediante el apoyo en la implementación del Programa Clínica de la Memoria.

ii. Objetivos Específicos

- 1.1 Participar en procesos de valoración de cribado del deterioro cognitivo de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.
- 1.2 Colaborar en el desarrollo de talleres de estimulación cognitiva para las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.
- 1.3 Potenciar las habilidades cognitivas de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.
- 1.4 Promover prácticas de estimulación cognitiva en las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.

1.5 Confeccionar materiales psicoeducativos sobre la prevención del deterioro cognitivo, factores de riesgo y protección, para los cuidadores de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.

1.6 Desarrollar un manual recopilatorio de actividades sobre estimulación cognitiva dirigido al trabajo con personas adultas mayores que presentan alto deterioro cognitivo por consecuencia de enfermedades demenciales.

iii. Objetivos Externos

1. Fomentar la apertura de espacios para la práctica psicológica en la población adulta mayor, de forma que se contribuya a la atención integral de esta población.
2. Aportar a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU mediante el desarrollo de prácticas profesionales que promuevan la salud mental y el bienestar de las personas adultas mayores.

6. Metodología de la Práctica

La presente práctica desarrolló los objetivos propuestos, así como las necesidades que surgieron a lo largo del proceso. Los objetivos de la intervención se pueden clasificar en tres ejes de trabajo, específicamente el cribado de posible deterioro cognitivo, la estimulación cognitiva y el desarrollo de material didáctico. Dichos ejes serán explicados en apartados más adelante.

En relación a la viabilidad de su desarrollo, se contó con la facilidad de ser una práctica que se desarrolla con la inmersión en un programa ya existente, el cual no se ha podido desarrollar a cabalidad debido a la falta de personal profesional capacitado. Así mismo existe una factibilidad para su desarrollo en relación a que son 3 ejes de trabajo que se interrelacionan entre sí.

a. Población Meta

La práctica que se realizó, en un principio, se enfocaba directamente en dos grupos beneficiarios con características distintas. Por un lado, aproximadamente ochenta adultos mayores de 65 años de edad, quienes asisten al Centro Diurno de El Tejar en la modalidad de centro de día. Este grupo se constituye por personas que participan, en subgrupos, del Programa de Clínica de la Memoria, mediante la asistencia a los talleres de Estimulación Cognitiva y que a su vez participan de la evaluación de cribado cognitivo que realiza la institución. El programa en que se trabajó está dirigido tanto a personas adultas mayores que poseen alteraciones cognitivas en el área de la memoria, la atención y/o las funciones ejecutivas, así como a aquellas cuya condición cognitiva sea íntegra con el fin del fortalecimiento de las áreas mencionadas. De la misma manera está conformado por personas con diagnósticos de enfermedades relacionadas a la demencia, así como de personas adultas mayores con dificultades visuales.

En relación al segundo grupo, se orientó a las y los cuidadores de las personas adultas mayores internos y externos a la institución, así como el equipo interdisciplinario que trabaja en la institución. La edad de este grupo no se puede especificar con exactitud. También se dirigió a interesados que acuden a la institución para informarse junto con la afluencia de estudiantes universitarios y colegiales, que acuden para la realización de su trabajo comunal. Estos últimos representan también un grupo de beneficiarios indirectos con la intervención del primer grupo meta. De los cuales se desconoce un número exacto de personas en las cuales se pudo haber impactado indirectamente.

A todo lo anterior y partiendo de la aplicación de los objetivos en su totalidad a la población general de la institución, la población meta se amplió en el transcurso de la práctica. Por un lado, se abordó la población que asiste al Centro Diurno de El Tejar bajo la modalidad de Clínica de la Memoria Plus. Dicha población se reúne en sub-grupos a lo largo de la semana y aunque su número varía, se trabajó con un máximo de 12 personas que asisten en esta modalidad.

Por otro lado, se amplió en dos grupos más que corresponde al programa GruPam; el cual se inició durante el proceso de trabajo como practicante. Dicho programa está conformado por dos sub-grupos de intervención. Por un lado son los líderes de estos grupos y por el otro sus integrantes. El primer sub-grupo de 12 y el segundo de 40 beneficiarios, para un total de 52. En dicho programa se abordaron los

objetivos de estimulación y promoción, que se mencionarán más adelante en el apartado de resultados.

A todo lo anterior, se deben incluir el trabajo directo con los grupos que se capacitó, siendo un total de 6 personas. En total se trabajó de manera directa con aproximadamente 145 personas adultas mayores. Más un aproximado de 65 personas externas e internas a la institución (cuidadores internos y externos al centro, capacitaciones, líderes grupales, equipo interdisciplinario). Aunado a un impacto indirecto en estudiantes que asisten al Centro Diurno para realizar su Trabajo Comunal Universitario y con quienes se interactuó.

b. Ejes de Trabajo

La intervención de la Práctica se engloba en tres distintos ejes, los cuales se interrelacionaron y se complementaron unos a otros. Los mismos están conformados por todos los objetivos específicos planteados. Cada una de las tareas y funciones realizadas fueron propuestas y desarrolladas directamente con el Centro Diurno de El Tejar en búsqueda de cumplir los objetivos de la intervención; así como en función de las necesidades y disposiciones de la institución. A continuación, se detalla cada objetivo en función de los ejes y funciones abordadas.

Tabla 1*Cribado Institucional – Objetivo 1.1*

Eje 1	Objetivo	Función	Ejemplos de tareas básicas
Cribado Neuropsicológico	1.1 Participar en procesos de valoración de cribado del deterioro cognitivo de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.	Aplicar los instrumentos de cribado a las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar.	<p>Realizar una capacitación a profundidad en la aplicación de los instrumentos de cribado neuropsicológico usados en la institución, mediante consulta bibliográfica y asesoría externa.</p> <p>Aplicar los instrumentos de cribado del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores en la población del Centro.</p> <p>Tabular los datos y presentar informes.</p> <p>Desarrollo de estrategias de utilización de la información producida por el cribado.</p>

Tabla 2*Estimulación Cognitiva – Objetivos 1.2, 1.3 y 1.4*

Eje 2	Objetivos	Funciones	Ejemplos de tareas básicas
Estimulación Cognitiva	1.2 Colaborar en el desarrollo de talleres de estimulación cognitiva para las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.	Colaborar en la planificación y desarrollo de los talleres. Desarrollo de talleres que potenciaran cognitivamente a la población adulta mayor que asistía a la institución.	Búsqueda bibliográfica sobre las actividades y problemáticas a trabajar. Planificar los talleres. Desarrollar Talleres Colaborar de manera interdisciplinaria con la planificación y desarrollo de los talleres. Planificar en conjunto con el centro, actividades potenciadoras y promotoras de estimulación.
	1.3 Potenciar las habilidades cognitivas de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.	Desarrollar planeamientos que promovieran prácticas estimulantes a quienes asistan a los talleres.	Capacitaciones sobre estimulación y cribado cognitivo. Solicitar retroalimentación de los talleres de manera oral
	1.4 Promover prácticas de estimulación cognitiva en las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno de El Tejar en Cartago.		

Tabla 3*Material Didáctico – Objetivos 1.5 y 1.6*

Eje 3	Objetivos	Función	Ejemplos de tareas básicas
Material Didáctico	1.5 Confeccionar materiales psicoeducativos sobre la prevención del deterioro cognitivo, factores de riesgo y protección, para los cuidadores de las personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno El Tejar en Cartago.	Desarrollar artículos informativos sobre temas Neuropsicológicos y Estimulación Cognitiva los cuales fueron transformados en trípticos para ser repartidos en capacitaciones y cuidadores de las personas adultas mayores.	Búsqueda bibliográfica de información sobre las temáticas a trabajar. Redacción de los trípticos. Envió a revisión de los materiales realizados.
	1.6 Desarrollar un manual recopilatorio de actividades sobre estimulación cognitiva dirigido al trabajo con personas adultas mayores que presentan alto deterioro cognitivo por consecuencia de enfermedades demenciales.	Desarrollo de un Manual que no solamente recopilaba actividades de estimulación dirigidas a personas adultas mayores con alto deterioro; sino también actividades para diferentes grados de deterioro. Aunado a aspectos relevantes con la teoría necesaria y el cribado neuropsicológico.	Búsqueda bibliográfica de información sobre estrategias de intervención y actividades para personas adultas mayores en distintos grados de deterioro. Consultas a expertos Redacción del manual.

c. Técnicas, estrategias, métodos e instrumentos implementados

A continuación, se especifican las técnicas, estrategias e instrumentos que fueron necesarios para el desarrollo de la práctica.

- Técnicas

En relación a las técnicas que fueron empleadas, la primera de las mismas fue la aplicación de instrumentos de cribado del deterioro cognitivo de la población. Así mismo, se utilizaron talleres lúdicos para la estimulación cognitiva y talleres generales para la promoción y solución de dudas en la población de la institución. Cabe rescatar el uso de reuniones de capacitación para difundir información de interés tanto al equipo interdisciplinario como a externos de la institución. Por último, se realizaron distintas investigaciones bibliográficas y consulta a expertos para el desarrollo del manual recopilatorio y los folletos informativos.

- Estrategias

En relación a las pruebas de cribado del deterioro cognitivo, se realizó una aplicación individual a cada persona adulta mayor según las necesidades del Centro Diurno. Así mismo, al ser el primer acercamiento a la población y con la adquisición de conocimiento, se trabajó con la asesora técnica para determinar cuál de los instrumentos disponibles era recomendable utilizar según las características de cada sujeto.

Por su parte, la estrategia de los talleres giró en torno al desarrollo de los mismos en grupos. Lo anterior buscando agrupar según un rendimiento cognitivo similar entre los participantes. Así mismo, se propició un promedio de 8 - 12 participantes, aunque no siempre se pudo cumplir el requisito debido a necesidades de atención.

Por último, en relación a la creación de material escrito, la estrategia varió entre cada uno de los materiales. En primera instancia, con respecto al manual recopilatorio, se desarrolló una guía de intervención tomando en cuenta la experiencia adquirida durante la práctica y las características del centro, así como una recopilación de técnicas e instrumentos de estimulación cognitiva para adultos mayores. En segundo lugar, para la creación de artículos informativos, se planeó originalmente la publicación de artículos informativos pequeños y sencillos en el boletín digital bimensual de la institución. Debido a cambios en su publicación se recurrió a la creación de folletos o brochures informativos sobre las mismas temáticas acordadas. Los mismos contuvieron información con contenido científico sobre temáticas neuropsicológicas pertinente para la población y sus cuidadores, así como otras que se consideren pertinentes para el manejo de la población adulta mayor con deterioro cognitivo. El formato y el contenido del material informativo se adaptó tomando en cuenta las características del público meta.

- **Instrumentos**

En cuanto a los instrumentos, en primera instancia se contó específicamente con el uso de pruebas de cribado como el Mini Examen Cognitivo y NEUROPSI para realizar el cribado. Así mismo, se amplió a la inclusión del Montreal Cognitive Assesment por razones que se explicarán en apartados posteriores. Otros instrumentos utilizados fueron el material didáctico para el desarrollo de los talleres y la evaluación mensual, por parte de la asesora técnica (ANEXO 2), sobre el desempeño durante la práctica. Las características de estas pruebas junto a la confiabilidad y validez de los mismos se encuentran en el apartado teórico.

d. Consideraciones Metodológicas

Como parte del desarrollo de la práctica se planteó realizar una intervención de seis meses a tiempo completo en el Centro Diurno El Tejar. Aunado a esto, un mes antes de la práctica se asistió como voluntario del centro para conocer las dinámicas del mismo. Así mismo una vez terminada la práctica se mantuvo un proceso de seguimiento con la institución, en el cual se asistió periódicamente para la culminación y entrega del Manual desarrollado. Lo anterior de la mano de la participación en capacitaciones en el Centro Diurno como invitado. De igual manera, una vez cumplido el tiempo de los seis meses, se planteó el desarrollo del informe final producto de la práctica. Cabe rescatar que hubo cambios durante la práctica que distaron en mejoras cualitativas y cuantitativas en el abordaje realizado en

comparación a los planeamientos iniciales como anteproyecto de graduación. Los mismos se aclararán a lo largo de los resultados para brindar una noción más amplia del incremento y mejoría de la intervención ejercida.

- **Sistema de Evaluación**

En relación al sistema de evaluación, se trabajó con dos ejes diferentes de valoración. En primera instancia, la valoración mediante el instrumento utilizado por la Asesora técnica. El mismo se puede consultar en el Anexo 2.

Por otro lado, se empleó, por recomendación de la institución, el sistema de retroalimentación sobre los talleres de estimulación cognitiva mediante la consulta oral. De esta forma, al finalizar los talleres se solicitó una retroalimentación oral de las actividades realizadas, para poder integrar las necesidades y características de la población.

- **Protección de los sujetos, precauciones y consideraciones éticas**

La presente práctica trabajó desde los principios legales específicos con los que cuenta la Institución, por esta razón no fue necesario contar con la utilización de consentimientos informados, ya que el permiso lo brindó la institución. El trabajo realizado no conllevó riesgos físicos para los participantes del proyecto. Como parte de la intervención se realizaron encuadres que aclaran las condiciones de participación voluntaria y la posibilidad de retirarse en los momentos que deseen.

- **Documento entregable y Devolución**

Como parte del proceso final de la labor en la institución se realizó la entrega y devolución del material pertinente. Lo largo de la práctica se entregaron informes escritos y orales; sin embargo dos documentos se reservaron para el final.

Por un lado, se hizo entrega de manera inicial la Guía de intervención desarrollada. Para esto se acordaron sesiones de trabajo para finiquitar cualquier detalle y cambio de formato e inclusión de imágenes que se requiriera. Dichas reuniones dieron como resultado una guía utilizada en las capacitaciones institucionales en coordinación con el CONAPAM. Así mismo, se dio el formato del documento presentado en el Anexo 6, el cual representa la guía sin las imágenes promocionales de personas adultas mayores que asisten al centro Diurno.

Por último, la institución recibe el presente documento, en las mismas condiciones que es utilizado durante la defensa. Una vez realizado el protocolo, la institución contará con una copia del mismo.

7. Resultados

Los resultados de la práctica dirigida son muy variados y con múltiples factores a tomar en cuenta para su presentación y cuantificación. De la misma manera, cabe resaltar que los resultados no solo cumplen con lo planificado en el Ante-proyecto de Graduación, sino también se exceden en cantidad y variables abordadas. Específicamente en relación a lo anterior, se hace referencia a un abordaje cuantitativa y cualitativamente distinto. Debido a que en apartado anterior de metodología, únicamente se incluye de manera general las funciones realizadas y no así las que se planificaron inicialmente; las cuales variaron significativamente.

Así mismo, es importante rescatar que a lo largo de la práctica hubo una reformulación constante en función de la gran cantidad de conocimiento adquirido, así como de los cambios que generó en mi formación profesional.

Por un lado, la población meta planeada inicialmente y la abordada durante la práctica cambia en beneficio cuantitativo de la misma. Esto debido a que, en un principio, se planificó trabajar únicamente con la población interna del centro diurno que asisten en la modalidad de Centro de Día. Sin embargo, no solamente se abordó dicha población según el planeamiento inicial, sino también se trabajó con tres poblaciones nuevas. La ampliación se refiere al trabajo con las personas adultas mayores de la clínica de la memoria externa, los líderes de grupos de personas adultas mayores externos al centro diurno y los miembros de dichos grupos.

Por su parte en relación al factor cualitativo el abordaje realizado conllevó mayor desarrollo del mismo, mejorando su calidad. Esto se verá en los cambios cualitativos que se mostrarán más adelante según los resultados y los objetivos a los que responden.

Para una mayor comprensión se presentarán los mismos según categorías, con variables y factores similares. Esto se detalla en distintos ejes como: resultados del eje de estimulación, eje de cribado, eje de desarrollo de material didáctico; así como resultados de promoción de la estimulación en adultos mayores, resultados a lo interno de la institución producto de la práctica, resultados personales y evaluaciones por parte de la asesora técnica y las personas adultas mayores con quienes se trabajó. En relación a lo anterior, se especificarán los objetivos a los que corresponden directamente esos resultados para comprender su consecución y en otros casos su ampliación. Por último, se excluyen los momentos utilizados para la planificación, el desarrollo de materiales o actividades, reuniones a lo largo de la práctica y actividades festivas (como bailes y bingos entre semana) en las que se participó.

Para una mayor comprensión se recomienda remitirse a las tablas 1, 2 y 3 presentes en las paginas 43, 44 y 45, previo a la lectura de los resultados.

Objetivo 1.1: Resultados relacionados al eje Cribado

Este apartado representa el primer eje de trabajo dentro de la institución. En los primeros meses no solo se participó en sesiones de estimulación, planificación y capacitación; sino también se realizó el proceso de cribado de toda la población del Centro Diurno.

Tal y como ya se indicó con anterioridad, en este eje de trabajo, se realizaron algunos cambios en relación a la planificación. En primera instancia durante los preparativos de la práctica la institución indicó utilizar el instrumento llamado Minimal. En relación a esto, en un principio, se trabajó en la aclaración de la distinción sobre el instrumento en uso dentro de la institución. Lo anterior debido a que específicamente se usaba una versión en español de 35 puntos con algunas variaciones realizadas a lo interno de la institución. Por esta razón se corroboró el uso del MEC-35 con cambios propios del uso institucional.

Este fue un eje vital de reafirmación del profesionalismo desarrollado en la carrera. Es decir, durante la carrera de Psicología se nos promueve la consulta bibliográfica y fomenta las habilidades de investigación. Lo anterior siendo de gran utilidad para abordar esta experiencia. Lo que ayudó a no mantenerse simplemente con la información dada y por el contrario ir más allá. De esta manera se averiguaron a profundidad las características del instrumento para poder adquirir el conocimiento necesario para desarrollar las funciones de la mejor manera.

Por otro lado, fue igual de importante este aprendizaje durante la formación profesional de la práctica. Lo anterior debido a que el aclarar la distinción del instrumento se logró adquirir conocimiento técnico al respecto que permitió la oportunidad de facilitar esta información a los profesionales de la institución. Un ejemplo de esto fue el desarrollo de una sesión informativa con el equipo de trabajo interdisciplinario en la cual de manera informal se comunicó información de fondo sobre el instrumento, así como ciertas estrategias necesarias para lograr una aplicación adecuada del instrumento.

Retomando directamente el objetivo al que corresponden estos resultados, se trabajó con un cribado inicial mediante el uso del instrumento MEC – 35 y a mediados de la práctica se realizó un cribado con el MoCA. Así mismo, para este eje se contó con el desarrollo de tabulación de datos de cada uno de los test aplicados, así como un informe general del cribado total de la población del Centro Diurno con la prueba Mini Examen Cognoscitivo de 35 puntos.

La participación de los procesos de valoración distó de los planeados inicialmente. Lo anterior debido a que se pasó de una participación y apoyo en el proceso, a la realización total del cribado institucional con el uso de la prueba MEC – 35. Por su parte se amplió el uso de instrumentos al colaborar en una segunda ronda de cribado mediante el empleo del instrumento MoCA, durante la cual se trabajó con 40 participantes, un poco más de la mitad de la población evaluada. Los resultados de

este objetivo son un ejemplo del cambio cualitativo que existe entre lo propuesto y lo realizado.

El cribado con el MEC-35 fungió como un factor adaptación con la institución y sus miembros. Se comenzó previo a los talleres de estimulación. Específicamente en relación al MEC-35 se realizaron 76 pruebas de tamizaje a la población que acude diariamente, o acudió durante la realización de la práctica dirigida en la institución. En el dato anterior no se incluyen las personas que pasaron por este cribado en su etapa previa a integrarse al centro, debido a la dificultad para contabilizar esta información. Lo anterior debido a que en un inicio parte de las funciones que se desarrollaron fue realizar el tamizaje correspondiente a las personas adultas mayores interesadas en formar parte de la institución, las cuales no siempre ingresaban.

Así mismo, se aplicaron 3 pruebas a externos que no son partícipes del programa interno Centro de Día, pero que sí participan en talleres de estimulación en momentos específicos de la semana, bajo el programa clínica de la memoria Plus. En total se aplicaron 79 instrumentos de MEC-35.

Cabe rescatar que el número de personas que participaron del proceso de tamizaje en la modalidad de Centro de Día varía en relación a quienes participaron de la estimulación. Lo anterior debido a que se excluyeron del tamizaje ciertos y ciertas participantes con ayuda del criterio de la asesora técnica y en otros casos, se relaciona a la salida de las personas adultas mayores de la institución.

En relación a lo anterior cabe rescatar que una de las aplicaciones del test se realizó a una persona adulta mayor con Alzheimer en etapa avanzada a solicitud de la institución. Eso generó que, debido al grado de deterioro en la participante, se mostraron respuestas de un alto nivel de ansiedad y por lo tanto se tuvo que recurrir a habilidades de empatía y sensibilidad para no generar un efecto negativo en la persona. La experiencia facilitó que se replanteara la necesidad imperante de evaluar a un 100% de la población por encima de sus necesidades y/o características. La experiencia brindó la oportunidad de sensibilización y de aceptar que no siempre las pruebas o instrumentos deben ser empleados, puesto que el proceso de aplicación será simplemente desgastante y el resultado no dará ningún beneficio a las personas adultas mayores. Lo anterior al comprender que detrás del cribaje y la evaluación, lo que se busca es brindarle a las personas los recursos que necesitan para tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, existen ocasiones en que esa misma evaluación puede ejercer contra el bienestar de la persona evaluada.

Así mismo y relacionado a lo anterior, este tipo de experiencias a lo largo del cribado institucional, facilitaron la adquisición de destrezas que se mencionaron como necesarias a lo largo de la formación académica, pero las cuales nunca habían sido puestas en práctica. Dichas habilidades hacen referencia a la necesidad de empatía en el trabajo, pero más aún una sensibilidad más allá de la esperada en relación al trabajo con personas adultas mayores. Dando como resultado un sentido

más crítico como profesional y como persona de las prácticas personales, de terceros y políticas públicas en torno a la población adulta mayor.

En relación a esto, se trabajó con la tabulación de los datos y el desarrollo de un informe con recomendaciones, para implementar mejoras al programa de estimulación dentro del Centro Diurno El Tejar. Dicho informe, mostró los datos en una tabulación distinta a la usada en la institución. Lo anterior, como un mecanismo que se planificó para alejarse del uso previo de los resultados. Anterior a la práctica, en la institución, se basaban únicamente en el puntaje obtenido en el “screening”. El informe planteó un uso distinto de los datos. Por un lado cuantificaba el cribado en distintas columnas, según los procesos que evalúa el Mini examen cognoscitivo. Por el otro, clasificaba cada uno de esos procesos en tres categorías diferentes según el margen de error, tal y como se muestra a continuación. Por lo tanto, se mostraron no solamente el resultado general de las personas; sino los puntajes y margen porcentual de errores según las áreas de evaluación de la prueba.

- 76% - 100% respuestas correctas
- 41% - 75% respuestas correctas
- 0% - 40% respuestas correctas

De esta manera se da un mayor aprovechamiento del cribado, siendo más certero y centrado en los adultos mayores evaluados. Lo anterior debido a que brinda un indicio de las áreas de afectación que tienen las y los adultos mayores. Para así,

realizar una estimulación en grupos con características más similares. Repercutiendo de esta manera en la oportunidad de crear planes de trabajo y estrategias de abordaje centradas en las necesidades individuales. Propiciando una estimulación más efectiva y eficiente.

Por su parte, abre las puertas a la oportunidad de realizar una evaluación Neuropsicológica en función de este cribado para identificar sub-áreas más específicas que requieran abordaje, así como indicios de los mecanismos que se pueden utilizar para la realización de la estimulación centrada en áreas afectadas y así trabajar en relación a la funcionalidad. Los resultados que generó este informe se especificarán más adelante en el apartado de resultados para la institución.

Por otro lado, en el eje de cribado se contó con la posibilidad de participar en la evaluación de una persona mediante el instrumento neuropsicológico NEUROPSI; sin embargo, la misma se realizó únicamente como oyente.

Por otro lado, en relación al cribado con la prueba de Montreal Cognitive Assesment se trabajó en coordinación con la Terapeuta Ocupacional y la Psicóloga de la institución. La cantidad de estos test realizados individualmente por mi persona fue de 40. Así mismo, se realizó la tabulación de todos los datos.

De manera general la cantidad de cribados realizados por el practicante se especifican a continuación:

Tabla 4

Cantidad de Cribados según instrumento

Grupo de intervención / Instrumento Utilizado	Participantes del Programa Centro de día	Participantes del Programa Clínica de la Memoria Plus
MEC-35	76	3
MoCA	40	0
Total	119 aplicaciones	

Como parte de estas labores realizadas y resultados mostrados, surge una parte importante relacionada al material desarrollado dentro del eje didáctico a lo interno de la guía creada. En dicho apartado se especificaron detalles de resultados producto de estos ya indicados, así como resultados para la institución. Lo anterior debido a las modificaciones que surgieron propiciadas por el informe, así como cambios estructurales del instrumento empleado que quedaron en la Guía de Intervención desarrollada.

Objetivo 1.2 y 1.3: Resultados relacionados al eje de Estimulación

El abordaje de los resultados del segundo eje de trabajo, expuesto como estimulación cognitiva, se presentarán en este apartado y el siguiente. Específicamente en este se abordan dos de los tres objetivos que lo conforman.

A diferencia de los resultados del objetivo 1.1, en este caso el cambio realizado no es únicamente cualitativo sino también cuantitativo. El mismo hace referencia a la ampliación de la población meta trabajada. En un principio se planificó el trabajo únicamente con uno de las tres poblaciones metas con las que se intervino.

De manera general los resultados en este eje se centran en sesiones de estimulación que varían en tiempo y cantidad de personas. Por un lado, los grupos de trabajo variaron entre las 6 y las 18 personas adultas mayores. Con un tiempo de estimulación de entre una hora hasta dos horas y media, según la modalidad de los talleres. Lo anterior según modalidades se especificará en próximos apartados.

En relación al género de las personas no se tiene un dato específico para toda la población con la que se trabajó, sin embargo, en algunos casos se especificará la población según este dato. Para este apartado los resultados cuantitativos poseen gran variabilidad debido a los grupos con los que se trabajó, así como algunos factores que se aclaran en el apartado de limitaciones de la práctica.

En total y de manera simplificada, en relación al abordaje y trabajo entorno a la estimulación cognitiva, se trabajó con aproximadamente 81 personas adultas mayores que son, o fueron, participantes internos del programa centro Diurno de día, 52 personas en grupos pertenecientes a la Red GruPam y un máximo de 12 personas externas a la institución que son participantes del programa Clínica de la Memoria Plus. Siendo un total aproximado de 145 personas que fueron estimuladas. Dichas estimulaciones variaron de ser en una única vez, de manera intermitente a lo largo de la práctica o hasta continua durante varias semanas consecutivas.

Para dar datos con mayor especificidad es necesario aclarar que los resultados de la práctica propios del eje de estimulación varían según el momento en que se realizaron, los grupos con los que se trabajó y la modalidad. A continuación, se tabulan de manera general los resultados:

Tabla 5

Resumen de resultados cuantificables del eje de estimulación

Participantes del Programa Centro de día	Participantes de la Red GruPam	Participantes del Programa Clínica de la Memoria	Tiempo de Estimulación usual
81	52	12	2 horas y media

Parte de los resultados no cuantificables de la práctica y la labor realizada con los talleres y la estimulación, se encuentra en los aprendizajes. De manera general existen aprendizajes evidentes y esperados a raíz del trabajo realizado; tal y como puede ser el aprender a planificar sesiones de estimulación cognitiva. En relación a esto, a lo largo de los siguientes apartados se especificarán aprendizajes obtenidos durante la práctica, sin hacer mención de aprendizajes que puedan ser claramente esperados.

El manejo de grupos resulta ser una de las primeras habilidades en consolidarse al trabajar en sesiones grupales de estimulación cognitiva. Relacionado a esto, se encuentra el desarrollo de estrategias de multitarea relacionadas a la necesidad de prestar atención a todos los adultos mayores que participan de la sesión. Así mismo, se consolidan habilidades en relación al afrontamiento de los imprevistos y emergentes.

Resultados según grupos de trabajo

En este aspecto los resultados de la práctica se amplían significativamente a lo planeado. En primera instancia se planteó trabajar con el grupo de personas adultas mayores que acuden en la modalidad de Centro Diurno de Día. Aproximadamente 81 personas, sin embargo, este número varió a lo largo del proceso debido a que las personas adultas mayores participantes entraron o salieron de la institución por distintas razones.

De manera paralela se incluyó el desarrollo de talleres a participantes externos al Centro Diurno, pero que se vinculan mediante el programa Clínica de la Memoria Externa o Plus. Aunado a lo anterior, los resultados se incrementaron al participar de una ampliación del Programa llamada Red GruPam, la cual es una red de grupos de reuniones de adultos mayores a lo largo del cantón del Guarco. A continuación, se detallan los resultados según los grupos respectivos:

- Grupos del Centro Diurno: en este abordaje se intervinieron dos distintos grupos.
 - o Grupo Internos: las personas adultas mayores pertenecientes a este grupo corresponden a los miembros activos del programa centro de día. Así mismo, los grupos trabajados variaron en cantidad, entre 6 personas hasta las 18, con un grupo promedio en la mayoría de las sesiones de 8. Por su parte el tiempo para los talleres fue de dos horas y treinta minutos. En relación a esta población se trabajaron talleres preventivos en una gran parte de los participantes que buscaban reducir el riesgo de deterioro cognitivo y deseaban mantenerse activos. Así mismo, se trabajó en torno a la rehabilitación o mantenimiento de funciones en un grupo de la población con diagnóstico de deterioro.
 - o Grupo Externos: los participantes corresponden al grupo del Programa Clínica de la Memoria Plus. Los mismos son personas adultas mayores que acuden al centro únicamente a sesiones de trabajo de una hora en distintos momentos de la semana. El grupo total es de alrededor de 12 personas, sin embargo, no acuden todos en el mismo horario y en algunos casos no llegan periódicamente. Este grupo se

caracteriza por estar conformado por personas con alto grado de dependencia y diagnóstico de deterioro cognitivo. El objetivo de las sesiones fue trabajar en una disminución del avance del deterioro.

Tabla 6

Resumen de datos según grupos

Grupo de Intervención	Cantidad de Personas	Objetivo	Tiempo por Sesiones
Grupo Internos	6-18	Preventivo y Reducción del avance del Deterioro	2 horas y media
Grupo Externos	4-8	Reducción del avance del Deterioro	1 hora

- Grupos de la Red GruPam:

En relación a este grupo abordado se trabajó tanto en estimulación como en otros abordajes que serán indicados en su respectivo apartado. Principalmente las sesiones de estimulación en las que se dio un involucramiento fueron tres. Dos de las anteriores se dieron como visitas a los respectivos lugares de reunión de cada grupo, y la última se dio como una visita de los miembros de los diferentes grupos a la institución. En dicha visita cada grupo acudió a la institución con 5 miembros y su

coordinador los cuales fueron distribuidos en las distintas sesiones de estimulación a cargo de cada miembro del equipo interdisciplinario, incluyéndome.

Sin duda alguna, el trabajo con esta red permitió el ampliar la concepción acerca de lo que es el trabajo en estimulación cognitiva. Quizás es esperable que al centrarse únicamente en talleres o en cribado, la percepción del trabajo psicológico en la estimulación cognitiva se encuadra en esos dos pilares. Sin embargo, la labor en capacitaciones, en planificación y en la coordinación de grupos que fungen como focos de cambio; dan como resultado una apertura en la interpretación de las labores como profesional. Permite comprender que como psicólogos podemos intervenir y participar directamente no solo en atender la población, sino también capacitar a otras personas para generar cambios e inclusive direccionar sus labores administrativas en pro de programas interdisciplinarios de atención integral para la población.

En el siguiente apartado de modalidades de intervención se especificará con mayor detalle la labor realizada con esta población meta; ya que, resulta difícil de abordar ahora debido a la variabilidad del trabajo realizado.

Resultados según modalidades

En relación a este apartado se especifica la modalidad según la que se trabajo. Se hace referencia a si los talleres fueron creados y desarrollados por mi persona o si se realizaron como asistente de talleres elaborados por otros profesionales en Psicología, Terapia Ocupacional y Terapia Física.

Aunado a lo anterior cabe rescatar que los 3 talleres dados en la Red GruPam no pertenecen a la clasificación anterior. Esto debido a que fueron sesiones de estimulación general en temáticas asignadas y variaron del trabajo mencionado. Por esta razón, a continuación, se aborda la intervención según la modalidad en que se trabajó la Red GruPam.

- Modalidad para Red GruPam:

Se participó en dos visitas a estos grupos, en uno de los casos se trabajó en modalidad asistencia con 18 personas. En la anterior se abordó una sesión de estimulación de una hora con colaboración de la asesora técnica. En la otra visita de campo se trabajó el desarrollo de un taller general de estimulación viso-espacial, con una participación de 16 personas adultas mayores. Por último, hubo una visita de estos miembros al centro y se trabajó de manera individual con un grupo de 6 personas en estimulación general de la memoria.

Tabla 7

Resumen de resultados de la modalidad GruPam

Tipo de Taller	Sesiones	Cantidad de Personas	Tiempo por Taller
Talleres Desarrollados			
Individualmente	2	24 en total	2 horas
Talleres con colaboración	1	16	1 hora

- Modalidad por Asistencia:

En relación a esto, los talleres de asistencia hacen referencia a que se trabajó directamente con las personas en la estimulación; sin embargo, el trabajo se hizo bajo las premisas y actividades definidas por el otro profesional. La mayor cantidad de talleres que se trabajaron en esta modalidad fueron, tal y como se previeron, al inicio de la práctica; sin embargo, con el paso del tiempo se requirió de mi colaboración en distintos talleres.

Estas sesiones de intervención se desarrollaron de manera interdisciplinaria con profesionales en psicología, terapia ocupacional y terapia física. En los dos primeros casos se laboró con profesionales y estudiantes de sus respectivas profesiones. Así mismo, en coordinación con terapia ocupacional se trabajó un grupo en específico bajo esta modalidad, el mismo contó con la característica de que sus participantes tenían un alto grado de deterioro visual.

Dentro de los trabajos realizados asistiendo a otros profesionales existen diversos aprendizajes importantes a rescatar. Propició la adquisición de habilidades relacionadas al trabajo interdisciplinario, tal y como puede ser esperado. Sin embargo, facilitó la adquisición práctica de estrategias para desarrollar planificación de intervenciones mediante la planificación de estrategias de trabajo en conjunto. Fungió como un espacio de aprendizaje para conocer sobre otras profesiones y lograr determinar en qué aspectos el trabajo debía convergir en un conjunto. Y de esta

manera poder desarrollar estrategias y planificar en función de capacidades y fortalezas de cada profesional y su profesión.

Así mismo, específicamente con la población trabajada con terapia ocupacional favoreció la adquisición de habilidades para el desarrollo y planeamiento de actividades acopladas a la población, así como destrezas para el trabajo con la misma.

Específicamente en relación al trabajo de talleres en modalidad de asistencia con el grupo de problemas visuales, se dieron cinco sesiones de trabajo de dos horas y media. La siguiente tabla muestra cuantitativamente la cantidad de talleres de estimulación en esta modalidad, así como el grupo al que corresponden.

Tabla 8

Resumen de resultados de la modalidad por asistencia

Talleres en el Programa Centro de día	Participantes del Programa Clínica de la Memoria	Total de Intervenciones en esta Modalidad
16	8	25

- Modalidad por Desarrollo:

Esta hace referencia a la modalidad de talleres que fueron desarrollados, planeados y ejecutados por mí. En este aspecto se trabajaron distintos tipos de talleres que se denominan Funcionales y Reminiscencia. Así mismo, a petición del administrador de la institución, se trabajó en algunos casos de manera individual.

Es importante rescatar que la experiencia facilitó comprender que el abordaje de la estimulación cognitiva es un trabajo en el cual no solamente se pueden abordar diferentes áreas. Sino por el contrario, se aprendió que existen múltiples focos de intervención y está en cada profesional y en cada caso el determinar qué áreas deben explotarse en beneficio de crear un trabajo favorable para las personas adultas mayores.

o Talleres Funcionales:

En estos se trabajó un área en específico, pero con modalidades distintas según las necesidades de cada participante. Es decir, por ejemplo, se trabajaron talleres de estimulación preventiva en el área viso-espacial; para esto se desarrollaron actividades específicas para estimular dicha habilidad, pero con grados de dificultad acorde a los participantes en cada taller. Lo anterior fue posible debido a que el cribado y los talleres en modalidad de asistencia se desarrollaron previo a este tipo de intervención; por esta razón se conocía la población con quienes se trabajaba y se daba la posibilidad de acoplar las actividades según requerimientos. Así mismo, el

proceso y sub-procesos cognitivos a estimular también eran elegidos en función del sub-grupo con quienes se trabajaría. Cuantitativamente se realizaron 36 talleres en esta modalidad.

De manera general esta modalidad de trabajo favoreció la comprensión de que las intervenciones no tienen por qué ser trabajos repetitivos. La necesidad de variar y modificar según las necesidades de la población permitió la enseñanza de cómo afrontar los cambios inesperados en los planeamientos. Así como la adquisición de estrategias para modificar las actividades ya existentes y variarlas en función de no caer en la monotonía y por ende generar también una evolución en las sesiones de trabajo. Desencadenando de esta forma el desarrollo de estrategias en flexibilidad y manejo de la frustración.

Un ejemplo de esto es el apartado de actividades de estimulación en la guía presente en el anexo 6. En dicho documento se ejemplifica las habilidades adquiridas para interpretar el trasfondo de la utilidad en una actividad y variarla en beneficio de los niveles de dificultad de la persona adulta mayor. De la misma manera que comprender el mecanismo de acción de la estimulación con determinada estrategia y a partir de ahí poder crear variaciones de la misma con diferentes materiales. Por último, basado en los materiales de la institución, el uso de los cubos “puzzle” como material de intervención y las variaciones sugeridas en las actividades de estimulación de la guía y sus variaciones son un ejemplo de cómo se adquirieron destrezas en el trabajo práctico.

- Talleres de Reminiscencia:

Esta intervención se basó en el trabajo expuesto por Salazar (2011), sobre estimulación por reminiscencia. Si bien es cierto, no con todos los grupos se desarrolló a plenitud todo el conjunto de sesiones; en su mayoría los grupos de participantes participaron continuamente de distintas sesiones de reminiscencia con diferentes técnicas y temáticas. Cuantitativamente se realizaron 7 talleres en esta modalidad.

La idea de que cada persona es un mundo de aprendizaje, representa claramente la apreciación de esta labor. Sin hacer referencia única a que cada persona es diferente y cuenta una historia distinta durante las sesiones de reminiscencia. Por el contrario, se hace referencia al aprendizaje técnico que se adquiere al trabajar con personas adultas mayores. Al tener distintas capacidades, características e intereses; a lo largo de la intervención se desarrollaron estrategias para abordar y trabajar estos factores. De esta manera se aprendió a ser versátil frente a las necesidades y características individuales.

- Talleres Individuales:

Por su parte a petición de la administración del Centro Diurno en ciertas ocasiones se trabajaron talleres de manera individual. Los mismos se justificaron directamente en las necesidades de momento de la institución y/o de las personas

adultas mayores. Fueron un total de 10 talleres y la duración varió en función de las características de los participantes.

Al igual que las diferentes modalidades que se trabajaron, el trabajo propicio la consolidación de conocimientos y/o estrategias. Específicamente cabe rescatar que simbolizó la oportunidad de priorizar según las necesidades de la persona adulta mayor y de aprender acerca de la importancia se centrarse en esto.

A manera de resumen, la tabla 9 muestra los datos totales de talleres de estimulación planificados y realizados de manera individual. Lo anterior, especificado bajo la modalidad de desarrollo en sus dos clases de intervención: Funcionales y Reminiscencia. Donde se excluyen los 25 Talleres en los que se trabajó asistiendo.

Tabla 9

Resumen de resultados de la modalidad por desarrollo

Tipo de Taller	Programa Centro de día	Programa Clínica de la Memoria Plus	Total de Intervenciones en esta Modalidad
Talleres Funcionales	29	7	36
Talleres de Reminiscencia	7	0	7
Talleres Individuales	10	0	10

Resulta oportuno en este momento rescatar, en medio de los resultados de un análisis cuantitativo de los beneficiarios de la práctica, un impacto de la práctica en mi persona. Aunque resulta repetitivo, es muy diferente leer un artículo o que un especialista nos explique, a poder verlo en la labor diaria. Un ejemplo de estos es cómo los procesos cognitivos, si bien es cierto son clasificados en diferentes tipos, los mismos no deben ser desligados los unos de los otros. Existen muchos cambios y adquisiciones de conocimiento a lo largo de la práctica, de los cuales, algunos se asumen como esperados en el proceso de profesionalización. Pero para la estimulación cognitiva la comprensión a profundidad de esta integración de los procesos cognitivos me resulta un aprendizaje vital y un cambio como profesional que espero haber explotado al máximo. A lo largo de la intervención realizada se trató de hacer énfasis en esta importancia y de transmitir la profundidad de los procesos inmersos al realizar labores de estimulación cognitiva o de cribado. Lo anterior, debido a que el tener claro su interrelación, así como su individualidad en función de las necesidades de la persona, puede ser el causante de realizar intervenciones efectivas y eficientes o simplemente hacer talleres con un impacto mínimo en los participantes.

Otro factor a rescatar es la escucha activa. Un tema altamente mencionado en el transcurso de la carrera. A lo largo de la práctica, en muchos casos como en el trabajo con reminiscencia, este fue un factor determinante. Específicamente a lo largo del abordaje realizado se trabajó con diferentes casos en los que esto se vio reflejado.

Se observó como las personas adultas mayores perciben las sesiones de terapia de manera diferente en función de la empatía y escucha activa que observan en el terapeuta. Esto desencadenaba en gran medida la percepción de las personas adultas mayores acerca de la utilidad del proceso y por ende en la efectividad del mismo.

Un ejemplo de lo anterior se dio en el trabajo con una adulta mayor. A lo interno de la institución el trabajo con la señora se dificultaba con todos los profesionales; sin embargo, conmigo mediante el interés sincero en lo que ella contaba y una empatía para escucharla sin ningún prejuicio, ella mostro una clara afinidad a trabajar conmigo. De esta manera no solo participó activamente de las sesiones, sino también se observaron cambios evidentes en su trato y una mejoría notoria en su discurso.

Objetivo 1.4 Resultados relacionados a la promoción

A continuación, se muestran los resultados de la práctica en relación a la promoción del programa Clínica de la Memoria, de prácticas de estimulación en las personas adultas mayores, así como de promoción acerca de la importancia del trabajo multidisciplinario y neuropsicológico con la población adulta mayor.

Específicamente en relación a la población del Centro Diurno El Tejar, la mayor parte de la promoción se realizó a lo largo de las sesiones de estimulación, así como en la consolidación de grupos interesados en participar de las sesiones de estimulación cognitiva. Lo anterior hace referencia a que en cada sesión dada a

grupos de personas adultas mayores con quienes no se había trabajado: se destinó un tiempo prudencial para explicar los beneficios de los talleres y promover su continua participación en el programa, tanto en los talleres realizados por mi persona como en los desarrollados por el equipo interdisciplinario. Lo anterior también se mantuvo como constante a lo largo del cribado de la población. En gran parte de los casos preguntaron cómo podrían mantener sus funciones cognitivas intactas o inclusive mejorarlas. Por esta razón se hizo referencia a la participación continua en los talleres de estimulación cognitiva impartidos en la institución, así como algunas estrategias de estimulación posibles según sus facilidades en el hogar. Un ejemplo de lo anterior fue el uso de programas de estimulación mediante tabletas en los casos que poseían dicha facilidad.

En ambos casos, se dio una promoción específica de prácticas de estimulación a lo interno de la institución en la población que asiste diariamente a sus instalaciones.

Como parte del proceso de trabajo en la institución se contó con la posibilidad de desarrollar dos talleres para la población total de personas adultas mayores del centro. Uno de dichos talleres, se desligó del abordaje neuropsicológico y trabajó otras temáticas relacionadas a la ansiedad y al manejo de emociones, esto por petición de la institución. En dicho caso se trabajó con un quórum de 70 participantes en una sesión de una hora. Por su parte, el segundo taller general giró en torno a temáticas neuropsicológicas y se vinculó con temáticas transversales, relacionadas a la

promoción y desarrollo de interés por participar activamente de los talleres de Clínica de la Memoria para los miembros internos del Centro. En dicho caso se contó con la participación de 71 miembros durante una hora.

Otro punto inmerso en la promoción de prácticas, gira en torno a la capacitación que se planificó y desarrolló con el personal interdisciplinario del Centro Diurno de Paraíso. Dicha capacitación fue desarrollada únicamente por mi persona como solicitud del administrador del centro Diurno de El Tejar, como un medio para expandir los parámetros que se fueron recomendando a lo largo de la práctica. Dicha charla se basó en solventar dudas en relación al desarrollo de un programa similar de estimulación. En la misma se abordó el proceso explicado dentro de la Guía que se desarrolló.

Por otro lado, se participó con el plan piloto que se desprende del programa Clínica de la Memoria. Como parte del beneficio económico que recibió la institución, se creó un programa llamado GRUPAM en el cual se contactó con los grupos de Adultos Mayores organizados en el Cantón del Guarco y se desarrolló una red de apoyo.

Con relación a lo anterior, se trabajó con los coordinadores de los grupos entorno a ejemplos de estimulación y capacitación para promover dichas actividades en sus grupos. Para esto se dieron 4 visitas a la institución por parte de estos coordinadores, en grupos que variaron entre 8 a 12 personas. Dichos grupos variaron

en cantidad de asistencia, pero no así las personas que asistieron. El trabajo con los coordinadores fue realizado en conjunto del equipo interdisciplinario y la administración del Centro. Para esto se trabajó en el apoyo al administrador en relación a la coordinación, planificación y desarrollo de las sesiones con los líderes organizacionales. Durante la práctica se participó en 3 sesiones con los líderes, relacionadas a la estimulación promoción de actividades y consolidación de estrategias. Así mismo, se colaboró con un taller de capacitación sobre el programa Clínica de la Memoria a los mismos. En relación al trabajo con los miembros de estos grupos, la cantidad de sesiones, modalidad y demás detalles fueron expuestas con anterioridad.

Entre la promoción del programa se debe hacer mención a la participación en reuniones relacionadas a la ampliación de dicho programa. Así como, de participación en reuniones de estructuración del programa, relacionadas a impartir capacitaciones a externos.

Estas capacitaciones a externos, al igual que la realizada de manera individual en el Centro Diurno de Paraíso, se llevaron a cabo con un grupo interdisciplinario de personas a cargo del Hogar San Pedro Claver. En el mismo se trabajó en conjunto con la terapeuta ocupacional y la psicóloga del Centro Diurno El Tejar para explicar la dinámica del programa clínica de la memoria. Así mismo, por mi parte, se trabajó directamente en la explicación del funcionamiento de los instrumentos de cribado específicamente el MEC-35 y sus diferencias con el MMSE. Aunado a esto se

delimitó el rumbo y ejes de trabajo necesarios en el desarrollo de intervenciones similares al programa en cuestión.

Tal y como se puede observar al leer el objetivo y los resultados que se muestran, los mismos sobrepasan a los planteamientos iniciales, apuntados en el anteproyecto. Lo anterior, debido a que no solo se hizo una promoción directa a las personas adultas mayores internas en la institución, sino que también se trabajó con profesionales, adultos mayores e instituciones externas.

Objetivo 1.5 y 1.6 Resultados relacionados al eje de Material Didáctico

En este segmento se hace referencia directa a los resultados del tercer eje de trabajo de la práctica. Los materiales confeccionados fueron modificados en función de las necesidades de la práctica, dando como resultado una mejoría cualitativa de los mismos.

Para este eje se planificó realizar tres artículos informativos sobre temáticas de importancia para la práctica y la institución, para ser publicados en un boletín de la página web. Debido a cambios en dicho sitio, se desarrolló un conjunto de 3 trípticos informativos y aclaratorios para los cuidadores que asistan a la institución y que serían dados como material didáctico en las capacitaciones de la institución a otros profesionales a lo largo del año. A continuación, se indican las temáticas trabajadas:

- Folleto 1: Gira en torno a conceptos básicos dentro del programa de Clínica de la Memoria, tales como: vejez, envejecimiento, neuroplasticidad, reserva cognitiva y estimulación. (Anexo 3)
- Folleto 2: En este caso la temática gira en torno a enfermedades demenciales, en donde se explican las distintas categorías. Así mismo se aborda la temática del deterioro cognitivo leve. (Anexo 4)
- Folleto 3: Por último, se trabaja la conceptualización y explicación de las enfermedades demenciales degenerativas (Alzheimer, Cuerpos de Lewy y Demencia asociada al Parkinson). En el mismo se realiza un abordaje que explica no solamente cada enfermedad sino también las diferencias entre las mismas. (Anexo 5)

Aunado a lo anterior y con mayor importancia, se modificó el manual recopilatorio de actividades para estimular, por una guía de intervención para la población. La misma dirigida a los profesionales actuales y futuros de la institución en búsqueda de unificar los criterios de intervención tanto en el tamizaje realizado, así como en la estimulación.

Inicialmente contendría únicamente actividades dirigidas a la población interna con alto grado de dificultades cognitivas debido a síndromes demenciales, el cambio surgió a raíz de políticas internas de la institución relacionadas a no mantener personas adultas mayores que su deterioro requiera atención individual debido a la carencia de cuidadores o específicamente mayor de grado 3 en la Escala de Deterioro

Global. Por esta razón, el manual se modificó por una guía. En la misma se puntualizan actividades de estimulación de baja dificultad para esta población, cumpliendo así con la recopilación de actividades planteadas inicialmente. Así mismo, se incluyeron niveles de dificultad acorde a un menor deterioro, aumentando así la utilidad y funcionalidad de la guía en la institución. Por lo tanto, el apartado de actividades para estimular posee ejemplos de actividades según grados de dificultad, facilitando así su uso.

Por otro lado, dos secciones más fueron incluidas a lo interno del documento. En un inicio un segmento teórico de información básica necesaria para cualquier profesional que trabaje dentro del programa Clínica de la Memoria. Y por el otro un apartado relacionado al cribado neuropsicológico en el cual, en función del conocimiento adquirido durante la práctica, se especifica consejos prácticos y teóricos para la aplicación y puntuación de los instrumentos.

Este material fue desarrollado en función de la teoría existente en el abordaje del tamizaje y estimulación cognitiva; así mismo, se parte de la experiencia y apoyo profesional para brindar consejos que resultaron de gran utilidad a lo largo de la práctica. En el Anexo 6 se encuentra el material en cuestión.

Por último, se trabajó en una serie de notas publicitarias mediante la red social Facebook. La función se basó en la recopilación de información para publicaciones de promoción de la estimulación cognitiva y su significado; así como la importancia

del Programa Clínica de la Memoria. El uso de esta información estuvo a cargo de la administración de la institución.

Resultados para la institución

Como parte de la práctica realizada, el Centro Diurno de El Tejar obtuvo una serie de beneficios, así como cambios a raíz de las funciones ejercidas. Por esta razón se puntualizarán algunos de los resultados más beneficiosos que se lograron observar.

Como parte de las funciones de cribado se realizó un informe con los resultados y recomendaciones a seguir. En relación a esto se dieron dos avances significativos a lo interno del funcionamiento del programa Clínica de la Memoria. Por un lado, se aclaró el uso de pruebas de cribado y su diferencia con pruebas neuropsicológicas; así como su pertinencia. Después de esto, dentro de la institución surgió un cambio en el uso de los términos y se modificó la implementación de evaluación neuropsicológica por el uso correcto del término cribado, esto en función de los instrumentos que son utilizados en la institución que responden a instrumentos de tamizaje.

Por otro lado, parte del informe propició conocimientos en torno al test utilizado el cual se aclaró directamente a la institución que era el MEC-35, la versión en español del MMSE, nombre empleado por los funcionarios. Una vez realizada la presentación de los datos y algunos consejos entorno a las debilidades del instrumento, se optó por incluir un instrumento complementario para el cribado. Por

esta razón en la segunda ocasión que se tamizó la institución solicitó el uso del MoCA.

En relación a lo mencionado en los párrafos anteriores, también se orientó el uso de los resultados del cribado más allá de la categorización por puntajes de las personas adultas mayores. Especialmente con la psicóloga, se promovió el uso de los resultados de manera más activa sin necesidad de archivarlos y realizar estimulaciones de manera general. En función de esto se trabajó en la orientación de un programa en donde se realiza cribado y se “debe” estimular de manera funcional a las áreas indicadas como afectadas en el tamizaje. Lo anterior, mediado por el criterio de promover una independencia en las personas adultas mayores y utilidad de la estimulación en la vida diaria para los mismos.

Por último, es claro mencionar que el material didáctico producto de la labor durante la práctica es un beneficio tangible y directo para El Centro Diurno El Tejar. Esto debido a que, en relación al material informativo como los trípticos, brindarán la posibilidad y capacidad de informar a los cuidadores de los adultos que asisten a la institución. Así mismo, la guía desarrollada es vital para la ampliación del programa Clínica de la Memoria en relación a que aclara y brinda un camino a seguir para la labor realizada en el programa.

Resultados relacionados a la Evaluación de la Práctica

En este eje de resultados es importante mencionar que el mismo se fundamenta en dos evaluaciones distintas. Por un lado, el uso del instrumento propuesto como seguimiento por parte de la asesora técnica en la institución y por el otro, la retroalimentación de las personas adultas mayores con quienes se trabajó. Aunado a lo anterior, puede encontrarse la evaluación solicitada al administrador de la institución y los comentarios de miembros de la junta directiva. La evaluación mensual realizada por la asesora técnica se resume en una evaluación de 10. A continuación se muestran los resultados mediante gráficos sencillos, sobre los promedios generales en cada punto de evaluación:

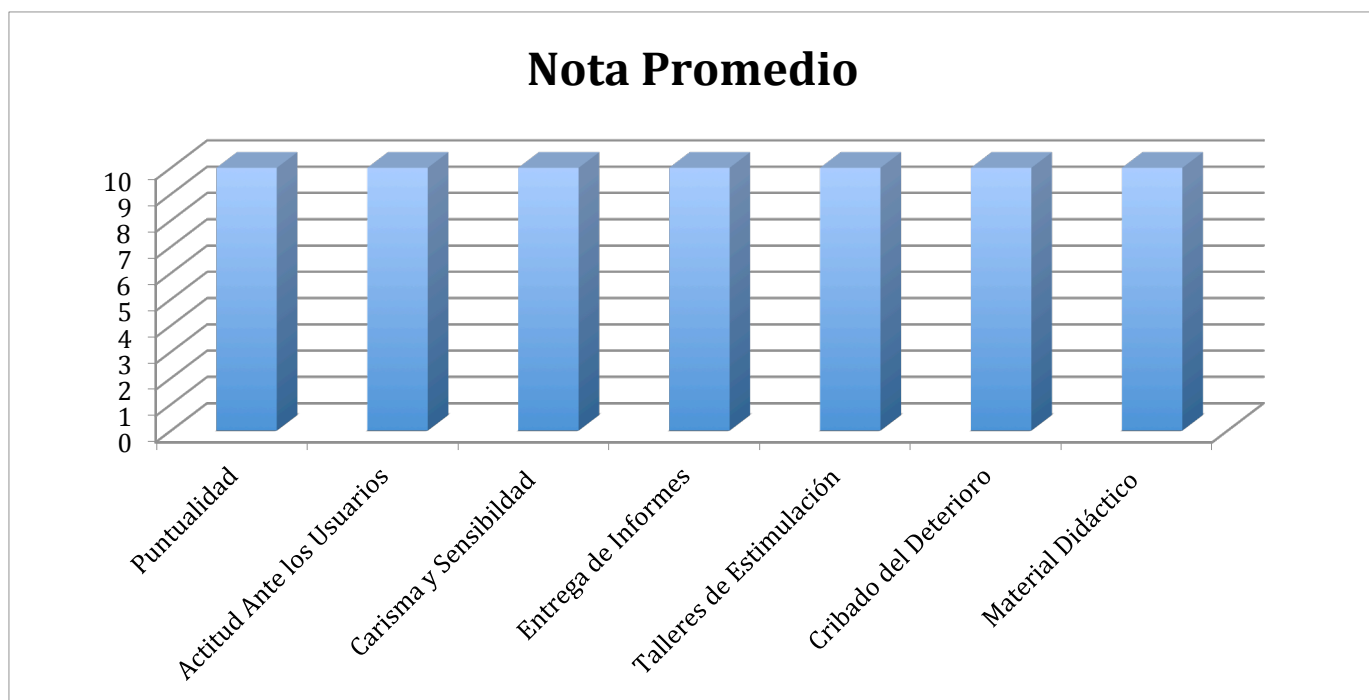


Figura 1. Nota Promedio en Evaluación

En relación a la retroalimentación solicitada en cada sesión a las personas adultas mayores, los comentarios se ejemplifican en las siguientes tablas. En la misma se puntualizan comentarios literales realizados por la población con la que se trabajó a lo largo de la práctica, en relación a la pregunta “¿Qué le pareció la sesión?, ¿algún comentario o consejo para mejorar?”

Tabla 10

Comentarios de retroalimentación de las personas adultas mayores

“Es un muchacho muy bueno.”	“Muy buena, nos da mucho amor y nos tiene paciencia, ojalá todos fueran así.”	“Los jóvenes deberían aprender de usted.”	“Lo que vemos aquí, son cosas muy importantes para la mente.”	Eduardo, tiene que hacernos su grupo. Ya sabe quiénes somos, escójanos siempre para trabajar con usted aquí.”
“Uno aprende mucho”	“Me gusta mucho trabajar con usted”	“Nos ayuda a desarrollar la mente”	“Muy buena, son cosas que ayudan mucho para no estar mal”	

Por su parte se dieron retroalimentaciones haciendo referencia a las funciones y habilidades empleadas durante el desarrollo de las sesiones.

Tabla 11

Comentarios con respecto a mi persona como desarrollador de talleres

“Eduardito, gracias a usted pude hacer las tareas de hoy.”	“Un muchacho muy lindo, con mucha paciencia con nosotros.”
------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

8. Limitaciones

En gran medida las limitaciones de la labor realizada durante la Práctica Dirigida en el Centro Diurno de El Tejar se deben al cambio poblacional que ocurre cuando entran nuevos miembros y otros salen. Así mismo, se vincula con el incremento de la población meta producto del reajuste relacionado al nuevo financiamiento. Relacionado a lo anterior, con el aumento de la población y del alcance del programa se requirió cambiar constantemente de espacios de trabajo. Debido a que no solo se trabajaba a lo interno de la institución. Aunado a lo anterior y de una manera similar, por la cantidad de personas adultas mayores en los programas de intervención, hubo una gran variedad de grupos de trabajo y en un gran porcentaje se dificultó dar continuidad al proceso de sesiones. Relacionado a esto, se vincula una

segunda dificultad para dar continuidad debido a la gran gama de actividades que se trabajaron y que surgían como necesidad.

Por otro lado, una de las mayores limitaciones que se tuvieron se relacionan a los cambios semanales en los planeamientos, según las necesidades del centro que se presentaron a lo largo de la práctica. Por esta razón, se requirió la previsión de estos cambios y el desarrollo de planeamientos múltiples para poder tener previsto un cambio en los mismos en función del grupo de trabajo. No se previó un incremento significativo en las variables que se abordarían y que en algunos casos muchos participantes cambiaron de ser internos del centro diurno a ser egresados, así como externos del programa clínica de la memoria a internos del centro.

Por último, una de las limitantes más importantes fue el manejo de los instrumentos aplicados. Los mismos debían permanecer en un portafolio hasta la aplicación total en la población y luego realizar los informes y tabulaciones pertinentes. Sin embargo, algunos test ya aplicados se extraviaron y por ende tuvieron que ser re-aplicados; afectando así su validez.

9. Conclusiones

Tal y como vislumbra la teoría, el trabajo con la población de personas adultas mayores es imperante en la actualidad. Y lo será aún más, en los próximos años. Representa un eje vital para la profesión; ya que, es un espacio que requiere de la psicología en gran amplitud y complejidad. Por esta razón, representa un campo de

abordaje como fuente de empleo y de intereses para el desarrollo de nuevos y mejores programas de apoyo para la población. Lo anterior debido a las estadísticas dadas por encuestas realizadas por la institución, donde más del 80% de las personas adultas mayores del cantón se encuentran desligados de un apoyo institucional, desconociendo si la familia le provee apoyo profesional individual. Sin embargo, es notoria la carencia en relación a la incidencia de casos de atención relacionadas a problemas neuropsicológicos. Y a la vital necesidad de independencia y auto-suficiencia de las personas adultas mayores, en donde la profesión de psicología puede apoyar de gran forma.

De la misma manera, es imperante la necesidad de un abordaje para esta población desde la profesión. Dándole una mirada orientada a la calidad de vida y no así clínica. Tal y como menciona la teoría, el incremento de enfermedades asociadas a la demencia en esta edad es necesario trabajarlo. Para esto se requiere del apoyo de profesionales capacitados.

Como parte de las conclusiones del trabajo realizado, se encuentran los resultados personales producto de la práctica dirigida. Es importante mencionar el aprendizaje y desarrollo de habilidades personales que repercuten, sin duda alguna, en la profesionalidad y conocimiento como futuro Psicólogo en el país. En relación a esto, el aprendizaje y sensibilización con la población supera con creces las bases previas sobre el trabajo con personas adultas mayores. De la misma manera sucede en

relación al conocimiento teórico adquirido en torno a la intervención neuropsicológica con esta población.

Así mismo, el desarrollo de habilidades para el trabajo interdisciplinario fue indispensable para poder trabajar con un equipo multidisciplinario conformado por una Terapeuta Ocupacional, una Psicóloga, una Terapeuta Física, así como Gerontóloga y Abogados.

Si bien es cierto, se mencionó la variabilidad de los grupos, con los que se trabajó, como una limitación, al mismo tiempo representó un factor de aprendizaje, relacionado al desarrollo de habilidades de afrontamiento para los cambios durante y antes de las sesiones de estimulación. El desarrollo de mecanismos para el manejo de distintas posibilidades mediante el desarrollo previo de múltiples planeamientos, resultó ser un factor importante a considerar. Para el trabajo profesional resultará imprescindible estas habilidades para poder hacer frente a circunstancias adversas dentro de las intervenciones a realizar.

Otro beneficio de haber trabajado con distintos grupos, más allá de los planificados, es que brindó la opción de generar un criterio de las mejores estrategias de trabajo, así como su utilidad en distintos casos. Por ejemplo, el trabajo en coordinación con la psicóloga, o la trabajadora ocupacional brindó información de distintos modelos de abordaje, así como habilidades necesarias. De la misma manera, mostró la posibilidad de sugerir cambios en función de un abordaje ajeno al programa

que se veía beneficiado al no estar sesgado por su creación. En relación a lo anterior, surgen conclusiones producto de la labor realizada de manera individual de la mano de la realizada en conjunto con profesionales capacitados. De esta manera se lograban ver diferencias útiles a implementar o desechar.

El objetivo general de la inmersión profesional de esta práctica gira en torno a la adquisición de habilidades y destrezas en la prevención del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores, y me resulta necesario aclarar que desde mi perspectiva el mismo se trascendió.

Un ejemplo de esto está en los resultados del eje 2. Al leer ese segundo apartado de resultados resulta muy cuantitativo y a simple vista se puede concluir que aproximadamente la mitad de los días que se trabajó en la práctica contaron con la presencia de talleres de estimulación, ya fueran dentro o fuera de la institución. Sin duda alguna, el aprendizaje producto de esto va más allá de simplemente habilidades de manejo de grupos, destrezas para enfrentarse a imprevistos y desarrollo de logística para prever cambios en la población de trabajo día a día. Así mismo, superan con creces la adquisición de conocimiento teórico acerca de los procesos inmersos en la cognición humana y específicamente en la tercera edad, así como de las condiciones que influyen dichos procesos.

Es claro que dentro del avance de la carrera los estudiantes cuentan con un gran aprendizaje teórico y metodológico, pero este siempre es insuficiente frente a la

práctica. Más allá de eso, un claro objetivo de este requisito académico es una formación específica y centrada en una temática o población de interés. Sin duda alguna previo a la realización de la práctica mi persona contaba con conocimientos generales de la mayoría de lo que se puso en práctica. Sin embargo, esto aumentó y cambió no solo mi conocimiento y habilidad profesional a la hora de trabajar; sino también mi perspectiva. No dudaría en decir que la práctica facilitó un cierre con broche de oro para consolidar un interés genuino en la psicología con una noción práctica de su variabilidad y gran utilidad.

10. Recomendaciones

a. Para la Institución

En primera instancia se hará un recuento de las recomendaciones que se fueron dando a lo largo de la práctica. Las mismas representan ejes importantes de trabajo sugeridos a partir la inmersión en el programa clínica de la memoria. A su vez, representa un factor a considerar para mejorar e implementar una mayor calidad de las intervenciones que se realizan y el trabajo que se promueve como centro diurno innovador en unidades de memoria.

Como parte del desarrollo del cribado, se recomendó ampliar la gama de pruebas de tamizaje cognitivo. Como resultado de estos se integró al cribado institucional el instrumento Montreal Cognitive Assesment (MoCA). En función de estos, se recomienda un uso del MEC-35 como complemento en distintas áreas de

evaluación, así como un segundo generador de información pertinente para las consideraciones del estado cognitivo de las personas adultas mayores que participan en el programa Clínica de la Memoria en sus distintas modalidades.

Es importante recalcar lo que se mencionó en otras ocasiones; el uso de estos instrumentos, su necesidad y demás variables, deberán ser trabajados por profesionales capacitados en el área, y no se deben dar las funciones de cribado y estimulación a otras personas no capacitadas, ya que, no contarán con el conocimiento ni perspicacia necesaria para su aplicación correcta.

Partiendo del objetivo de afinar un programa innovador de intervención cognitiva para adultos mayores. Se recomienda tomar en cuenta las ventajas que brindan los datos de ambos instrumentos de cribado y buscar cumplir a cabalidad las recomendaciones trabajadas a lo largo de la práctica y mencionadas en la Guía desarrollada. Lo anterior explica a continuación, en búsqueda de crear un mejor beneficio para las personas adultas mayores, así como de refinar el gran trabajo que se realiza.

Como primer paso a dar gira en torno a que resulta necesario abordar la estimulación en áreas que requieran ser estimuladas. De esta manera las sesiones deben estar previamente planificadas y con grupos de personas adultas mayores ya establecidos con características similares. Lo anterior para poder abordar las sesiones con una orientación más específica a las necesidades de cada persona. Por el

contrario, de un trabajo más general en donde el abordaje se realiza en sesiones planificadas de manera general minimizando las posibilidades del impacto de una planificación detallada en áreas de interés según la necesidad de cada persona. Un punto de partida para identificar estas áreas se encuentra en los resultados por áreas que muestran los instrumentos de cribado, dando un primer acercamiento de las áreas de interés a trabajar.

Por su parte, como segundo paso para tomar en cuenta, resulta importante rescatar la necesidad de dirigir la estimulación cognitiva, no solamente, a las áreas afectadas de cada persona adulta mayor. Sino también la necesidad de funcionalidad para la persona según requiera. Es decir, la estimulación debe priorizarse para la funcionalidad y capacidades de independencia de cada persona y no tanto para la adquisición o mantenimiento de habilidades no necesarias en el contexto de cada uno de las personas adultas mayores.

Es recomendable el uso completo de la guía desarrollada. En la misma se explica a profundidad los procesos que están inmensos en la labor dentro del Programa Clínica de la Memoria. Los mismos se abordan desde la práctica y la teoría existente, dando así un punto de partida de conocimiento esencial para poder desarrollar todas las recomendaciones dadas y como consecuencia dar como resultado una mejor intervención por parte de los profesionales. Algunas de las recomendaciones que pueden surgir de la guía desarrollada son:

Para el cribado neuropsicológico institucional es importante cerciorarse de que las personas que aplican los instrumentos tengan criterios estandarizados sobre su aplicación, para que haya un análisis cualitativo de los resultados más preciso.

En relación a los talleres se recomienda un uso adecuado de tiempo para su implementación. Se considera que resulta con mayor beneficio el desarrollo de mayor cantidad de talleres de menor longitud temporal, que talleres extensos y en menor frecuencia. Por esta razón se considera oportuno un cambio en la implantación de talleres con un tiempo de una hora a hora y media.

Por otro lado, como recomendación, se considera importante un uso más cualitativo de los resultados de cribado neuropsicológico institucional. Lo anterior con el objetivo de un desarrollo más personalizado de los talleres de estimulación. La implementación de talleres grupales para la estimulación no es excluyente de una aplicación de técnicas individualizadas. Por esta razón, es importante considerar el análisis cualitativo a cabalidad para conocer las necesidades individuales y su relación con su medio ambiente, para promover prácticas que influyan directamente en la autonomía y bienestar de las personas adultas mayores.

b. Para la Escuela de Psicología

En la actualidad, el Centro Diurno de El Tejar en coordinación con el CONAPAM y ASCADA se encuentran fomentando y capacitando a diferentes interesados y organizaciones para el desarrollo de programas de estimulación

cognitiva para personas adultas mayores a lo largo del país. Es imperante la creación de conciencia acerca de la necesidad y utilidad de los aportes de la psicología para el beneficio de la población. Así mismo, como una apertura a la consolidación de estas nuevas fuentes de empleo.

En relación a lo anterior, se recomienda propiciar la apertura de espacios de trabajo práctico a lo largo de la carrera. Existen cursos dirigidos a la población adulta mayor; sin embargo, la vivencia de la práctica e interacción con las personas adultas mayores dista del conocimiento teórico de una sociedad demográficamente incrementada.

Por último, brindar facilidades a los estudiantes interesados en el trabajo voluntario en programas con características similares con el que se trabajó en la práctica. Mediante la vinculación del activismo y voluntariado de la población estudiantil.

c. Para futuras personas practicantes

Para futuros interesados e interesadas en el desarrollo de prácticas en torno a la estimulación cognitiva y el trabajo con personas adultas mayores, es vital mantener una disposición a enfrentarse a cambios imprevistos, a la escucha y empatía con la población de trabajo.

A partir de la experiencia, existen varias sugerencias a tomar en cuenta si se quisiera abordar la población y la misma temática en relación a lo mencionado a lo largo del documento. En futuras intervenciones, sería de gran importancia abordar directamente el trabajo con cuidadores y cuidadoras. Brindar psicoeducación y estrategias a los y las familiares que cuidan de las personas adultas mayores, es un eje de trabajo importante en el cual se debe intervenir.

Así mismo, es imperante ir más allá del trabajo y mostrar la utilidad de la psicología en el trabajo para fomentar y consolidar nuestro aporte, no dudar en postular los beneficios de la teoría desde nuestra profesión en el abordaje de una población que requiere el trabajo interdisciplinario. En relación a lo anterior, es importante rescatar la disposición al trabajo multi-disciplinario.

Por último, se recomienda el abordaje desde otros mecanismos como la realización de programas y protocolos específicos, para el abordaje en nuestra realidad costarricense. La protocolización es importante para poder facilitar la extensión del uso de estas estrategias en la población.

De la misma manera es importante la validación de pruebas de cribado en el contexto de nuestro país y con baremos utilizables. Lo anterior debido a que el uso de estas pruebas de cribado está altamente expandido en los sistemas de salud primarios e instituciones de personas adultas mayores; sin embargo, no existe una validación directa de los instrumentos.

En relación a recomendaciones técnicas, existen varios factores a tomar en cuenta para futuras prácticas en relación a talleres de estimulación. Por un lado se recomienda un abordaje integral para las personas adultas mayores. Desarrollar una planificación de las intervenciones a realizar y no utilizar periodos de tiempo muy extensos. Se recomiendan sesiones de trabajo de una hora.

Desde mi experiencia en la estimulación de diferentes áreas de abordaje, considero oportuno recomendar el uso de materiales externos para las sesiones de estimulación. Existen diversos juegos que permiten la estimulación cognitiva y facilitan el trabajo; mientras que produce resultados positivos en las personas adultas mayores.

Otro eje de trabajo a recomendar es el uso de estrategias de reminiscencia con los grupos de trabajo. A lo largo de futuras prácticas el uso de esta intervención es de gran importancia. Por esta razón recomiendo que se utilice como primer estrategia de estimulación en el proceso; ya que, facilita la empatía y familiarización con las personas adultas mayores que participan.

Por último, la continuidad de las intervenciones es esencial. Por lo tanto es recomendable consolidar los grupos de trabajo para poder propiciar mayores beneficios a las personas adultas mayores.

11. Referencias Bibliográficas

- Abraha, I., Rimland, J., Mirella, F., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *The SENATOR-OnTop series. BMJ Open*, 7(3), pp. 1-28. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759
- Adhikari, H. (2013). Effectiveness of Structured Reminiscence Group Psychotherapy in Elderly Care. *J Gerontol Geriat Res* 2: 124. doi:10.4172/2167-7182.1000124
- Aguirre, E., Woods, R., 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, pp. 253– 262.
- Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*, 12 (4).
- Alzheimer's Association (2015). What is mild cognitive impairment (MCI)? Factsheet 470. Recuperado de: https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1773/factsheet_what_is_mild_cognitive_impairment_mci.pdf

- Apóstolo, J., Rosa, A. I., Castro, I., & Cardoso, D. (2013). Cognitive stimulation in elderly people. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (10), pp. 24-28
- Arroyo-Anlló, E., Poveda, J., Chamorro, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10 (1), pp. 107-127
- Ávila, M., Vázquez, E., & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, XIII (4), 1-11.
- Bruna, O., Puyuelo, M., Subirana, J. (2008). Evaluación neuropsicológica en el envejecimiento. *Psicogeriatría* 0, pp. 1-4
- Cabras, E. (2012). Tesis Doctoral: Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Madrid.
- Calero García, M., & Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 12 (2), 187-202.
- Cantor, M. (2013). Propiedades psicométricas del test de cribado de demencias. (EUROTEST/PESOTEST) en muestras clínica y no clínica de adultos

mayores de Bogotá. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Colombia.
Bogotá, D.C

Carrascal, S. & Solera, E. (2014). Creativity and cognitive development in older people. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26 (1), p. 9-19.

Cheung, G., & Peri, K. (2014). *Cognitive stimulation therapy: A New Zealand pilot*. Auckland, New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui.

Climent, M. (2014). Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Prevención desde la oficina de farmacia. Tesis Doctoral. Universidad Cardenal Herrera.

Recuperado:

http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7040/1/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20deterioro%20cognitivo_prevencci3n%20desde%20la%20oficina%20de%20farmacia_Tesis_Mar%20Teresa%20Climent%20Catala.pdf

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2012). Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José.

Cotelli, M., Manetti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72, pp. 203–205

- Cruz TJP, Sá SPC, Lindolpho MC, Caldas CP. (2015). Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. *Revista Brasileira Enfermería*, 68 (4), 450-456
- Cyril Cyriac, M., Nalini, M., & Sukesh, S. (2014). Effectiveness of Reminiscence Therapy on Level of Cognitive Function Among Dementia Patients in Selecten Old Age Homes in Manglore. *Unique Journal of Pharmaceutical and Biological Sciences*, 2(3), pp. 12-14.
- D'Amico, F., Rehill, A., Knapp, M., Aguirre, E., Donovan, H., Hoare, ... Orrell, M. (2015). Maintenance Cognitive Stimulation Therapy: An Economic Evaluation Within a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(1), pp. 63-70.
- Díaz Orueta, U., Buiza Bueno, C., & Yanguas Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45 (3), 150-155.
- Donaghy, P., & McKeith, I. (2014). The clinical characteristics of dementia with Lewy bodies and a consideration of prodromal diagnosis. *Alzheimer's Research & Therapy*, 6 (46), pp. 1-12
- Fernández, X., & Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, San José, Universidad de Costa Rica.

- Ferrero, J., Williams, L., Stella, H., Leiterman, K., Mikulskis, A., O’Gorman, J., & Sevigny, J. (2016). First-in-human, double-blind, placebo-controlled, single-dose escalation study of aducanumab (BIIB037) in mild-to-moderate Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2, pp. 169-176.
- Filipin, F., Feldman, M., Taragano, F., Martelli, M., Sanchez, V., Garcia, V., ... Dillon, C. (2015). The Efficacy of Cognitive Stimulation on Depression and Cognition in Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Retrospective Cohort Study. *AIMS Medical Science*, 3(1): 1–14.
- Forstmeier, S., y Maercker A. (2008). Motivational Reserve: Lifetime Motivational Abilities Contribute to Cognitive and Emotional Health in Old Age. *Psychology and Aging*, 23 (4): 886 – 899.
- Garcés Vieira M.V. & Suárez Escudero, J.C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Revista CES Medica*, 28 (1), 119-132.
- Garmendia, F., Delgado, D., & Amaya, M. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 26-31.
- Gil, L., Ruiz de Sánchez, C., Gil, F., Romero, S., Pretelt, F. (2015). Validation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Spanish as a screening tool for

mild cognitive impairment and mild dementia in patients over 65 years old in Bogotá, Colombia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, pp. 655–662.

Henrique de Gobbi Porto, F., Murphy, A., Tusch, E., Sorond, F., Mohammed, A., & Daffner, K. (2015). In vivo evidence for neuroplasticity in older adults. *Brain Research Bulletin*, 114, pp. 56-61

Hernández, L., Montañés, P., Gámez, A., Cano, C., & Núñez, E. (2007). Neuropsicología del Envejecimiento Normal. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*, 21 (1), 992 - 1004

Hollis, A., Duncanson, H., Kapust, L., Xi, P., O'Connor, M. (2015). Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the Prediction of Driving Test Outcome. *Journal compilation, The American Geriatrics Society* 63, pp. 988–992.

Jackson, G., Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., Yardley, C., & Boyle, K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes – A mixed methods study. *European Geriatric Medicine*, 8, pp. 146–152.

Jahanbin I, Mohammadnejad S, Sharif F. (2014). The Effect of Group Reminiscence on the Cognitive Status of Elderly People Supported by Ilam Welfare

- Organization in 2013; A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJCBNM*, 2 (4), pp. 231-239.
- Jara, M. (2007). La Estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. *Revisita Cúpula*, 11, 4 - 14
- Jurado, M., Mataró, M., & Pueyo, R. (2013). Neuropsicología de las enfermedades Neurodegenerativas. Editorial SÍNTESIS, S. A. Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence Therapy for Dementia – Meta Analysis. *Advanced Science and Technology Letters, Healthcare and Nursing*, 40, pp.10-15.
- La Rue, A. (2010). Healthy Brain Aging: Role of Cognitive Reserve, Cognitive Stimulation, and Cognitive Exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*, (26), 99-111.
- Lanfranco, R., Manríquez-Navarro, P., Avellego, L., & Canales-Johnson, A. (2012). Evaluación de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas neuropsicológicas. *Revista Medicina Chile*, 140, pp. 1191-1200.
- Laskowska, I., Koczorowski, A., Kozirowski, D., Gawryś, L. (2014). Diagnostic value of neuropsychological tests in mild cognitive impairment comorbid with Parkinson's disease. *Psychiatr. Pol.*; 48 (2): pp. 331–343

Ley Integral para la Persona Adulta Mayor No. 7935. La Gaceta, N.º 114, Republica de Costa Rica, 14 de junio de 2006

Lizano, K. (2008). Mejoramiento de la Estimulación Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro “Un Nuevo Amanecer en el Barrio Corazón de Jesús” de Heredia.

Llamas, S., Llorente, L., Contador, I., Bermejo, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61 (8), pp. 363-371.

Lopes, T., Lopes Brás, R., Ribeiro, O., Clara, H., Cameira, D. (2015). The Effect of a Reminiscence Program in Institutionalized Older Persons with Dementia: A Pilot Study. *International Journal of Nursing*, 2 (2), pp. 59-71.

López, J., Marti, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Española de Medicina Legal*, 37 (3): pp. 122-127.

Lozano, M., Hernández, M., Turró, O., Pericot, I., López-Pousa, S., Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer. Real Invest Demenc.*, 43, pp. 4-11.

- Mata, C. (2015). Inserción profesional de la Psicología en el ambiente gerontológico y la práctica clínica con población adulta mayor en la Asociación Hogar Carlos María Ulloa. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Martínez, T., García, E., Rodríguez, M., Rascón, M., & Rodríguez, P. (2002). Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención. Edita: Gobierno de Asturias, Consejería de Asuntos Internos.
- McLennan, S., Mathias, J., Brennan, L., Stewart, S. (2011). Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a Screening Test for Mild Cognitive Impairment (MCI) in a Cardiovascular Population. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 24 (1), pp.33-38.
- Meléndez-Moral, J.C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25 (3), pp. 319-323.
- Méndez, E. (2017). El Centro Diurno el Tejar sale a visitar a la comunidad. *Periódico Regional El Guarqueño*, 55; p. 6.
- Menna, L., Santaniello, A., Gerardi, F., Di Maggio A., & Milan, G. (2015). Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 16, pp. 240-246.

- Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M., & Reinoso, A. I. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56.
- Mueller, C., Ballard, C., Corbett, A., & Aarsland, D. (2017). The prognosis of dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurol.*, 16, pp. 390–398.
- Nakame, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, pp. 13-19.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, pp. 695–699.
- National Institute of Health. (2013). The Dementia. *NIH Publication* No. 13-2252
- O’Sheal, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Muprhy, E. (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: A study protocol for a cluster randomised trial. *BioMed Central. Trials* 12:41, pp. 1-10.

- Ohta, K., Osada, T., Shinohara, Y., Suzuki, H., Takahashi, K., Seki, M., ... Sato, H. (2014). Comparing the Montreal Cognitive Assessment with Mini-Mental State Examination in Japanese Parkinson's disease patients. Japanese Society of Neurology and Wiley Publishing Asia Pty Ltd. *Neurology and Clinical Neuroscience*, 2, pp. 44–49.
- Orrell M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R., Streater, A., Donovan, H., Hoe, J., Knapp, M., Whitaker, C., Russel, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, pp. 454–461.
- Oudman, E., Pstma, A., Van der Stigchel, S., Appelhof, B., Wijnia, J., Nijbor, T. (2014). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in Detection of Korsakoff's Syndrome. *The Clinical Neuropsychologist*, 28 (7), pp. 1123–1132.
- Pedraza, O., Sánchez, E., Plata, S., Montalvo, C., Galvis, P., Chiquillo, A., Arévalo-Rodríguez, I. (2014). Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. *Acta Neurológica Colombia*, 30 (1), 22-31.

- Pérez-Díaz, A., Dolores, M., & Navarro-González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Revista de Neurología*, 56 (1), pp. 1-7
- Puig, X. (2012). *Estimulación cognitiva*. Lugar: Salesianos Impresores S.A.
- Ramos, A., Yordi, M., Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Archivo Médico de Camagüey*, 20 (3), pp. 330-337.
- Reijnders, J., Van Heugten, C., Van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic Review. *Ageing Research Reviews*, 12, pp. 263-275.
- Rodríguez Daza, K, D. (2010). Documento de Investigación; 12. Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 42p.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Roselli, M., Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurol Colomb.*, 26 (3), Suplemento (3:1), pp. 59 – 68.

- Salazar, M. (2010). Recordando Experiencias. Programa de Intervención con Reminiscencia para personas adultas mayores: Guía Terapéutica. SIEDIN-UCR. 1 edición.
- Salazar, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 31 (1-2), 123-146.
- Sardinero, A. (2010). Guía Didáctica: “Estimulación Cognitiva para Adultos”. Grupo Gesfomedia S.L. Recuperado de: www.tallerescognitiva.com
- Silva Nunes, M., Almeida Pnho, A., Abreu, P., Mauricio Campos, H., Pinto Gonçalves, I., & Castro Caldas, A. (2014). Cognitive output of a neuropsychological stimulation program in an elderly day care center with low educated participants. *Dement Neuropsychol*, 8 (2), 162-168.
- Slachevsky, A., Oyarzo, F. (2008). Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 13.

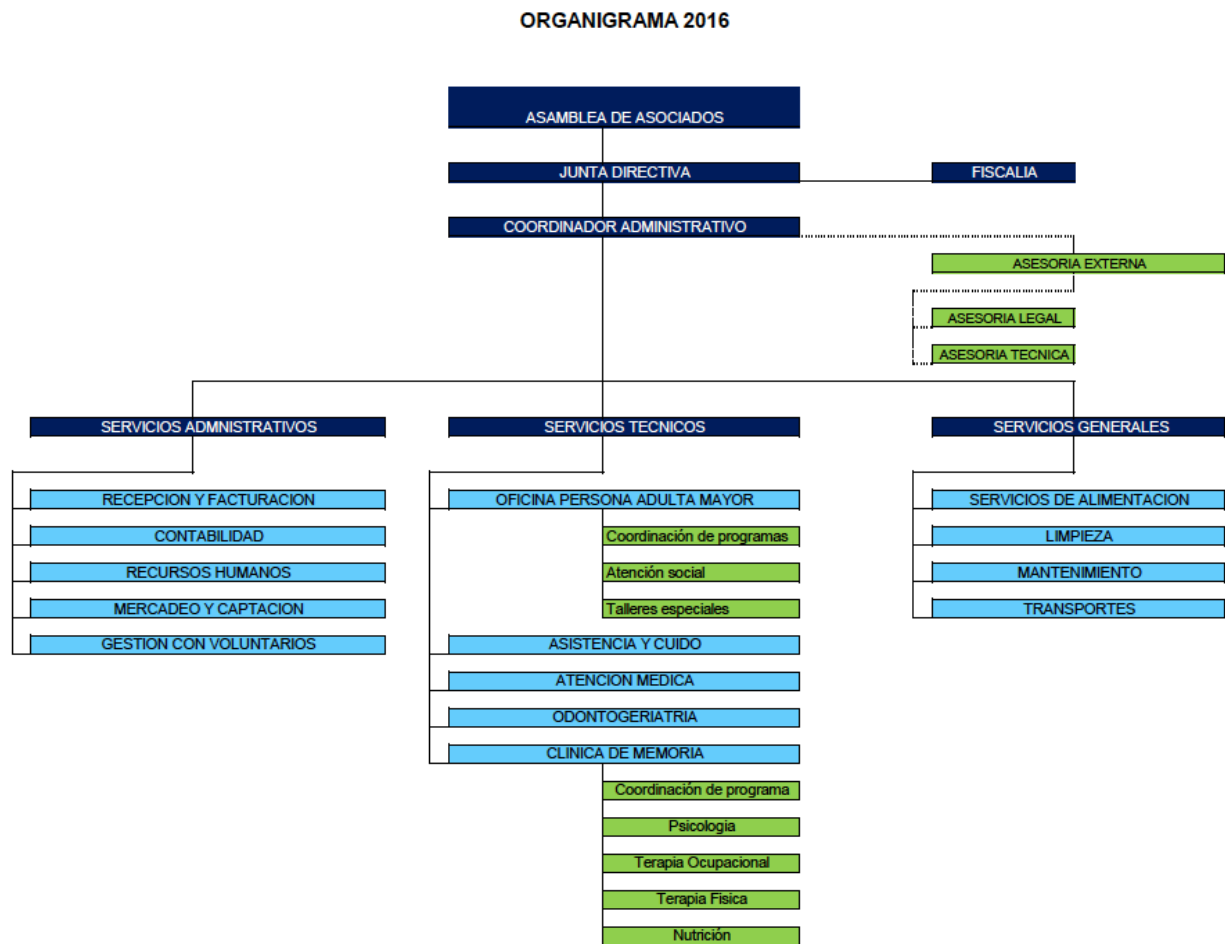
- Vásquez-Amézquita, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena Neuropsicol.*, 11(1): pp. 5-11
- Vogel, S., Banks, S., Cummings, J., & Miller, J. (2015). Concordance of the Montreal cognitive assessment with standard Neuropsychological measures. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1, pp. 289-294
- Wagster, M., King, J., Resnick, Susan., & Rapp, P. (2012). The 87%. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 7(7), pp. 739–740
- Wimo, A., & Prince, M. J. (2010). World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. [online]. London: Alzheimer's Disease International. Retrieved from: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- World Health Organization. (2016). Centro de Prensa: Demencia. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- World Health Organization. (2016). Health statistics and information systems: Definition of an older or elderly person. Recuperado el 17 de Agosto de 2016, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Wounters, Zwinderman, Van Gool, Schmand & Lindernoom (2009). Adaptive cognitive testing in dementia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(2), pp.118–127.

Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A Systematic Review of Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild to Moderate Dementia: An Occupational Therapy Perspective. *Occupational Therapy International*, 18 (4), 163-186.

12. Anexos

Anexo 1. Organigrama Centro Diurno El Tejar



Anexo 2. Hoja de Supervisión Institucional

Evaluación Mensual de Práctica de Graduación

A continuación, se evalúan los criterios esenciales de la práctica de graduación de Eduardo Carrillo Valle. La misma es realizada en una escala de 1 a 10, en donde 1 es el menor puntaje posible y el 10 equivale al mayor puntaje. El siguiente instrumento será utilizado mensualmente durante la duración de la práctica.

Mes: _____

Puntualidad:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Entrega de Informes sobre Pruebas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actitud ante los usuarios:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Carisma y Sensibilidad:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Desempeño de Funciones:

- **Talleres de Estimulación Cognitiva**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- **Cribado del deterioro cognitivo de las**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

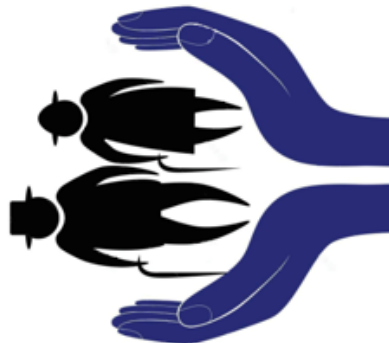
- **Redacción de artículos Informativos**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Recomendaciones: _____

Anexo 3. Folleto Informativo 1

Conceptos Básicos



A continuación se detallan algunos de los conceptos más usuales que se utilizan entorno a los y las adultos mayores. Los mismos resultan esenciales de conocer en relación al programa de clínica de la memoria y las enfermedades asociadas a la demencia.

Referencias

- Cheng, G., & Peri, K. (2014). *Cognitive stimulation therapy: A New Zealand pilot*. Auckland, New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui.
- Díaz Orueta, U., Buiza Bueno, C., & Yanguas Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45 (3), 150-155.
- Garamendi, F., Delgado, D., & Amaya, M. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 26-31.
- Garcés Viera M.V. & Suárez Escudero, J.C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Revista CES.Médica*, 28 (1), 119-132.
- García-Sánchez, C., Estévez-González, A., & Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*, 29 (6), 374-378.
- Hernández, L., Montañés, P., Gámez, A., Cano, C., & Núñez, E. (2007). Neuropsicología del Envejecimiento Normal. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 21 (1), 992 - 1004
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 13.
- Villalba, S., Espert, R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una revisión Neuropsicológica. *THERAPEIA* 6, 73-93
- Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A Systematic Review of Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild to Moderate Dementia: An Occupational Therapy Perspective. *Occupational Therapy International*, 18 (4), 163-186.
- World Health Organization. (2016). Health statistics and information systems: Definition of an older or elderly person. Recuperado el 17 de Agosto de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>



Elaborado por:

Bachiller en Psicología Eduardo Carrillo Valle

El Tejar de El Guarco
Cartago, Centro Diurno de El Tejar
<http://www.centrodiurnodeeltejar.org>
Tel: 2552-3335



Centro diurno El Tejar



**Programa:
Clínica de la
Memoria**

FOLLETO 1

Conceptos Importantes

I. Vejez y Envejecimiento

En su mayoría se ha definido que la etapa de la vejez en las personas se alcanza al cumplir los 65 años de edad (Hernández, Montañés, Gámez, Cano, & Nuñez, 2007), sin embargo para la Organización de las Naciones Unidas el punto de corte para determinar a una persona como adulta mayor de los 60 años en adelante (World Health Organization, 2016).

Se debe tomar en cuenta que el envejecimiento es distinto para cada persona y existen gran cantidad de factores que intervienen en el mismo. De manera resumida se indica que el envejecimiento es un proceso que se da de manera universal en todos los seres vivos, el cual está asociado a un declive de funciones fisiológicas en las cuales las funciones mentales se incluyen (Garamendi, Delgado, & Amaya, 2010).

Bases Teóricas

II. Neuroplasticidad

Este concepto se entiende como las estrategias y respuestas que utiliza el cerebro para poder pensar y lograr un equilibrio a las necesidades y demandas que provienen del entorno y son causadas por una disfunción cerebral (García-Sánchez, Estévez-Gonzales, & Kulisevsky, 2002). Estos mecanismos son distintos y permiten que el cerebro cree cambios en sus redes y tejidos nerviosos aun sin existir alteraciones funcionales (Garcés Vieira, Suárez Escudero, 2014).

III. Reserva Cognitiva

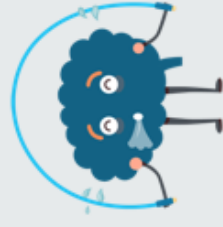
El concepto hace referencia a la capacidad del cerebro para afrontar los efectos de enfermedades demenciales (Díaz-Orueta, Buiza-Bueno, & Yanguas-Lezaun, 2010). Es decir, el grado en que una persona es capaz de recurrir de manera eficiente a redes cerebrales alternas con el fin de optimizar la función cognitiva después de daño cerebral o enfermedades (Yuill & Hollis, 2011).

¿Que Hacemos?

IV. Estimulación cognitiva

Se refiere a la participación de personas en una serie de actividades y discusiones, que usualmente son realizadas en grupo, y que están destinadas al mejoramiento del funcionamiento cognitivo y social (Cheung & Peri, 2014; Tardif & Simard, 2011).

Haciendo referencia entonces a un conjunto de estrategias que buscan optimizar funciones y capacidades cognitivas como: la percepción, la atención, el razonamiento, la abstracción, la memoria, el lenguaje, los procesos de orientación y las praxias (Villalba & Espert, 2014).



Anexo 4. Folleto Informativo 2

Conceptos Básicos en Enfermedades Demenciales



A continuación se detallan algunos de los términos más importantes utilizados por profesionales de la salud en relación a las enfermedades asociadas a la demencia en adultos mayores.

Referencias

Cabras, E. (2012). Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo. **Tejag**. Doctoral Universidad Autónoma de Madrid.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica: sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació i Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.

Montenegro, M., Montejo, P., Llanero M., & Remoso, A. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Fonoatría y Audiología* 32, 47-56.

National Institutes of Health. (2013). The Dementia. NIH Publication No. 13-2252

World Health Organization. (2016). Centro de Prensa: Demencia. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>



Elaborado por:
Bachiller en Psicología Eduardo Carrillo Valle

El Tejar de El Guarco
Cartago, Centro Diurno de El Tejar
<http://www.centrodiurnodeeltejar.org>
Tel: 2552-3335



Centro diurno El Tejar



Programa:
Clínica de la Memoria

FOLLETO 2

Enfermedades Demenciales

Este termino hace referencia a síndromes, usualmente progresivos, que se caracterizan por un deterioro cognitivo de la persona (World Health Organization, 2016). De la misma manera se considera uno de los mayores causante de discapacidad y dependencia en personas adultas mayores.

Esta problemática interfiere directamente con aspectos la vida cotidiana y socia de la persona así como con implicación conductuales y emocionales (Cabras, 2012).

El deterioro se caracteriza principalmente por incidir en la memoria pero para su diagnostico se deben cumplir otros criterios. Así mismo, si bien es cierto la demencia es común en personas adultas mayores, esta no es parte de un envejecimiento esperado (National Institutes of Health, 2013).

El Grupo de Trabajo de la “GPC” (2010) indica una clasificación de las demencias basada en tres categorías:

- a. Demencias Degenerativas
Hacen referencia a demencias causadas por enfermedades con deterioro del funcionamiento neuronal. Las mismas pueden ser de manifestaciones clínicas predominantes (EA) o no (PDD). Ejemplos de este tipo de demencias: Alzheimer (EA), Cuerpos de Lewy, Demencia Asociada al Parkinson (PDD), entre otras.
- b. Demencias Secundarias
Se refieren a las causadas por un trastorno de índole neurológico que no es degenerativo o sin origen en el sistema nervioso. Algunos factores causantes pueden ser accidentes vasculares, infecciones entre otras. Ejemplo: Demencias Vasculares.
- c. Demencias Mixtas
Hace referencia a la presencia de las dos categorías anteriores.

Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Específicamente se refiere a la disminución mantenida, en relacion a un nivel previo, en la capacidad de las funciones cognitivas. Las causas para el DCL pueden ser debido a multiples factores, algunos de ellos son: demencia, depresión, alteración por la edad, accidentes o procesos cerebrovasculares, alcoholismo, etc. (Montenegro, Montejo, Llanero & Reinoso, 2012). Estos autores indican que el Deterioro Cognitivo Leve se considera como un estadio fronterizo entre el envejecimiento saludable y la demencia.



Anexo 5. Folleto Informativo 3

Enfermedades Degenerativas



Las enfermedades asociadas a la Demencia están conformadas por distintas categorías. De las cuales, las enfermedades degenerativas conllevan la mayor incidencia. Por esta razón a continuación se muestran algunas definiciones de interés.

Referencias

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la

atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.

Nitrini, R., Dozzi, S. (2012). Demencia: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias 12 (1), 75-98.

Toro, J. (2010). Demencia con cuerpos de Lewy. Acta Neurológica Colombiana 26 (3), Suplemento (3-1), 78 – 80.

World Health Organization. (2016). Centro de Prensa: Demencia. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>



Elaborado por:
Bachiller en Psicología Eduardo Carrillo Valle

El Tejar de El Guarco
Cartago, Centro Diurno de El Tejar
<http://www.centrodiurnodeeltejar.org>
Tel: 2552-3335



Centro diurno El Tejar



Programa:
Clínica de la Memoria

FOLLETO 3

Alzheimer

Según la OMS, el Alzheimer representa alrededor del 70% de las enfermedades demenciales (World Health Organization, 2016). Esta enfermedad es degenerativa y progresiva; siendo causante de pérdida de la autonomía (Grupo de Trabajo de la "GPC", 2010).

Entre sus primeras características apreciables está el deterioro en la capacidad del adulto mayor para poder registrar nueva información, con el avance de la enfermedad se encuentra más complicaciones como problemas en funciones ejecutivas, orientación, lenguaje y cambios conductuales (Nitrini & Dozzi, 2012).

Demencia Asociada a los Cuerpos de Lewy

Es considerada como la segunda enfermedad con mayor frecuencia en demencias degenerativas (Toro, 2010). Por su parte en esta enfermedad las personas presentan síntomas característicos, algunos de ellos son las alucinaciones visuales con detalle y síntomas parkinsonianos (Grupo de Trabajo de la "GPC", 2010). Así mismo se indica que los síntomas de demencia aparecen previamente o al mismo momento que los síntomas de Parkinson.

Por su parte otra característica es que en esta enfermedad no se considera el factor hereditario como un componente de importancia (Toro, 2010). Este autor indica como característica importante cambios en el estado mental de la persona, pudiendo estar en estados de confusión opuestos de un día a otro.

Demencia Asociada al Parkinson

Esta demencia es tal y como indica su nombre, se encuentra asociada a la enfermedad de Parkinson ya establecida. En la misma se ven afectados distintos dominios cognitivos relacionados a la atención, funciones ejecutivas y visoespaciales (Grupo de Trabajo de la "GPC", 2010).

Los síntomas de deterioro cognitivo aparecen un año después de los inicios de los síntomas de Parkinson (Grupo de Trabajo de la "GPC", 2010).

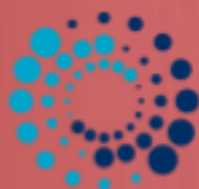


Diferencias

De manera opuesta que en el Alzheimer, en la demencia con Cuerpos de Lewy el deterioro en el área de la atención y concentración es mayor, por encima que en la memoria (Toro, 2010).

En esta Demencia los cambios asociados a factores motores son más evidentes, teniendo así problemas en el equilibrio y en la marcha (Toro, 2010).

El tiempo de aparición de los síntomas de parkinson varía en relación a la demencia anterior. Así mismo el temblor no solamente es menos común que en esta demencia, sino que el temblor en Cuerpos de Lewy es más simétrico y postural (Toro, 2010).



Centro diurno El Tejar

Guía Recopilatoria

de Intervención

Neuropsicológica

para Personas Adultas Mayores en la
Clínica de Memoria del
Centro Diurno El Tejar

Eduardo Carrillo Valle

2017

Contenido

Introducción.....	5
1. ¿Por dónde empezar?.....	8
a) Consideraciones Éticas	8
b) Punto de Partida	9
c) Procesos Cognitivos	11
→ Procesos Atencionales.....	11
→ Funciones Ejecutivas.....	13
→ Orientación y Habilidades Viso-Espaciales	14
→ Lenguaje.....	15
→ Memoria.....	16
2. Cribado Neuropsicológico	18
a) Definición.....	18
b) Diferencias con la Evaluación Neuropsicológica	18
c) Pruebas de Cribado	19
→ Descripción del Mini-Mental (MMSE).....	19
→ Descripción del Montreal Cognitive Assesment (MoCA).....	29

3. Estimulación Neuropsicológica	41
I. Estimulación Cognitiva	41
a) Definición.....	41
b) ¿Para qué Estimular?	43
c) Técnicas recomendadas paras la Estimulación	44
d) Consejos Generales	45
e) Áreas a estimular	50
f) Actividades de Intervención.....	51
g) Actividades en función del material de la Institución.....	74
II. Estimulación por Reminiscencia	77
a) ¿Qué es?	77
b) ¿Qué beneficios conlleva?.....	78
c) Recomendaciones importantes.....	80
d) Temáticas con las que se trabaja la reminiscencia:.....	81
Referencias	83

Presentación

Es un gusto poner a su disposición el libro digital “Guía recopilatoria de Intervención neuropsicológica para personas adultas mayores en la Clínica de Memoria del Centro Diurno El Tejar”. Nuestra intención es favorecer el trabajo interdisciplinario que se realiza en los centros de día y hogares de larga estancia para personas adultas mayores.

Las enfermedades neurocognitivas constituyen una de las causas de mayor sufrimiento para las personas adultas mayores y sus familias. Ese factor, unido al proceso de envejecimiento de la población que sufre Costa Rica desde hace varias décadas, hace que cada vez las personas adultas mayores encuentren limitadas opciones para la atención específica del deterioro cognitivo, lo que crea marginación social, exposición al abandono y violación de sus derechos.

Basados en el Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas 2014-2024, la Asociación Centro Diurno para la persona adulta mayor de El Tejar de El Guarco, fiel a su misión de proporcionar calidad de vida a través de la atención integral a las personas adultas mayores, implantó el programa “Clínica de la Memoria del Centro Diurno El Tejar” desde el año 2015. En la actualidad se atiende semanalmente a 140 personas adultas mayores en las instalaciones del centro y se visitan mensualmente 400 personas adultas pertenecientes de una red propia que se creó para brindarles atención y capacitación. La red se compone de grupos de personas adultas mayores que se reúnen de modo informal en los diferentes distritos del cantón de El Guarco.

El programa de Clínica de Memoria es un lugar para ejercitar, aprender y mantener habilidades cognitivas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. El principal objetivo de la Clínica de Memoria es prevenir el deterioro cognitivo y mantener las habilidades psicomotrices de las personas adultas mayores. Además, una Clínica de Memoria busca evaluar interdisciplinariamente a las personas adultas mayores para la prevención de trastornos de memoria y neurocognitivos, para mantener su propia identidad a través de la promoción de sus recuerdos, su historia de vida, el ejercicio físico, la gimnasia cerebral, las actividades de la vida diaria, la participación social y el apoyo a sus familias y cuidadores.

Agradecemos a Eduardo Carrillo Valle por su aporte en la creación de herramientas de prevención y mantenimiento neuropsicológico para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

*Eduardo Méndez, Coordinador
Centro Diurno El Tejar*

Introducción

El presente documento es producto de la labor realizada en la institución Centro Diurno de El Tejar, como parte de la práctica desarrollada para optar por el Grado de Licenciatura por parte del Bachiller en Psicología Eduardo Carrillo Valle. La misma se fundamenta directamente en la teoría existente, en asesoría profesional e interdisciplinaria y la puesta en práctica durante la labor desarrollada. Sin embargo, la guía cuenta con detalles y aspectos propios que resultaron como producto de la labor y experiencia adquirida, así como del quehacer a lo interno de la institución en función de sus características y condiciones.

Tal y como es mencionado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2012) en Costa Rica tiene varios años de estar en un aumento de la población mayor de los 65 años de edad. Según indica, basados en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, para el año 2009 el 7,15% de la población correspondía a personas adultas mayores. Por su parte, autores como Jara (2007) y Fernández & Robles (2008) mencionan que se estima para el año 2025 que la población adulta mayor será el 11,7% o 20% del total de la estructura poblacional. En relación directa con la práctica, Méndez (2017) menciona que en el Cantón del Guarco viven aproximadamente 4000 personas entre los 60 y 95 años.

Como es bien sabido el envejecimiento es un proceso natural y presente a lo largo de la vida de las personas. Sin embargo, no es vivenciado de la misma manera por la población. Razón de lo anterior se encuentra el concepto de variabilidad

interindividual que explica como los seres humanos se diferencian unos de otros por factores como experiencias, cultura, estilos de vida y otros. Aunado a lo anterior, los cambios en factores como la salud y capacidad funcional a lo largo del proceso de envejecer se ven limitados por factores genéticos, ambientales, educativos, sociales y muchos otros.

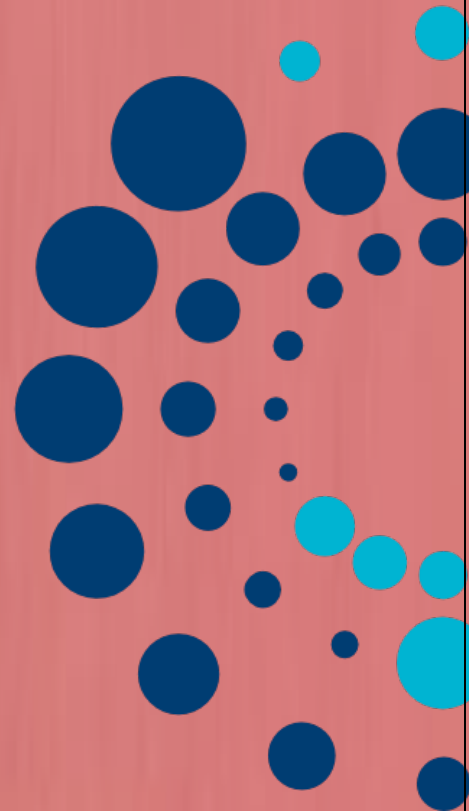
Relacionado a lo anterior, de la mano del incremento de la población adulta mayor se ha dado un aumento en la incidencia y prevalencia de síndromes demenciales (Ávila, Vázquez y Gutiérrez, 2007). Tardif & Simard (2011) mencionan que las enfermedades neurodegenerativas resultan ser de importancia social debido a los impactos en salud, economía y área social; dando como resultado que las personas deseen mantenerse cognitivamente saludables.

Por su parte uno de los factores determinantes que ha mostrado ser un eje en moderar los cambios cognitivos, son los ambientes demandantes mediante retos cognitivos. Por esta razón, la presencia de estimulación cognitiva tanto a lo largo del proceso de envejecimiento, así como durante la vejez resulta ser de utilidad como factor que fomenta el envejecimiento cerebral saludable.

Así mismo, es vital la promoción de un envejecimiento con bienestar. El mismo es una responsabilidad multidisciplinaria, la cual debe estar orientada mediante el uso de planificación personalizada que se base en evaluaciones.



¿Por dónde empezar?



1. ¿Por dónde empezar?

a) Consideraciones Éticas

Existen distintas consideraciones en referencia para el uso de la presente guía; así como de la población a quien va dirigida su implementación y las responsabilidades del psicólogo en la práctica profesional. Según el Capítulo II, del Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, a continuación, se citan dos de sus artículos:

Artículo 19. —Se prohíbe a la o el profesional en psicología delegar en otras personas no autorizadas para ejercer la ciencia psicológica, actos o atribuciones que le competen a ella o a él como profesional en psicología en ejercicio. La o el profesional en psicología especialistas no debe delegar en profesionales en psicología no especialistas actos propios de su especialidad, excepto en docencia, con supervisión directa.

Artículo 20. —La o el profesional en psicología no deberá suministrar técnicas, instrumentos, material de pruebas psicológicas utilizadas por las y los profesionales en psicología, ni instruir sobre su uso a personas legalmente no habilitadas para ello, salvo con los fines de formación profesional y académica en el área de la psicología, la cual deberá ser impartida por una persona profesional debidamente incorporada al Colegio.

b) Punto de Partida

Dentro del documento se presentan los instrumentos que se encuentran en uso para el cribado de la población dentro del Centro Diurno de El Tejar. Los mismos contarán con el desarrollo de una serie de aspectos para una mayor comprensión de su funcionalidad, objetivo y utilidad. Por otro lado, se aborda la Estimulación Neuropsicológica. La misma contará con el desarrollo de su conceptualización, utilidad, consejos para su aplicación y actividades recomendadas.

Los siguientes dos recuadros enfatizan y definen claramente la finalidad y comprensión que debe regir toda la labor realizada en ambos ejes de trabajo que se explicarán en este documento.

Todo lo expuesto en esta guía promueve el trabajo de cribado y estimulación en función de una coherencia entre las habilidades y demandas a las cuales las personas adultas mayores se deben enfrentar en su día a día.

Es importante comprender que los procesos cognitivos que están inmersos tanto en el cribado como en la estimulación:

- **NO son procesos unitarios → esto debido a que cada proceso está conformado por funciones que trabajan en coordinación.**
- **NO son procesos completamente independientes → ya que, trabajan en conjunto para desarrollar la cognición humana y se necesitan unos a los otros para trabajar al máximo.**

En primera instancia se parte del eje de que los resultados de las pruebas de cribado deben considerarse en relación a las áreas afectadas y su funcionalidad para las personas; y no del puntaje obtenido. Esto con el objetivo de poder determinar las áreas necesarias en donde se debe realizar una mayor evaluación. Buscando de esta manera propiciar la autonomía de los adultos mayores y su funcionalidad.

Lo anterior para que las sesiones resulten con mayor funcionalidad para las personas, siendo así más eficientes y efectivas.

Por otro lado, tomando en cuenta los dos pilares que se mencionaron como punto de partida para el trabajo, es importante abordar información acerca de los procesos cognitivos. Ya que por un lado se tamizan mediante pruebas de cribado y por el otro se intervienen mediante Estimulación Neuropsicológica.

A continuación, se abordan los cinco procesos cognitivos más abordados en la literatura. En los mismos se especifica su función y sub-procesos. Así como ejemplos prácticos de la funcionalidad de estos. Esto debido a que al conocer esta información resulta más fácil comprender la finalidad de las preguntas durante el cribado. De la misma manera en la Estimulación Cognitiva se facilita el desarrollo de las sesiones y brinda una noción de lo que la actividad planeada está realizando en los participantes. Así mismo, resulta vital una evaluación a profundidad mediante la neuro-evaluación para conocer la especificidad del problema del participante para así poder brindar ejercicios de estimulación con sentido y utilidad para las y los adultos mayores.

c) Procesos Cognitivos

→ Procesos Atencionales	
Definición	<p>Es importante saber que este proceso es multidimensional y funge como interfaz entre un gran número de estímulos que provienen del entorno y de un menor grupo de información del que la persona resulta conciente (Rueda, Pozuelos & Combita, 2015). Siendo así el proceso encargado de elegir los estímulos y darles un curso prioritario a los mismos y dar una secuencia temporal como respuesta en función de la ocasión (Echavarría, 2013). De la misma manera resulta importante la función de inhibir los otros estímulos, debido a la capacidad atencional limitada. La inhibición resulta un proceso importante.</p> <p>En la teoría se ha avanzado en cuanto al conocimiento de los sub-procesos inmersos en la atención, sin llegar a un consenso unánime. Esto es respaldado por Fernández (2014) al indicar que se han desarrollado aproximadamente 13 modelos que explican el funcionamiento de la atención. Este autor indica que los modelos con mayor reespaldo son: el de Mirsky y Duncan (2001) & Posner y Petersen (1990).</p>
Sub-procesos	<p>A continuación se mencionan los componentes del modelo más reciente (Mirsky y Duncan del 2001), según indica Fernández (2014):</p> <ul style="list-style-type: none">• Focalización / Ejecución: hace referencia a la capacidad de poder centrarse en un solo estímulo cuando existen otros fungiendo como distractores, y al mismo tiempo brindar una respuesta ante el estímulo.• Atención Sostenida: se refiere al proceso mediante el cual se mantiene la atención, es un estímulo específico durante un periodo de tiempo.• Alternancia: es específicamente la capacidad de cambiar la concentración de un estímulo a otro.• Codificación: está implicado como la capacidad de sostener la información de los estímulos en la memoria durante el tiempo necesario para el desarrollo de funciones a partir del estímulo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad: está relacionado con la existencia de una congruencia entre la respuesta y el estímulo en cuestión. <p>Este modelo está respaldado con teoría que indica las áreas implicadas en cada sub-proceso, así como de distintos instrumentos de evaluación según el sub-proceso de interés.</p> <p>Existen otras modalidades de clasificación según distintos criterios, tal como: objetivo al que se dirige la atención.</p>
<p>Ejemplos Aplicados</p>	<p>Un ejemplo de los sub-procesos se observa al solicitar la realización de una actividad de estimulación cognitiva donde la persona deba: “tachar con una X los números en una hoja” que contiene letras y números al azar. Para esto la persona debe mantener la atención durante un periodo de tiempo (Atención Sostenida), centrarse en los estímulos a tachar (focalización) y debe descartar las letras (inhibición de estímulos). Los dos anteriores funcionando bajo el proceso de alternancia.</p>



→ Funciones Ejecutivas

Definición	Este proceso cognitivo es complejo; ya que, hace referencia a múltiples funciones que se interrelacionan. Autores como Roselli, Jurado & Matute (2008) indican que la función principal de este proceso es hacer más fácil la adaptación de la persona, al ir más allá de ejercer conductas habituales y automatizadas, en situaciones de complejidad e innovación.
Funciones Implicadas	<p>Lozano & Ostrosky (2011) y Delgado & Etchepareborda (2013) indican algunas de las funciones implicadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipación • Selección de Metas • Planeación • Iniciación de Actividades • Control Atencional • Inhibición • Flexibilidad cognoscitiva • Flexibilidad Mental • Monitorizar las tareas • Control Emocional y social • Autorregulación del comportamiento • Selección de los comportamientos • Organización de tareas (en tiempo y espacio) <p>Por lo anterior, las funciones ejecutivas interfieren directamente en procesos de secuenciación, planeamiento y razonamiento, así como una vinculación con los otros procesos cognitivos.</p>
Ejemplos Aplicados	Las implicaciones de este proceso cognitivo son mostradas por Verdejo & Bechara (2010) al explicar que las funciones ejecutivas intervienen conductas cognitivas (como planeamientos) y de manera socio-emocional (como identificar las habilidades de comunicación necesarias para lograr una meta), tomando en cuenta a su vez las repercusiones de corto, mediano y largo plazo de las conductas en cuestión.

→ Orientación y Habilidades Viso-Espaciales

Definición y Ejemplos

Dentro del área de Orientación existen tres ejes de trabajo. Por un lado, se interviene en relación a la orientación espacial, por otro, la orientación temporal y por último la orientación sobre la persona.

En relación a la Orientación Espacial es importante brindar opciones a la persona adulta mayor en caso de desconocer dónde se encuentra. Por ejemplo, se puede incitar a que en dichas situaciones averigüe preguntando a otras personas. Es importante, como se ha dicho con anterioridad, centrarse en la autonomía de la persona. En este caso resultaría necesaria conocer las características espaciales de cada participante y no estimular de manera general; ya que cada persona tendrá una orientación espacial distinta según su residencia. Tal y como indica Sardinero (2010), existe una estrategia de intervención llamada Orientación a la Realidad que busca disminuir la desorientación de los tres ejes (espacial, temporal y personal).

Lo anterior se realiza al proporcionar información real de su entorno en estos temas.

Una recomendación sería relacionar la orientación espacial y temporal a eventos o lugares con contenido emocional para vincularlo con mayor facilidad a la memoria.

Por su parte las habilidades Viso-Espaciales hacen referencia a un conjunto de procesos cognitivos que se utilizan para el análisis, comprensión y manejo del espacio en que nos desenvolvemos (Ortega, et al., 2014). Estos autores indican que estas habilidades son el procesamiento visual más complejo que se realiza en el cerebro debido a que están involucradas en el desplazamiento, estimación de distancia y profundidad aunado a navegación mental.

Según Sardinero (2010), existen dos formatos de realización de la terapia Orientación a la Realidad:

- **Formal:**
Realizada por terapeutas con material didáctico para estimular la orientación. Requiere planeamiento y especialización.
- **Informal o 24 horas:**
Donde la persona encargada, como cuidador o familiar, brinda la información de orientación a lo largo del día en las interacciones que tiene con el paciente.

→ Lenguaje

Definición

La definición del lenguaje, según indican Fernández-Abascal, Martín & Domínguez (2002), es una semejanza a un conjunto de símbolos y habilidades mediante las cuales una persona puede comunicarse de manera interpersonal al utilizar un sistema simbólico que existe en común. Desde la perspectiva de los modelos cognitivos, el lenguaje es un conjunto de procesos que están íntimamente relacionados con la interacción de las personas con su ambiente (Fernández-Abascal, Martín & Domínguez, 2002). En esta área de trabajo existen distintas operaciones cognitivas de interés para la intervención. Entre los más importantes están la expresión oral y escrita, la comprensión de ambas y la denominación.

**Sub-
procesos**

El modelo cognitivo se sustenta en dos ejes que se conforman en distintas operaciones muy interrelacionadas entre sí, a continuación, se desarrolla según lo mencionado por los autores Fernández-Abascal, Martín & Domínguez (2002):

- Producción del Lenguaje: hace referencia a la expresión lingüística asumida como una intención de comunicarse.
 - La conceptualización: es el proceso en el cual se da la planificación y conceptualización de la información que se desea transmitir, se considera esto como un código cerebral de índole proposicional.
 - Formulación lingüística: es aquí donde el código anterior o la información se vuelve un código verbal mediante la organización de la información de manera secuencial. Lo anterior con la ayuda de la memoria semántica y elementos léxicos.
 - Articulación: hace referencia a la última etapa donde existe una transferencia del mensaje mediante la vía deseada (oral, escrita, por gestos, entre otros).
- Comprensión del Lenguaje: se refiere al procesamiento del mensaje que es recibido por el receptor durante la comunicación. El mecanismo de procesamiento de esta información es aún controversial, aunque existe consenso en la existencia de las siguientes fases para su comprensión.
 - Fase Perceptiva: indican los autores que en esta fase el mensaje se fracciona y codifica en relación a distintas características como la frecuencia.
 - Fase Lingüística: es la fase donde se identifican los sonidos correctamente, junto con el significado de estos según características sintácticas y léxicas.
 - Fase Cognitiva: última fase donde se trabaja con el significado del mensaje percibido, en función de los códigos producidos en las fases anteriores y al contexto en donde se emitió el mensaje (factores extralingüísticos son esenciales).

**Ejemplos
Aplicados**

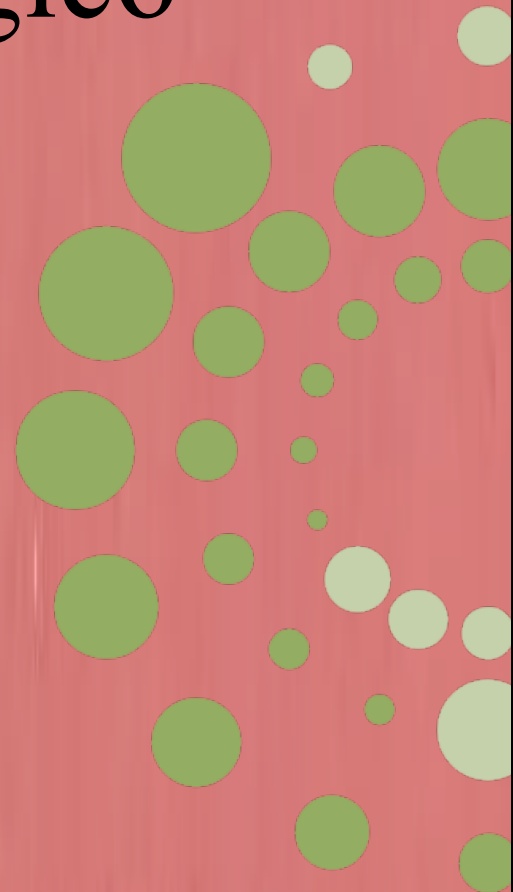
Las áreas de producción o comprensión están claramente vinculadas entre sí. Sin embargo, los problemas cognitivos relacionados al proceso del lenguaje pueden estar mediados en dichas sub-operaciones. Por ejemplo, en la formulación lingüística pueden darse casos de afectación en recuperación de la información léxica, morfológica y memoria semántica que inciden en un error al momento del mensaje creado y por ende transmitido.

→ Memoria

Definición	En relación a la memoria, los conocimientos cognoscitivos y de las neurociencias han determinado no solamente diferentes tipos de memoria sino también distintos procesos implícitos en su funcionamiento.
Sub- procesos	<p>Existen diferentes modelos que identifican distintos tipos de memoria (Gramunt, 2008). A continuación, se mencionan algunos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Memoria de Trabajo / Memoria Largo Plazo• Memoria Declarativa / Memoria Procedimental• Memoria Episódica / Semántica• Memoria Explícita / Implícita• Memoria Retrograda / Memoria Anterógrada <p>Entre los consensos existentes en la teoría se identifican distintos subprocesos que interactúan dentro de la memoria para las personas. Gramunt (2008) los define de la siguiente manera:</p> <p>Como primer proceso que media la memoria se encuentra la vinculación existente con la atención para percibir y discriminar el estímulo presente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Codificación: De manera general se define como el registro de los estímulos en información almacenada. Es el primer sub-proceso inmerso. La autora indica que si la codificación se da en distintos niveles se logra una mayor prevención del olvido.• Almacenamiento: Es la siguiente fase en los procesos que conforman la memoria, se basa en el mantenimiento de un recuerdo en el cerebro para lograr una retención del mismo.• Evocación: Hace referencia al proceso que se realiza de manera voluntaria para acceder a la información que ha sido almacenada previamente.
Ejemplos Aplicados	<p>En relación a estos tres sub-procesos implicados en el funcionamiento, se puede concluir que los participantes que requieren intervención en la memoria pueden tener uno o más de estos procesos afectados y en función de esto se deben tomar medidas para la intervención.</p> <p>Un ejemplo de esto puede verse en como algunas de las personas han codificado la información, pero su problema radica en la reconstrucción de ésta → si se les pregunta por el recuerdo no lo evocan, pero si logran recuperar la información al brindar pistas.</p>



**Cribado
Neuropsicológico**



2. Cribado Neuropsicológico

a) Definición

Este término hace referencia a un primer paso que antecede a una evaluación con más detalle. Según los mismos autores, estos test deben ser sencillos y rápidos. Así mismo los instrumentos de “screening”, tamizaje o cribado se utilizan para evaluar de manera breve y general distintos dominios cognitivos (Contador, Fernández-Calvo, Ramos, Tapias-Merino, Bermejo-Pareja, 2010). Estas pruebas no deben tomarse como única fuente para realizar un diagnóstico, debido a su superficialidad al momento de evaluar es imprescindible realizar evaluaciones a profundidad para el diagnóstico. Oudman et al. (2014) indican que para el diagnóstico correcto de deterioro cognitivo se utilizan las evaluaciones cognitivas, pero que, debido a la necesidad de mucho tiempo para su realización, se usan instrumentos de cribado para darse una impresión acerca del funcionamiento cognitivo de la persona.

b) Diferencias con la Evaluación Neuropsicológica

Por su parte la evaluación neuropsicológica es una valoración más detallada que permite ampliar el criterio del tamizaje realizado para crear un perfil neuropsicológico. Incluye instrumentos más extensos y específicos para cada subproceso de los diversos subtipos de memoria, procesos atencionales, funciones ejecutivas, procesos de lenguaje, entre otras (Roselli & Ardila, 2010). De esta manera

valora las capacidades afectadas y preservadas en la persona, aunado a una evaluación emocional y funcional del paciente. Oudman et al. (2014) indican que para su realización se requieren de profesionales capacitados, así como de mayor cantidad de tiempo que en una evaluación de tamizaje.

c) Pruebas de Cribado

A continuación, se muestran dos instrumentos de cribado que permiten tamizar distintas áreas del funcionamiento cognitivo en una persona, se plantean ambos para una mayor amplitud de evaluación.

→ Descripción del Mini-Mental (MMSE)

El MMSE se considera como la prueba más común dentro de los instrumentos de cribado (Contador, Fernández-Calvo, Ramos, Tapias-Merino, Bermejo-Pareja, 2010), y con mayor número de adaptaciones idiomáticas (Llamas, Llorente, Contador, Bermejo, 2015).

Para Costa Rica existe una adaptación que se realizó en distintos momentos dentro de las investigaciones realizadas por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica (Castro-Rojas & Salazar-Villanea, 2014). Estas autoras indican que el

Los instrumentos de tamizaje no pueden ser utilizados para el diagnóstico; ya que no permiten una evaluación adecuada para emitir este criterio.

MMSE permite identificar la existencia de un deterioro cognitivo en las personas sin poder especificar la etiología de la misma.

Durante las pruebas de adaptación al país, los análisis estadísticos demostraron evidencias positivas en relación a la validez. En relación a la confiabilidad se comprobó la utilidad para discriminar entre personas con o sin deterioro cognitivo, confirmando que no existe discriminación en las personas con deterioro (Castro-Rojas & Salazar-Villanea, 2014).

Lo anterior es acorde a investigaciones internacionales donde éste instrumento ha demostrado altos niveles de especificidad para la exclusión de demencia, por el contrario, cuenta con una sensibilidad baja para pacientes con problemas neurológicos o psiquiátricos (Llamas, et al., 2015). Los mismos autores indican que con poblaciones de bajo nivel educativo el test pierde especificidad, así como en ciertas demencias relacionadas a tareas ejecutivas. Partiendo de lo mencionado en el apartado de punto de partida, mencionar puntos de corte resulta innecesario. Aunado a lo anterior Llamas et al. (2015) indican que una de los inconvenientes de este test es que existen dificultades para la interpretación de los puntos de corte y dominios cognitivos; así como una carencia en distinción de demencias.

Específicamente en la institución se utiliza una versión de su adaptación al español elaborada por Lobo et al. (1979), conocida como Mini Examen Cognoscitivo (MEC-35). Cuenta con 35 puntos, y fue acoplado para la población institucional

previo a la realización de este documento. Según Llamas et al. (2015) es una adaptación para mejorar la discriminación del test en poblaciones con baja escolaridad.

Llamas et al. (2015) indican que esta versión contiene los mismos ítems en relación al apartado de orientación, fijación, lenguaje, viso-construcción y el recuerdo de las palabras. Así mismo varía en relación a los ítems de cálculo que pasan de restar de 7 en 7 a restar de 3 en 3 desde el número 30; añadiendo un ítem de números inversos. Aunado a lo anterior incluye un cribado de la abstracción mediante dos semejanzas en pares de palabras.

A continuación, se muestra el Test con un acomodo más simple para su uso. Así mismo se indican las estrategias y criterios de evaluación del mismo con algunos consejos específicos que resultaron pertinentes durante la realización de 81 MEC durante la práctica.

Es de vital importancia mencionar que en la validación del MMSE para el país no existen puntos de corte. Así mismo, en relación al instrumento utilizado en la institución no existe una validación de los cambios realizados al instrumento, así como los ítems extras en relación al MMSE. Por lo tanto, los resultados de su uso deben ser utilizados con precaución, sin impresiones diagnósticas y como un simple tamizaje de las condiciones cognitivas de las personas, sin basarse en el puntaje.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Basado en Lobo et al. (1979)

DATOS GENERALES

Paciente..... Edad.....
Ocupación..... Escolaridad.....
Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día..... Fecha Mes..... Estación..... Año..... ____ de 5
- Dígame el lugar.....
- Distrito..... Ciudad..... Provincia..... País..... ____ de 5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; COLÓN, CABALLO Y MANZANA ____ de 3
(repetir hasta que se los aprenda, puntúa el primero intento)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

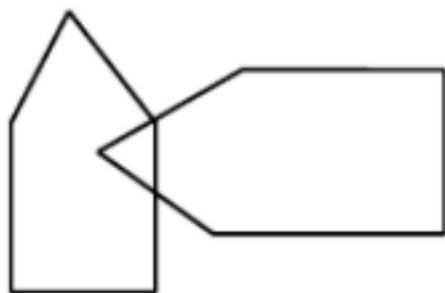
- Si tiene 30 colones y me da de tres en tres ¿cuantas le van quedando ____ de 5
- Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás ____ de 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? ____ de 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj ____ de 2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros ____ de 1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ____ de 2
 ¿qué son el rojo y el verde? ¿Que son un perro y un gato?
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ____ de 3
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS ____ de 1
- Escrib _____ de 1
- Copie _____ de 1



Total ____

Instrucciones de Evaluación y Aplicación

A continuación, se detallan las instrucciones de aplicación indicadas por López & Mari (2011) para el MEC-30, anexando la valoración de los 5 puntos extras del test utilizado en la institución. Se utiliza la explicación puntual que dan estos autores debido a su aclaración del objetivo y utilidad de cada ítem a evaluar.

Orientación:

- Orientación temporal: esta sección se compone de 5 preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes en que se realiza la exploración, cada una de las cuales puntúa 0 (error) o 1 (acierto), con una puntuación que varía de 0 a 5 puntos. Si la exploración se realiza por la noche o a última hora del día, puede concederse como correcta la respuesta del día en curso o la del día siguiente. De la misma manera, en períodos de transición entre estaciones o épocas del año, se puntuaría como correcto responder tanto la que esté vigente como la entrante. Por otro lado, en ciertas zonas geográficas sin cambios estacionales discernibles o suficientemente marcados, pueden aceptarse otras referencias válidas localmente para diferenciar los períodos temporales o meteorológicos.

Consejo: Si la persona a quien se le aplica el test es nueva en la institución, las preguntas de Distrito, Ciudad y Provincia debe hacerse en relación a su lugar de procedencia; si por el contrario es miembro activo del Centro Diurno debe preguntarse en relación a la institución. López & Mari (2011) indican que la ejecución suele mejorar al estar en entornos más familiares, y esto no implica tener que cambiar el criterio de puntuación dado en el protocolo.

- Orientación espacial: se trata de una serie de 5 preguntas, referentes a coordenadas espaciales tales como el país, la región, la localidad y el lugar en que se realiza la exploración. Nuevamente, se puntúa cada una de ellas con 0 o 1, con una puntuación máxima de 5. Cabe añadir que, en lugar del nombre de la localidad (ciudad, pueblo), puede requerirse alternativamente sobre una zona (distrito, barrio, etc.), siempre que sea adecuada para el entorno y se presente con suficiente precisión geográfica.

Fijación:

Esta sección pretende evaluar la capacidad de la persona para fijar y retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí, así como su grado de alerta y atención. Consiste en facilitar las instrucciones al paciente de manera clara y concisa, y a continuación decir las 3 palabras, con una pausa de aproximadamente 1s entre ellas. Se anota la respuesta, concediendo 1 punto por palabra evocada (puntuación máxima de 3). El orden de las respuestas es irrelevante. Si el sujeto no responde correctamente las 3 palabras al primer intento, se repiten hasta que sea capaz de retenerlas; sin embargo, sólo se puntuará el primer intento. Para aumentar la probabilidad de que se aprendan las palabras con vistas a poder evaluar la capacidad de retención a más largo plazo en la quinta sección del test se podrá realizar hasta un máximo de cinco intentos. Por otro lado, en casos de aplicación de re-test o de administraciones repetidas en un corto período, se pueden sustituir las 3 palabras originales por otra serie alternativa (ejemplo “libro-queso-bicicleta”), para evitar el

efecto no deseado del aprendizaje entre las distintas aplicaciones. Una vez el individuo haya aprendido las palabras (o practicado hasta cinco intentos, independientemente del resultado obtenido), hay que informarle que debe tratar de recordar las palabras, puesto que se le requerirán en unos minutos.

Cálculo y Atención:

Consiste en que el sujeto debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de 3 números empezando por el 30, facilitándole un contexto concreto (monedas). Se puntúa 1 por cada respuesta correcta, hasta un máximo de 5 puntos. Se considera correcta una respuesta si es exactamente 3 números inferior a la contestación anterior, con independencia de si ésta fue correcta o incorrecta. No se debe repetir la cifra que dé el paciente. Este ítem está claramente influido por el nivel de escolaridad y la aptitud matemática del sujeto; no obstante, hay que puntuarlo de manera objetiva, sin tomar en consideración estos factores.

Anexo: -ejercicio de orden inverso- Se deben repetir los dígitos lentamente, 1 segundo cada uno. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.

Memoria:

Aquí se evalúa la capacidad de retención a corto plazo del paciente, pidiéndole que recuerde las 3 palabras aprendidas en la tarea de fijación. Se le puede

Consejo: como el objetivo final de este cribado no sería el puntaje, se pueden brindar pistas de categorías para observar si la persona logra recordar las palabras. Esto brindaría información acerca del sub-proceso afectado. Es decir, si la persona recuerda al dar claves, es un indicio de que los problemas están relacionados con procesos de reconstrucción del recuerdo y no con la codificación del mismo; ya que éste si estaría guardado y la dificultad sería en cómo recuperar la información.

animar o motivar para que responda en caso de dificultad, pero no estimularle ni facilitarle ayudas en forma de claves o pistas. Se puntúa siendo irrelevante el orden de las palabras evocadas.

Lenguaje y construcción:

- Denominación: con este ejercicio se pretende evaluar la capacidad del individuo para reconocer y nombrar 2 objetos comunes, tales como un bolígrafo y un reloj, los cuales se le muestran de manera física y directa. En caso de necesidad, los objetos propuestos pueden sustituirse por otros equivalentes (ejemplo: gafas, silla, llaves, etc.). Cada respuesta correcta se puntúa 1, con un máximo de 2 puntos en esta sección. La respuesta se dará como correcta si la persona identifica el objeto, tanto completa como parcialmente.

Consejo: La razón para no mencionar el número que la persona da como producto de la sustracción es que se estaría interfiriendo en la evaluación de la atención. La serie de números en inversa fue modificada del original (5, 9, 2) debido a que la respuesta sería 2, 9, 5 y las personas podrían puntuar un acierto al decir 2 por el simple hecho de contestar en orden numérico 2, 5, 9.

- Repetición: esta sección valora la capacidad del examinado para repetir con precisión una frase con cierta complicación articulatoria. La emisión de esta frase estímulo debe ser clara y audible en todos sus detalles. La puntuación es 1 si el sujeto repite la frase entera correctamente, y 0 si la repetición no es exacta. Si fuera necesario (ejemplo: en caso de dificultad para oír o comprender la pregunta), se podrá repetir el ejercicio hasta 5 veces, pero se puntuará únicamente el primer intento.

- **Comprensión:** esta tarea evalúa la capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 pasos. En caso de que concurra alguna limitación física o motriz que impida al sujeto utilizar su mano derecha o colocar el papel en el suelo, se puede permitir que utilice la mano izquierda o que coloque el papel en la mesa u otra superficie accesible. La puntuación, una vez más, es de 0 (error) o 1 (acierto) en cada una de las operaciones a realizar, con una puntuación máxima de 3. Si la persona no pudiera ejecutar este ejercicio, parcial o totalmente, se puntuaría como error y se anotaría el impedimento o motivo de incapacidad.
- **Anexo: -Ejercicio de Semejanzas-** este ítem evalúa la capacidad de abstracción de la persona al encontrar semejanzas. La puntuación es de 1 punto si en “verde y rojo” la respuesta es inexcusablemente colores. Por su parte para “perro-gato” el punto se asigna si la respuesta es animal o alguna similitud con este.
- **Lectura:** en esta sección, se evalúa la capacidad del explorado para leer y comprender una frase sencilla (“cierre los ojos”), la cual se le presenta en una hoja aparte. Solamente se aceptará la respuesta como correcta (1 punto) si la persona cierra los ojos; no debe estimularse esta respuesta. Si el sujeto no comprendiera la lengua española, debería mostrársele una orden escrita en su lengua materna. Si concurriera un problema de visión o de analfabetismo

Consejo: con personas con problemas visuales y/o motores se les puede solicitar que digan la frase y el aplicador de la prueba la escribirá. Bajo estas circunstancias, si la respuesta cumple con los criterios necesarios, puntuará como correcta.

que impidiera al sujeto leer la orden, se puntuaría la tarea con 0 y se anotaría el motivo de esta puntuación.

- Escritura: se evalúa aquí la capacidad del individuo para escribir una frase

Consejo: con dificultades visuales se puede mostrar una imagen de mayor tamaño.

coherente. La puntuación máxima de 1 punto se concederá cuando la frase escrita sea comprensible, y contenga sujeto, verbo y predicado. Se deben ignorar los posibles errores ortográficos y gramaticales.

- Dibujo: esta tarea de copiar 2 pentágonos entrelazados, que se presentan en una hoja separada, evalúa la capacidad viso-

espacial del explorado. Se puntuará con un 1, exclusivamente, cuando el dibujo realizado represente 2 figuras de 5 lados cada una, entrelazándose para formar una figura de 4 lados. La falta de intersección entre los pentágonos se puntuará con 0. La perfección del dibujo es irrelevante.

Puntuación. El total es de 35, pero se excluyen las preguntas que hayan sido eliminadas por imposibilidad física de cumplir un ítem. Después de esto se calcula la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Ejemplo: si el paciente por problemas visuales no puede efectuar 4 de los 35 puntos posibles, entonces la puntuación final se calculará sobre los 31 puntos evaluados, y la puntuación total corregida, por ejemplo, si es de 20 puntos, obtendremos por regla de tres: $(20 \times 35) / 31 = 22.5$, que redondeado llegamos a 23 (si fuese 22.4 redondeando sería 22).

Nota: Es importante indicar que ninguna de estos cambios en el instrumento ha tenido una validación

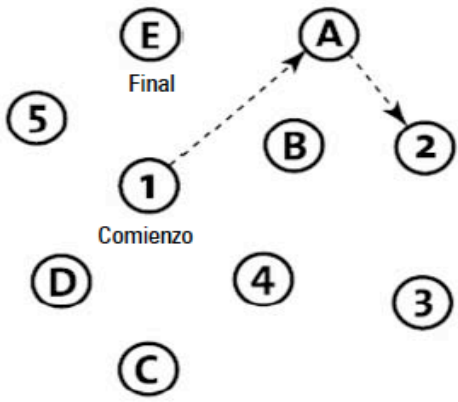
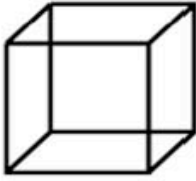
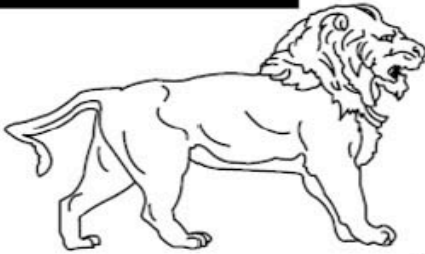
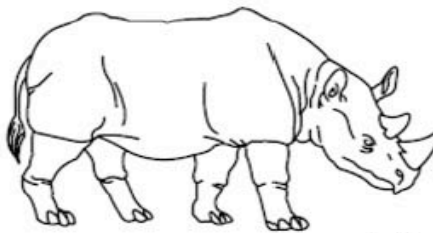
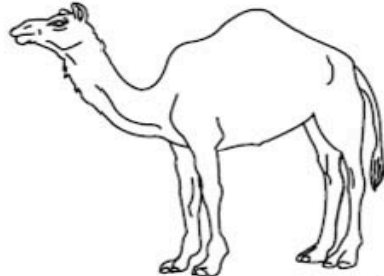
→ Descripción del Montreal Cognitive Assesment (MoCA)

Pedraza et al. (2014) indica que es una prueba que surge para detectar cambios en el funcionamiento cognitivo mediante la identificación de deterioro cognitivo leve o demencias. El instrumento cuenta con distintas validaciones y adaptaciones y, según indican los autores, se crea con el fin de suplir la carencia del MMSE para detectar cambios de poblaciones con altos niveles educativos.

Según autores como Hollis, Duncanson, Kapust, Xi & O'Connor (2015), el MoCA es una prueba que cada vez usan más profesionales en salud en búsqueda del deterioro cognitivo. Estos autores indican que el test es de mayor dificultad y por esta razón las puntuaciones tienden a ser más bajas que en el MMSE.

Oudman et al. (2014) indican que en relación al MoCA se asume que evalúa una mayor gama de dominios cognoscitivos. Específicamente indican las siguientes áreas de evaluación: Memoria, capacidad viso-espacial, la función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y orientación (temporal y espacial).

Su puntuación máxima es de 30 puntos, y así como con el MMSE el objetivo de esta guía es propiciar instrumentos que permitan una vista general de las áreas a evaluar a profundidad para así intervenirlas con estimulación cognitiva, por esta razón los puntos de corte no son tema de discusión.

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							 <p>Copiar el cubo</p>	<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p>	<p>Puntos</p>	
[]		[]					[] Contorno [] Números [] Agujas	___/5		
IDENTIFICACIÓN										
										___/3
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
		1er intento								
		2º intento								
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2								___/2
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB								___/1
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.								___/3
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []								___/2
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)								___/1
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla								___/2
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
				[]	[]	[]	[]	[]		
Optativo		Pista de categoría								
		Pista elección múltiple								
ORIENTACIÓN		[] Día del mes (fecha)	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad	___/6		

Instrucciones de Evaluación

A continuación, se detallan las instrucciones de aplicación indicadas para el MoCA versión 7.1 Adaptado por Z. Nasrredine (2010) (en www.mocatest.org). Siendo esta la página oficial del test.

Test de Secuencia Alterna:

Administración: El examinador instruye lo siguiente: “Por favor, dibuje una línea que vaya desde un número hacia una letra, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el número 1) y dibuje una línea hacia la letra A, y a continuación hacia el 2, etc. Finalice aquí (señale la letra E)”

Consejo: con dificultades visuales se puede mostrar una imagen de mayor tamaño.

Puntuación: Asigne un punto si el paciente realiza adecuadamente el siguiente patrón: 1-A- 2- B- 3- C- 4- D- 5- E, sin dibujar ninguna línea que cruce. Cualquier error que no se corrija de forma inmediata obtendrá un puntaje de 0.

Habilidades viso-constructivas (Cubo):

Administración: El examinador instruye lo siguiente señalando el cubo: “Por favor copie este dibujo tan exacto como pueda, en el espacio de abajo”.

Puntuación: Se otorga un punto por ejecutar el dibujo correctamente, con los siguientes criterios.

- El dibujo debe de ser tridimensional / Todas las líneas deben de haberse dibujado / No deben agregarse líneas / Las líneas horizontales deberán de ser relativamente paralelas.

Habilidades viso-constructivas (Reloj):

Administración: Señalando el espacio ubicado en la parte superior derecha de la hoja, dé las siguientes instrucciones: “Dibuje un reloj, que incluya todos los números y que marque las once y quince”.

Puntuación: Se otorgará un punto solamente si cumple cada uno de los siguientes criterios:

Consejo: es importante mantener el uso de la hora indicada, debido a que se evalúa la habilidad viso-espacial inmersa en el manejo de dos cuadrantes distintos, para cumplir con la actividad.

- Bordes (1pt.): El reloj deberá mostrarse como un círculo con una ligera distorsión aceptable (por ejemplo, una leve imperfección el cerrado del círculo).
- Números (1pt.): Todos los números del reloj deben estar presentes sin agregar números: deben estar ubicados en el orden correcto y ubicados en los cuadrantes aproximados de la cara del reloj; Se aceptan numerales romanos; los números pueden estar ubicados afuera del círculo.
- Manecillas (1pt.): Debe haber dos manecillas unidas indicando la hora correcta; la manecilla de la hora deberá claramente ser más corta que la manecilla de los minutos; ambas deben estar centradas dentro de la carátula del reloj y su punto de unión ubicarse cerca del centro del mismo.

Denominación:

Administración: Iniciando en el lado izquierdo, señale cada figura y diga: “Dígame el nombre de este animal”.

Puntuación: Un punto por cada una de las siguientes respuestas: (1) león (2) rinoceronte (3) camello o dromedario.

Consejo: con dificultades visuales se pueden mostrar imágenes de mayor tamaño o utilizar sonidos.

Memoria:

Administración: El examinador lee una lista de 5 palabras, con un promedio de una por segundo, dando las siguientes instrucciones: “Esta es una prueba de memoria. Voy a leerle una lista de palabras que tendrá que recordar ahora y también le voy a solicitar que lo haga posteriormente. Escuche atentamente y cuando yo haya finalizado, por favor dígame todas las palabras que recuerde usted. No importa el orden”.

Una vez presentado el primer ensayo, marque en el espacio que corresponda las palabras que el paciente refiera. Cuando el examinado indique ha finalizado (y que ha nombrado todas las palabras que recuerde o que ya no le es posible recordar más palabras), lea la lista una vez más con las siguientes instrucciones: “Ahora voy a leerle la misma lista una segunda vez. Trate de recordar y decirme tantas palabras como pueda, incluyendo las que me dijo la primera vez”.

Marque en el espacio que corresponda las palabras que mencione el paciente durante este ensayo. Al final del segundo ensayo, informe al sujeto que deberá recordar estas palabras diciendo: “Le voy a pedir que recuerde estas palabras al final de la prueba”.

Puntuación: No se asignarán puntos por los ensayos uno y dos.

Atención:

Dígitos directos.

Administración: El examinador deberá leer cinco dígitos proporcionando las siguientes instrucciones:

“Voy a decirle algunos números y cuando haya terminado, le pido me los repita exactamente como los he dicho”. Lea la secuencia de números, uno cada segundo en promedio.

Dígitos inversos.

Administración: El examinador deberá leer 3 números, un dígito por segundo, dar la siguiente instrucción: “Ahora voy a decir algunos números más, pero cuando haya terminado, usted me los repetirá en orden invertido (del final hacia el principio)”.

Puntuación: Otorgue un punto por cada secuencia correctamente repetida. (N.B.: La respuesta correcta para la secuencia de tres números es 2 - 5 - 8).

Concentración:

Administración: El examinador lee la lista de letras, en promedio una por segundo; después de leerlas dará la siguiente instrucción: “Voy a leerle una secuencia de letras, cada vez que mencione la letra “A” de un pequeño golpe con su mano sobre la mesa. Si digo otra letra que no sea la A, no de ningún golpe”.

Puntaje: Se otorga un punto si hay un solo o ningún error (se considerará error si golpea con la mano cuando no se menciona la letra “A” o bien cuando se menciona y no golpea en la mesa).

Sustracción de 7:

Administración: El examinador proporciona la siguiente instrucción: “Ahora le voy a pedir que al número 100 le reste 7 y así sucesivamente, por favor continúe hasta que yo le indique que se detenga”. Puede repetir esta instrucción dos veces.

Puntuación: Esta sub-prueba asigna 3 puntos en total. No otorgue puntos si las restas han sido incorrectas; 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas, y 3 puntos si el participante ejecuta exitosamente cuatro o cinco de las restas.

Cada resta es evaluada de forma individual. Es decir, si el paciente comete un error en la resta y da una cifra errónea, pero sustrae 7 correctamente de esta cifra errónea, se asignan puntos. Por ejemplo, si el paciente responde “82 – 75 – 68 – 61 – 54” en

donde “82” es incorrecto, pero el resto subsecuente de números son restados correctamente, se otorgará un puntaje de 3 puesto que existen 4 respuestas correctas.

Repetición de oraciones:

Administración: El examinador indica: “Ahora voy a leerle una oración, por favor repítala después de mí exactamente de la misma forma en que yo la he dicho [pausa]: El gato se escondió bajo el sofá, cuando los perros entraron en la sala”.

Después de la respuesta, el examinador indica: “Ahora voy a leerle otra oración, por favor repítala después de mí exactamente como yo la digo [pausa]: Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida”.

Puntuación: Se asigna un punto por cada oración repetida correctamente (de forma literal). Cuide que no haya omisiones o cambio de palabras (sustituciones).

Fluidez verbal:

Administración: El examinador proporciona la siguiente instrucción: “Dígame el mayor número de palabras posibles que comiencen con una letra del abecedario (alfabeto) que yo le indicaré en un momento. Puede decir cualquier clase de palabras que quiera, excepto nombres propios (ejemplo España, Enrique), números o palabras que comiencen con el mismo sonido, pero diferente terminación, ejemplo amo amor amoroso, pena, penar, penando. En un minuto le pediré que se detenga. ¿Está listo?”

[pausa] ahora, dígame el mayor número de palabras posible que comiencen con la letra “P”. [cronometre 60 segundos y pida que se detenga]”.

Puntuación: Asigne un punto si el paciente genera 11 palabras o más en 60 segundos.

Abstracción (semejanzas):

Administración: El examinador pide al paciente que explique que tienen en común cada par de palabras, presentado el siguiente ejemplo: “Podría decirme en qué se parecen una zanahoria y una papa”, si el paciente contesta concretamente, añade: “dígame otra semejanza entre ellos”. Si el paciente no da una respuesta apropiada (vegetal), diga, “Sí, y ambos también son vegetales”. Después del ensayo, el examinador indica: “Ahora puede decirme qué tienen en común un tren y una bicicleta”. Una vez que conteste, administre el segundo ensayo diciendo: “Ahora dígame qué tienen en común un reloj y una regla”. No proporcione más información en ninguno de los dos ítems.

Puntuación: Únicamente se asignarán puntos a los últimos pares. Otorgue un punto a cada par correctamente contestado.

Recuerdo Diferido:

Administración: El examinador proporciona la siguiente instrucción: “Con anterioridad le leí algunas palabras, y le pedí las recordara. Dígame ahora todas las

palabras que recuerde” Marque cada palabra que el paciente recuerda de manera espontánea sin pistas, en el espacio indicado.

Puntuación: Otorgue un punto por cada una de las palabras recordadas de forma espontánea, sin pista alguna.

Puntaje: No se otorgarán puntos para palabras asociadas con las pistas. Una pista es utilizada únicamente para propósitos de información clínica.

Opcional:

Para las palabras que el paciente no evoque de forma espontánea, el examinador proporcionará pistas de categoría semántica. (El examinador realiza una marca de verificación en el espacio asignado, si el paciente se acordó de la palabra con la ayuda de una categoría o pista de opción múltiple). Si el paciente aún así no recuerda la palabra, el examinador proporciona una prueba de opción múltiple.

Este ejercicio puede proporcionar a quien interpreta, información adicional acerca del tipo de alteración de memoria. Para defectos de memoria debido a fallas de recuperación, se puede mejorar el rendimiento con una pista. Para deficiencia de memoria debido a fallas de codificación, el rendimiento no se mejora con una pista.

Orientación:

Administración: El examinador proporciona la siguiente instrucción: “Por favor dígame la fecha de hoy”. Si el paciente no proporciona una respuesta completa, solicitará rápidamente que la indique diciendo; “Dígame (año, mes, fecha exacta y día de la semana)”. Luego añadirá: “Ahora dígame el nombre de este lugar, y en qué ciudad está”.

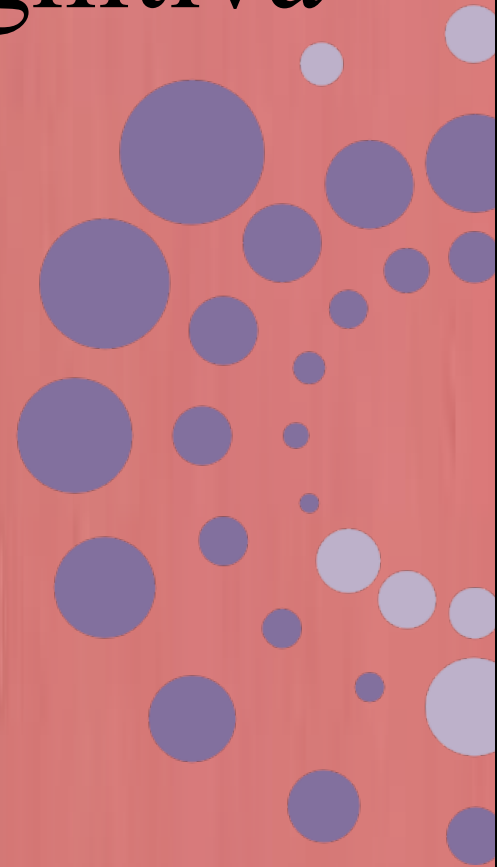
Puntuación: Otorgue un punto por cada respuesta correcta. El paciente debe decir la fecha exacta y el lugar exacto también (nombre del hospital, clínica, oficina). No se asignarán puntos si el paciente comente un error del día y /o la fecha.

PUNTACIÓN TOTAL: Sume todos los sub puntajes listados en el lado derecho. Agregue un punto si el paciente cuenta con 12 años o menos de educación formal, el puntaje máximo posible es de 30 puntos.

Consejo: en caso de que la persona no pudiera realizar alguno de los ítems, puntuar bajo el mismo principio de regla de tres explicado en el MEC.



Intervención Cognitiva



3. Estimulación Neuropsicológica

El abordaje de los síndromes demenciales está mediado por la existencia de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (González-Arévalo, 2015). En relación a la intervención sin el uso de fármacos la autora plantea que el enfoque de este abordaje ha evolucionado. Esta evolución ha sido desde la perspectiva de mejorar el funcionamiento cognitivo de la persona hasta brindar importancia a aspectos como la calidad de vida, la capacidad funcional del paciente, el impacto en el cuidador, entre otros. Gonzales-Arevalo (2015) indica que estas intervenciones están orientadas a mejorar la calidad de vida, autonomía e impactar de manera positiva el ambiente familiar en donde se desenvuelve la persona.

I. Estimulación Cognitiva

a) Definición

Es definida como la participación de personas en una serie de actividades y discusiones, que generalmente son realizadas en grupo, y que están destinadas al mejoramiento del funcionamiento cognitivo y social (Cheung & Peri, 2014; Tardif & Simard, 2011). Por otro lado, la estimulación cognitiva (EC) es definida “como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar

Es importante tomar en cuenta que estos procesos están conformados por subprocesos que no se desligan entre sí. Así más adelante se explicará cómo estos procesos están vinculados entre sí.

la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas” (Villalba & Espert, 2014, p. 74), estos autores indican que las capacidades que se buscan optimizar son: la percepción, la atención, el razonamiento, la abstracción, la memoria, el lenguaje, los procesos de orientación y las praxias.

Esta intervención cuenta con la característica de no ser pasiva, tal y como indica Sardinero (2010) dentro de la intervención de la EC los participantes trabajan en torno a actividades demandantes de esfuerzo cognitivo aun cuando las mismas son acopladas a sus capacidades.

La base científica que sustenta la estimulación cognitiva, en el envejecimiento, se construye a partir de la capacidad de plasticidad del cerebro, así como en el potencial y reserva cerebral, junto con los principios propios de la rehabilitación Neuropsicológica (García-Sánchez, Estévez-Gonzales, & Kulisevsky, 2002).

Lim et al. (2012) indican que la estimulación cognitiva se utiliza también para conservar las capacidades cognitivas y prevenir o retardar el deterioro. El desarrollo investigativo en relación a la estimulación cognitiva en adultos mayores ha demostrado que con el mantenimiento consistente y frecuente de la participación en actividades cognitivamente estimulantes, se logra un menor riesgo de desarrollar síndromes demenciales (Yuill & Hollis, 2011).

Así mismo, en relación a la Estimulación Cognitiva se recomiendan dos guías a consultar para su realización:

- Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención (Consejería de Asuntos Internos, 2002)
- Guía Didáctica: “Estimulación Cognitiva para Adultos” (Sardinero, 2010)

b) ¿Para qué Estimular?

Tal y como indica González (2015) la intervención de enfermedades asociadas al síndrome demencial ha cambiado, trascendiendo la mejoría del funcionamiento cognitivo de las personas, hacia intervenciones que toman en cuenta aspectos relacionados a la funcionalidad y calidad de vida de la persona.

En su guía didáctica Sardinero (2010) indica que la EC busca abordar un planeamiento, el mantenimiento e inclusive la mejora de distintos procesos cognitivos básicos en el funcionamiento cerebral. Este autor indica que: “Estimular y mantener las capacidades mentales redundan en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas” (Sardinero, 2010, p. 23). El autor hace una comparación entre la EC y la actividad física para concluir que en ambas se entrenan habilidades para así fortalecerlas y desarrollarlas. En función de esto la teoría se basa en el trabajo de habilidades ya existentes para potenciarlas y así prevenir su deterioro, así como disminuir el avance de este (Sardinero, 2010).

Por último, Villaba & Espert (2014) indican distintos objetivos a tomar en cuenta para el planeamiento de la EC, a continuación, se especifican dos de estos:

- Mantener las capacidades cognitivas de los participantes, así como ralentizar posibles avances de deterioro.
- Uno de los más importantes que menciona es el mejoramiento de la funcionalidad de la persona en su vida diaria.

c) Técnicas recomendadas para la Estimulación

A continuación, se mencionan distintas técnicas y estrategias, que son expuestas en algunas de las guías recomendadas con anterioridad, para el desarrollo efectivo de la estimulación cognitiva. Las mismas se indican debido a su utilidad mostrada durante la labor realizada en el Centro Diurno de El Tejar.

En búsqueda de lograr la participación de las y los adultos mayores se puede recurrir a:

- Promover en los participantes la realización de los ejercicios.
- Reforzar la participación de las personas, así como los logros realizados mediante retroalimentaciones verbales.

En algunas ocasiones las personas adultas mayores pueden mostrarse indecisos a realizar las actividades por distintas circunstancias como falta de interés y/o temor a no poder lograrlo. Por esta razón el promover su realización es fundamental, al igual que reforzar positivamente que lo hagan. En esta práctica resultó muy pertinente la explicación sobre la utilidad de los ejercicios a las personas para su comprensión. Por su parte el reforzamiento verbal es esencial para mantener la motivación y por ende realizar una EC eficiente y efectiva. Así mismo, el reforzamiento puede ser inmediato con una frase como: “lo hiciste súper bien” así como la entrega de “notas” al final de la sesión. Estas notas resultan simbólicas ya que muchos adultos solicitan una evaluación de cómo realizaron las actividades y esto los motiva. La empatía y sinceridad en el reforzamiento es vital para su utilidad.

Por su parte para el desarrollo, por parte de los participantes, de las actividades planeadas se puede recurrir a distintas estrategias de índole conductual:

- El modelado y el encadenamiento resultan de gran utilidad para mostrar la realización de las actividades que se están trabajando.

En esta misma línea el uso de ejemplos o situaciones pasadas puede facilitar la realización de las actividades.

En la práctica resulta necesario, en muchos casos, demostrar los mecanismos por los cuales se logra realizar la actividad (en especial al trabajar habilidades viso-espaciales). Cabe rescatar, que estas dos técnicas son diferentes a realizar la actividad con las personas. Uno de los principales pilares de la EC es mostrar estrategias y mecanismos alternos que le permitan a la persona desarrollar sus habilidades cognitivas y por esta razón el modelado y encadenamiento ayudan con

d) Consejos Generales

A continuación, se detallan algunos consejos importantes que surgen como parte del conocimiento adquirido por consulta académica, así como de la labor profesional en la práctica. La estimulación no debe ser algo que se realice a la ligera.

La individualización del proceso es vital, si bien es cierto la estimulación se puede realizar en grupos; resulta vital una evaluación previa. Ya que, se deben conocer las características propias de cada paciente para el desarrollo de un planeamiento que sea funcional y eficiente para cada persona. Por esta razón, los talleres de estimulación pueden girar en torno a una temática; sin embargo, los ejercicios utilizados por cada participante varían en función de sus necesidades y cualidades; así como en dificultad.

Para obtener mayores beneficios y un impacto eficiente en las personas se deben de definir objetivos claros a lograr mediante la estimulación. De esta manera, al proponerse estimular áreas específicas en función de las características de la población se pueden dar resultados favorables para la misma.

Así como la EC debe centrarse en las características de la persona adulta mayor, también debe tomar en cuenta variables como su ambiente y necesidades.

Esto debido a que la EC no debe centrarse en el abordaje de funciones innecesarias para la persona en su contexto. El fin último de la estimulación será promover la recuperación o mantenimiento de la autonomía de las personas adultas mayores. Para ello se trabaja en habilidades necesarias para su quehacer diario y no en habilidades innecesarias para desarrollarse en su vida.

Algunas de las características recomendadas para las sesiones según el desarrollo de la práctica y el material consultado, son:

Duración: Se recomienda sesiones de mínimo 1 hora y máximo 1 y media; debido a las características de la población en la institución.

Conformación de los grupos: En relación a este factor es aconsejable formar grupos de 3-5 participantes para trabajo con personas con deterioro. Y grupos de 8-12 personas para grupos de prevención. Así mismo, resulta necesario que cuenten con características cognitivas similares entre los participantes.

Un factor importante a tomar en cuenta es que debe de haber un aprendizaje durante el proceso de estimulación. Por esta razón, conforme se realizan sesiones de EC es importante incrementar el nivel de dificultad con el avance del proceso.

Sardinero (2010) indica que la EC se sustenta en un modelo teórico científico para el desarrollo de actividades con el propósito específico de ejercitar procesos psicológicos en particular. De la misma manera indica que no solo se centra en el desarrollo de dichas actividades sino también en la enseñanza de estrategias y habilidades para incrementar la funcionalidad de dichas áreas.

El momento para detener el incremento de la dificultad lo dictará las necesidades del paciente para desarrollarse en su vida. Por ejemplo: Las necesidades de cálculo matemático para estimular serán diferentes entre un participante que requiera de habilidad para manejar su pensión, en contraposición de alguien que requiera habilidades con alto nivel de dificultad para la administración del negocio familiar.

Es muy importante dar estrategias a los participantes para poder resolver los problemas y no simplemente dar una respuesta o buscar una memorización de las mismas.

Debido a que se trabaja mediante funciones preservadas → se busca que la persona elabore por si misma mecanismos cognitivos y por ende neuronales para el desarrollo de las

áreas y habilidades en cuestión y no un aprendizaje memorístico del mismo. Es en este aspecto donde se diferencia el trabajo profesional de la EC con respecto a la realización de ejercicios estimulantes sin mayor impacto en las y los adultos mayores.

De manera general a continuación se puntúan algunos consejos para dar estimulación en casos de pacientes con distintas características.

- En casos de dificultades visuales:
 - o Se recomienda usar material de mayor tamaño para mejorar la visión.
 - o Otra posibilidad es la realización de actividades en base a texturas.
 - o Así mismo se pueden acudir al uso de materiales audibles.

En caso de utilizar imágenes para la estimulación, estas no deben ser infantiles para evitar infantilizar la población.

Para un mejor abordaje de la estimulación se recomienda investigar al respecto de los circuitos neurológicos y procesos cognitivos con los que se trabajará. En el apartado de punto de partida se abordan de manera general los procesos

cognitivos y sus componentes. Lo anterior para poder comprender a cabalidad su funcionamiento y así ejercer talleres de estimulación con mayor precisión y poder abordar las necesidades individuales con mayor perspicacia. Como parte de la EC, se deben facilitar estrategias de aprendizaje para que los participantes puedan utilizar. A continuación, se dan ejemplos de estrategias a utilizar en procesos de memoria:

Ejemplo tomado de internet:
Intente recordar el siguiente número:

36552124313028

Para poder recordar este número con mayor facilidad se puede usar el asociamiento:

365 días en un año, 52 semanas, 12 meses, aproximadamente 4 semanas en un mes, y un mes puede durar 31, 30 o 28 días.

Para una mayor facilidad de la codificación se puede aconsejar utilizar estrategias de asociación para así poder codificarla. De la misma manera impactará la facilidad con la que se recupera la misma.

Como estrategia para la reconstrucción se puede promover el uso de estrategias relacionadas a la organización al momento de memorizar y recordar.

e) Áreas a estimular

Los procesos implicados en la cognición humana son complejos. Por esta razón, si se desea estimular o trabajar estos procesos, es necesario que la labor se realice por profesionales con un conocimiento basto de los mismos. Lo anterior debido a que es esencial el entender cada uno de los procesos que se desean abordar en la EC; esto para poder desarrollar una intervención fundamentada y por ende efectiva.

A continuación, se mencionan las áreas de intervención cognitivas más usuales. Las mismas han sido explicadas con anterioridad en el apartado –Punto de Partida-. Tal y como se pudo observar, estos procesos son complejos y no están desligados entre sí. Así mismo, cada proceso esta mediado por sub-procesos que cumplen un rol importante.

- Procesos Atencionales
- Procesos de Lenguaje
- Memoria
- Habilidades Viso-espaciales y Orientación
- Funciones Ejecutivas

Un ejemplo de la necesidad de que sean profesionales con conocimientos en el tema, se encuentra al determinar que en muchos de los ejercicios de estimulación cognitiva los procesos cognitivos interactúan. Hasta en los ejercicios más simples distintos sub-procesos de los procesos están inmersos para la realización de la conducta deseada como ejercicio de estimulación. De la mano de esto, las personas usualmente tienen alteraciones en estos sub-procesos y al intentar estimularlos puede estar fallando debido a que no toman en cuenta los muchos otros sub-procesos de las demás áreas de cognición que pueden estar inmensos y generando un fallo en la estimulación.

Al momento de puntualizar actividades para estimular áreas específicas, resulta complejo. Debido a que en muchos casos una simple actividad puede estimular distintas áreas de manera simultánea. Así mismo, dependiendo de cómo se elabore o desarrolle, pueden trabajar áreas diferentes.

Sardinero (2010) aclara esto al indicar que la EC se enfoca en áreas en específico, pero éstas no son vistas como procesos independientes entre sí, y por esta razón al trabajar una sola área se abordan las demás en mayor o menor medida.

f) Actividades de Intervención

A continuación, se especifican actividades que se utilizaron durante la práctica de EC, así mismo algunas otras presentes en manuales de estimulación cognitiva desarrollados por profesionales, junto con actividades basadas en función de los materiales que tiene el Centro Diurno. La elaboración de actividades lúdicas para trabajar las distintas áreas resulta de gran ayuda y con grandes beneficios para los participantes.

Muchas de estas actividades pueden encontrarse en internet y suelen resultar de poca utilidad sin el apoyo de un profesional capacitado para su realización. Tomar en cuenta los consejos y técnicas especificadas en los apartados anteriores dentro del documento; así como el objetivo final de lograr desarrollar talleres funcionales para las personas desencadenando autonomía en los participantes de los talleres. Lo anterior basándose en la demanda y necesidades de cada persona.

Actividad 1: Repetición (Lúdica)

Área de Trabajo: Memoria de Trabajo y Atención

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Baja	Estímulos de 1 o 2 dígitos	Las personas deben de repetir el estímulo oral que se dé. Se deben dar estímulos e inmediatamente después la persona debe repetirlos. Esta actividad se realiza de manera grupal, se hacen las preguntas de manera oral y se pueden dirigir a participantes en específico o en conjunto.	Los estímulos a repetir pueden variar de dígitos numéricos o palabras. Una variante de esta actividad es mostrar una imagen (proyectar) a los participantes, después de esto quitar la imagen y preguntar sobre qué cosas había en la imagen. Se debe aclarar con anterioridad que se retirará la imagen y deben recordar datos de la misma. En este caso la dificultad varía según la cantidad de objetos en la imagen, así como la posibilidad de hacer preguntas como: “¿qué animales había en la imagen?”
Moderado	Estímulos de 3 o 4 dígitos		Otra opción es presentar estímulos de audio. Un ejemplo sería: distintos patrones de aplausos que las personas deben repetir.
Alta	Estímulos de 5 o más dígitos		

Actividad 2: Orientación

Área de Trabajo: Orientación, Memoria, Lenguaje

Variación	Materiales	Instrucciones y Consejos
Opción 1 Orientación Temporal	Imágenes que denoten la temporalidad del día (mañana, tarde, noche).	En esta actividad no se brindan niveles de dificultad, por el contrario, se dan distintas opciones según la intención de estimular de manera temporal, espacial o la memoria auto-biográfica.
Opción 2 Orientación Temporal	Imágenes que denoten festividades conocidas por las personas con quienes se trabaja.	De manera General: se deben mostrar imágenes (en grande) para que las personas reconozcan. Es necesario que sean comprensibles y claras al indicar el momento del día, la festividad, o el lugar al que hacen referencia.
Opción 3 Orientación Espacial	Imágenes que denoten lugares y espacios del pasado y/o presente de los participantes.	Las personas deben observar la imagen, por su parte el encargado de la actividad debe solicitar, dependiendo de la opción utilizada, el momento del día que se indica, la festividad o el nombre del lugar.
Opción 4 Orientación Auto- biográfica	Preguntas sobre información espacial. De ser posible solicitar apoyo visual a familiares sobre datos personales.	Para la opción 4, se debe trabajar con preguntas de manera más individual, con preguntas sobre datos personales como edad, fecha de nacimiento lugar donde creció, entre otros. El apoyo con material visual que hagan referencia a esa época, es de gran ayuda.

Actividad 2: Orientación

Área de Trabajo: Orientación, Memoria, Lenguaje

Variación	Materiales	Instrucciones y Consejos
Opción 1 Orientación Temporal	Imágenes que denoten la temporalidad del día (mañana, tarde, noche).	En esta actividad no se brindan niveles de dificultad, por el contrario, se dan distintas opciones según la intención de estimular de manera temporal, espacial o la memoria auto-biográfica.
Opción 2 Orientación Temporal	Imágenes que denoten festividades conocidas por las personas con quienes se trabaja.	De manera General: se deben mostrar imágenes (en grande) para que las personas reconozcan. Es necesario que sean comprensibles y claras al indicar el momento del día, la festividad, o el lugar al que hacen referencia.
Opción 3 Orientación Espacial	Imágenes que denoten lugares y espacios del pasado y/o presente de los participantes.	Las personas deben observar la imagen, por su parte el encargado de la actividad debe solicitar, dependiendo de la opción utilizada, el momento del día que se indica, la festividad o el nombre del lugar.
Opción 4 Orientación Auto- biográfica	Preguntas sobre información espacial. De ser posible solicitar apoyo visual a familiares sobre datos personales.	Para la opción 4, se debe trabajar con preguntas de manera más individual, con preguntas sobre datos personales como edad, fecha de nacimiento lugar donde creció, entre otros. El apoyo con material visual que hagan referencia a esa época, es de gran ayuda.

Actividad 3: Preguntas Diarias

Áreas de Trabajo: Orientación, Funciones Ejecutivas

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes								
Estándar	Preguntas escritas	<p>Esta actividad consiste en estimular la orientación de la persona mediante preguntas de ¿Qué día es hoy? Y ¿En qué lugar estamos?; siendo muy sencilla y dando conciencia de orientación a los participantes.</p> <p>Estas preguntas pueden hacerse de manera oral o impresas en el encabezado de cualquier otra actividad de estimulación.</p>	<p>Como parte del desarrollo de una actividad que brinde más resultados que conciencia sobre la orientación espacio-temporal se pueden brindar estrategias sobre cómo recuperar esta información. Lo anterior mediante una serie de preguntas que permitan a los participantes identificar factores que les orienten hacia el presente. Por ejemplo: preguntas como “si ayer fue lunes, ¿hoy que estamos?” permiten una estimulación temporal y brinda estrategias de recuperación de la información.</p> <p>Ejemplo de la versión impresa:</p> <table border="1" data-bbox="938 1472 1455 1688"> <thead> <tr> <th data-bbox="945 1480 1114 1577">DÍA DE LA SEMANA</th> <th data-bbox="1118 1480 1219 1577">FECHA</th> <th data-bbox="1224 1480 1325 1577">MES</th> <th data-bbox="1330 1480 1448 1577">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="945 1583 1114 1680"></td> <td data-bbox="1118 1583 1219 1680"></td> <td data-bbox="1224 1583 1325 1680"></td> <td data-bbox="1330 1583 1448 1680"></td> </tr> </tbody> </table>	DÍA DE LA SEMANA	FECHA	MES	AÑO				
DÍA DE LA SEMANA	FECHA	MES	AÑO								


Actividad 4: Recuerdo de lo que vi

Áreas de Trabajo: Atención, Memoria

Dificultad	Materiales	Instrucciones y Consejos
Baja		<p>En esta actividad se deben utilizar imágenes que muestre distintos objetos.</p> <p>La instrucción general es observe la imagen. Después de un tiempo prudencial (depende de la imagen) se les indica que se va a retirar la proyección de la misma y la persona deberá decir en voz alta o escribir los objetos que recuerde haber visto.</p>
Moderado	<p>Preguntas escritas u orales</p> <p>Proyector</p> <p>Imágenes</p>	<p>La dificultad varía según el tipo de imagen utilizada. En el uso de imágenes fáciles, las mismas deben contar con poca cantidad de estímulos y deben estar relacionados entre sí. Por ejemplo, la imagen de un escritorio donde todos los objetos presentes son comunes en ese espacio.</p> <p>Por su parte en imágenes moderadas, se pueden mostrar espacios con imágenes con gran cantidad de estímulos visuales y de ser posible que algunos de ellos no se encuentren relacionados con el ambiente mostrado.</p> <p>Variante: Dar una imagen a cada participante, pedir que la observe y luego la recorte en distintos trozos. Después de esto debe armarla.</p>

Actividad 5: Abstracción para Organizar

Áreas de Trabajo: Funciones Ejecutivas, Atención, Memoria

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Ejemplo
Estándar	Imágenes que muestren objetos (no secuencias) que se puedan organizar según criterio indefinido	<p>Se deben mostrar láminas (hojas) con distintas imágenes las cuáles puedan ser organizadas según un criterio indefinido, el cuál debe ser razonado por la persona que realice la actividad. Quizás una variante en dificultad pueda ser el nivel de abstracción necesario para concluir una relación entre los objetos y por ende realizar el acomodo.</p> <p>El acomodo puede variar por factores como tamaño, longitud, peso, entre muchos otros que requieren de una mayor abstracción.</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Las ilustraciones anteriores sirven como ejemplo. En este caso las personas pueden acomodar los objetos por tamaño.</p>

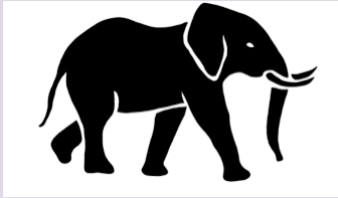
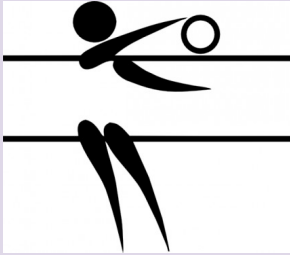
Actividad 6: Acomodar palabras en categorías

Área de Trabajo: Lenguaje, Memoria

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Ejemplo
Baja	Conjunto de palabra con categorías para el acomodo.	Las personas deben de categorizar un grupo de palabras. Es decir, se debe dar un conjunto de palabras las cuales puedan ser catalogadas en dos o más categorías.	Se pueden colocar un conjunto de palabras que hagan referencia a objetos que pertenecen a un escritorio y de herramientas. Las categorías serán Objetos de Escritorio / Herramientas. Por su parte en la dificultad moderadas el conjunto de palabras puede ser de toda la casa y la persona deberá crear categorías como: objetos de baño / del cuarto / de la sala.
Moderado	Conjuntos de palabras sin indicar las categorías, las personas deben definir y categorizar bajo su criterio.	El nivel de dificultad varía en función de las necesidades de abstracción que se requiera para categorizar; a diferencia de la dificultad baja en la cual solo deben acomodar en función de criterios establecidos.	


Actividad 7: Denominación

Área de Trabajo: Lenguaje

Dificultad	Materiales	Instrucciones y Consejos	Ejemplos
Fácil	Pictogramas	<p>El grado de dificultad depende del nivel de abstracción que se requiera.</p> <p>Se deben mostrar pictogramas y la persona debe indicar que objeto, animal, o acción representan.</p>	<p>Nivel Bajo: Elefante</p> 
Moderado		<p>Los niveles bajos se realizan con pictogramas de animales y objetos sencillos y explícitos.</p>	<p>Nivel Moderado: Jugar Voleibol</p>
Difícil		<p>Los moderados deben ser imágenes que sean menos explícitas o indiquen la realización de una actividad.</p>	

Actividad 8: Orientación izquierda - derecha

Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Atención

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Estándar	Imagen Preguntas sobre acomodo espacial de objetos	Se deben brindar láminas con imágenes en donde exista un objeto referente de mayor tamaño. Así mismo, se debe solicitar una serie de instrucciones en donde se busque el uso de direcciones (debajo, arriba, izquierda, derecha, al lado).	Por ejemplo (imagen elaborada con fines ilustrativos): Marque el objeto que está encima de la mesa. Encierre el objeto que está debajo de la mesa. Señale el objeto al lado derecho del florero. 

Actividad 9: Discriminación Visual

Áreas de Trabajo: Procesos Atencionales

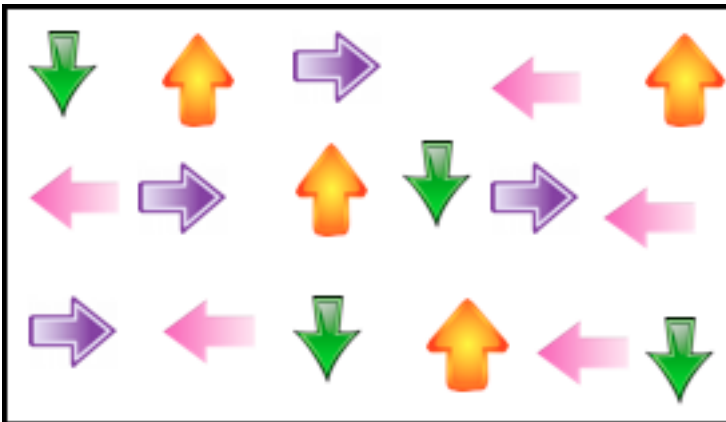
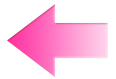
Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil	Material para selección con 1 distractor.	<p>Esta actividad se sustenta en los sub-procesos inmersos en la atención y las actividades propuestas por Sardinero (2010) sobre Cancelación de estímulos.</p> <p>Para esto, las personas recibirán laminas (hojas) donde existe una indicación de “seleccionar” un objeto en especial. En las mismas las personas deben discriminar entre el objeto por seleccionar y los objetos por ignorar (la cantidad de estos varía, según la dificultad).</p>	<p>A continuación, se muestran ejemplos de posibles materiales para usar según las dificultades (los cuales deben ser elaborados durante la planificación).</p> <p>Una variante en la dificultad, es el uso de objetos similares entre sí. Esta similitud puede variar en función de sus colores, forma o hasta la utilidad.</p> <p>De la misma manera se pueden utilizar imágenes de figuras que indiquen direcciones, abordando así el área cognitiva de viso-espaciales.</p>
Moderado	Material para selección con 3 distractores.		
Difícil	Material para selección con 5 o más distractores.		

Ejemplo de Actividad 9:

Lamina 1 – Dificultad Fácil - Instrucción encierre o tache la siguiente figura:

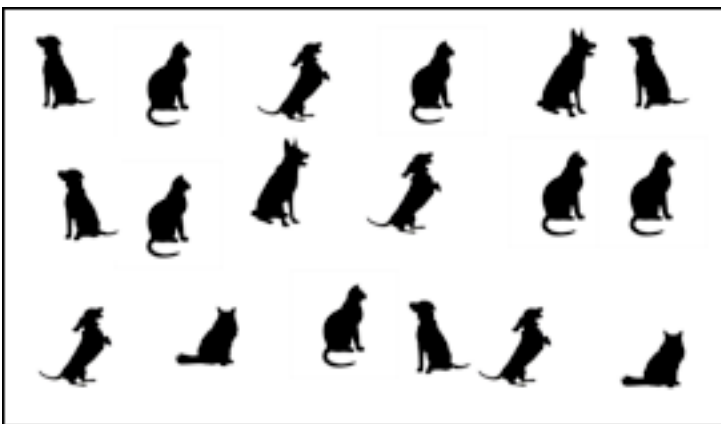


Lamina 2 – Dificultad Moderada - Instrucción encierre o tache la siguiente figura:



Esta lámina muestra una variación con figuras que indican direcciones. Su dificultad puede ser distinta si los usuarios de la misma poseen dificultades visoespaciales.

Lamina 3 – Dificultad Difícil - Instrucción encierre o tache la siguiente figura:



Esta lámina podría cambiar a una dificultad menor si los objetos se diferenciaran más entre sí.

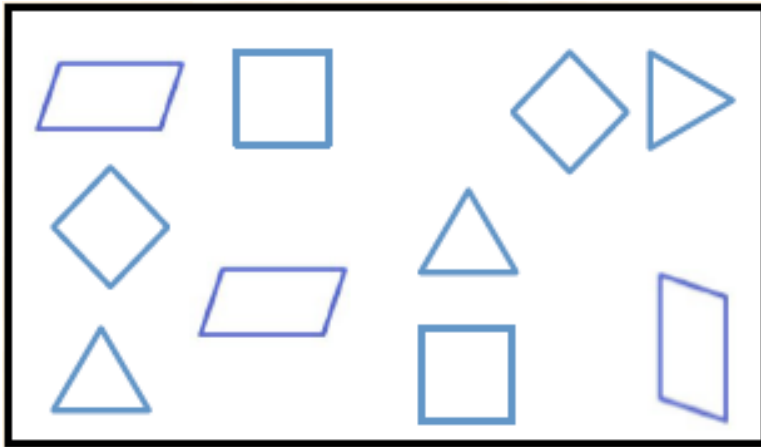
Actividad 10: Tangramas con Stroop

Áreas de Trabajo: Procesos Atencionales

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil	Material de figuras geométricas simples sin estímulo distractor.	Se debe utilizar las láminas (hojas) junto con figuras geométricas. La actividad consiste en que la persona coloque encima del dibujo de la figura geométrica, la	Las variaciones de esta actividad son los mismos niveles de dificultad propuestos. Es importante conocer que existen distintos procesos cognitivos
Moderado	Material de figuras geométricas por colores.	figura correspondiente. Esta instrucción varía según la dificultad. En el caso de ser moderado debe no solamente cumplir con el criterio de ser la misma figura, sino también del mismo color.	inmersos en función del nivel de dificultad. Ya que no solamente la dificultad influye en hacer más complejo el proceso abordado sino también en la inclusión
Difícil	Material de figuras geométricas basado en prueba de Stroop.	Por su parte en la difícil la persona debe colocar la figura correspondiente según el criterio que se indique (color del texto, o color que dice el texto).	de nuevos procesos (por ejemplo, el caso de dificultad difícil, se incluye el lenguaje al usar palabras.)

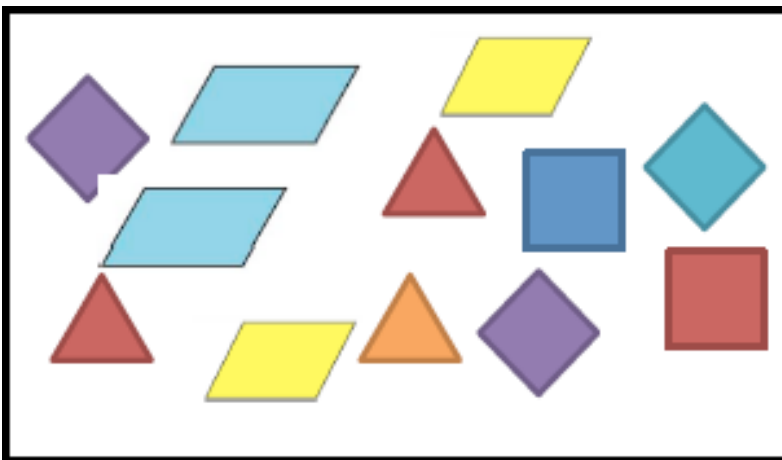
Ejemplo de Actividad 10:

Lamina 1 – Dificultad Fácil

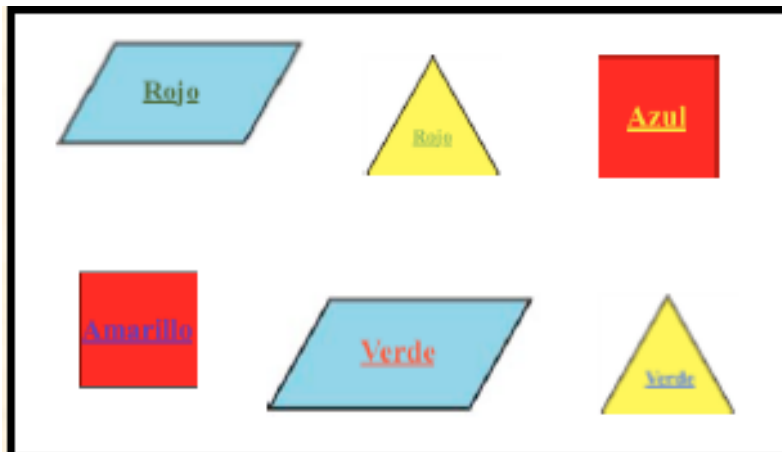


El acomodo de las figuras puede variar para estimular la percepción.

Lamina 2 – Dificultad Moderada



Lamina 3 – Dificultad Difícil



El color de la figura también puede variar para incrementar el número de estímulos a discriminar.

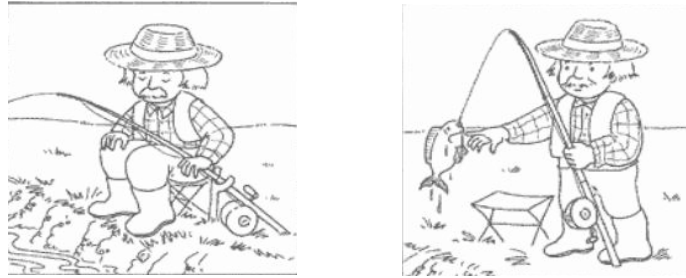
Actividad 11:

Áreas de Trabajo: Funciones Ejecutivas – Secuenciación

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil	Secuencias de 2 a 3 conductas de una misma acción.	Se deben dar imágenes recortadas a los participantes, según la dificultad. Así mismo, se les debe solicitar que	En relación a variantes de la actividad se pueden utilizar secuencias escritas, lo que
Moderado	Secuencias de 4 a 6 conductas de una misma acción.	acomoden las imágenes en el orden correcto en que se realizan. La explicación debe ser sencilla y comprensible. NOTA: Para una mejor	trabajaría memoria semántica y lenguaje de manera simultánea. De la misma manera se pueden poner las imágenes impresas en una sola hoja con un recuadro a
Difícil	Secuencias de 6 acciones que estén distribuidas a lo largo del día.	utilidad para los participantes se pueden buscar imágenes sobre secuencias relacionadas a actividades diarias.	la par de cada una, donde la persona pueda colocar el número según el orden de la secuencia.

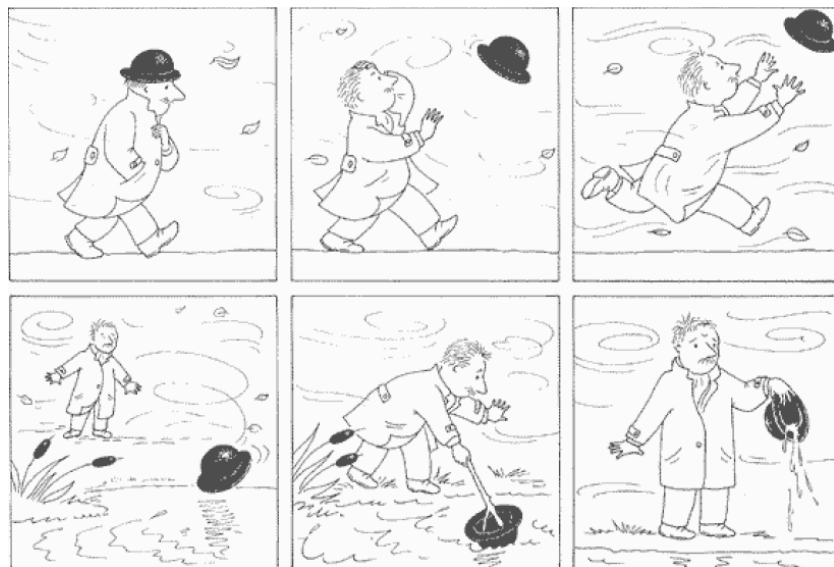
Ejemplo de Actividad 11:

Secuencia Fácil:

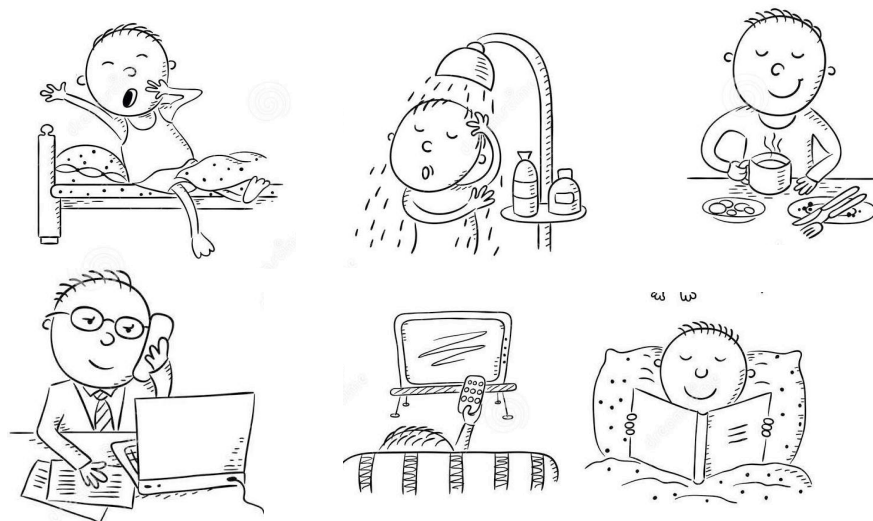


Secuencia Moderada:

Las imágenes utilizadas en este tipo de actividades no deben ser infantiles para evitar infantilizar la población



Secuencia Difícil:



Actividad 12: Formación de palabras u oraciones

Área de Trabajo: Lenguaje

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil	Oraciones de 3 palabras	Se debe solicitar a las personas que formen una oración coherente con palabras que se encuentran en un recuadro previo a cada uno de los ítems.	Una variante de esta actividad es el acomodo de silabas para formar palabras. Para dificultad de nivel fácil se pueden utilizar palabras incompletas. Otra variante para dificultad difícil es utilizar recuadros con diferentes silabas y solicitar a los y las participantes construir palabras a partir de estas silabas dentro del recuadro.
Moderado	Oraciones de 4 a 7 palabras		
Difícil	Oraciones de más de 5 palabras que estén en desorden y sin segmentar entre las palabras.		

Ejemplo de Actividad 12:

Dificultad Fácil:

CARRO / EL / ROJO

R/: _____

Dificultad Moderada:

NIÑOS / VACACIONES / LOS / JUGARON / SUS /
FÚTBOL / EN

R/: _____

Dificultad Difícil:

VERDEESCASACOLORADEMARILLOY

R/: _____

Variante:

PA__YA

Dificultad Fácil:

R/: _____

Dificultad Moderada:

PAYAPA

R/: _____

Dificultad Difícil:

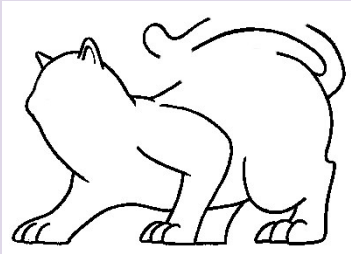
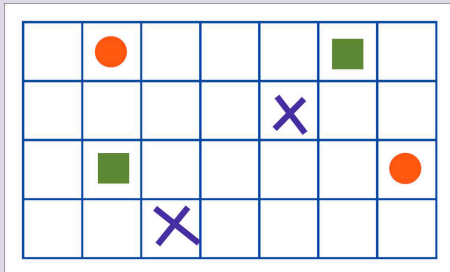
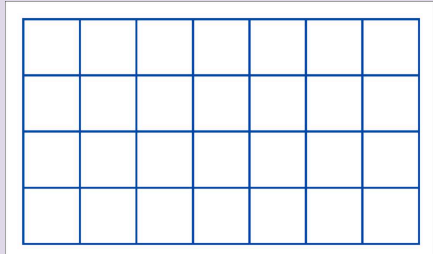
CA	MA	SA
LA	NA	TO
BE	PA	SA

R/:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____


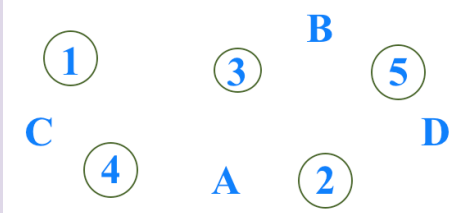
Actividad 13: Completar la Figura

Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Atención

Dificultad	Materiales	Instrucciones y Variante	Ejemplo
Baja	Imágenes incompletas, en donde la parte faltante debe ser igual a la observada.	<p>Se les debe pedir a las personas que completen la imagen que se les brinda.</p> <p>Una variante puede ser el uso de actividades relacionadas a las que Sardinero (2010) indica como plantillas. Donde la persona ve imágenes cuadriculadas y debe repetir los patrones en hojas láminas con cuadrículas en blanco.</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Variante:</p> <p style="text-align: center;">Plantilla a copiar:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Plantilla para completar:</p> <div style="text-align: center;">  </div>
Moderado			


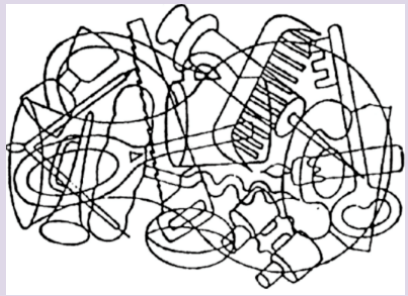
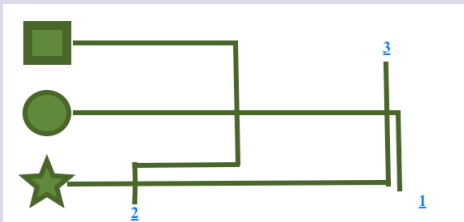
Actividad 14: Secuenciación bajo instrucciones

Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Atención

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil	Hoja de Secuenciación	<p>Basándose en los ejercicios del Trial making test, esta actividad se basa en seguir secuencias numéricas y en mayor dificultad alternando esta secuencia con el abecedario.</p> <p>Se debe solicitar que una los números siguiendo el orden numérico. Al incluir el abecedario se debe aclarar la alternancia entre números y letras siguiendo el orden establecido.</p>	<p style="text-align: center;">Secuenciación Baja</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Secuenciación Moderada</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Variante: Siguiendo la propuesta de Sardinero (2010) sobre razonamiento de secuencias: la persona debe ver una secuencia de imágenes y completarla según el patrón que corresponden.</p>
Moderado			

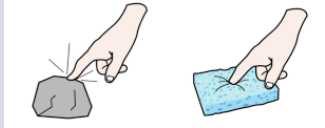

Actividad 15: Superposición.

Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales (figura-fondo) y Atención

Dificultad	Materiales	Instrucciones y Variantes	Ejemplos (imágenes de internet)
Fácil	Imágenes de figuras superpuestas.	<p>Esta actividad se basa en que las personas logren realizar una denominación de las figuras que se observan en un mismo espacio.</p> <p>Los niveles bajos de dificultad se realizan con imágenes de objetos.</p> <p>La dificultad incrementa al utilizar líneas que se superponen entre sí, utilizando la propuesta de actividad de Sardinero (2010) llamada: líneas superpuestas.</p>	<p>Imagen con pocos objetos:</p> <p>Dificultad Baja</p> 
Moderado	Imágenes de líneas superpuestas.		<p>Imagen con mayor cantidad de objetos, incrementa la dificultad.</p> 
Difícil	<p>Imágenes de líneas o figuras superpuestas.</p> <p>La cantidad es mayor.</p>		<p>Líneas:</p>  <p>En un espacio definido la persona debe colocar el número correspondiente a la figura.</p>

Actividad 16: Similitudes y Opuestos

Áreas de Trabajo: Memoria, Lenguaje

Dificultad	Materiales	Instrucciones y Variantes	Ejemplos (imágenes de internet)
Fácil	Imágenes que tengan opuestos	<p>Se deben de mostrar una serie de imágenes donde la persona debe indicar el adjetivo contrario al que la imagen ejemplifica.</p> <p>Dichos opuestos pueden tener distintos puntos de referencia como: tamaño, altura, grosor, longitud, antigüedad, entre otros.</p> <p>Por su parte en relación a la dificultad moderada se realizan actividades de semejanzas, en donde la persona debe concluir en que se parecen dos objetos.</p>	<p>Imágenes de opuestos</p> 
Moderado	Imágenes de Similitudes	<p>Por esta razón se muestran imágenes que puedan ejemplificar similitudes. Entre más abstracción requiera la similitud mayor será la dificultad.</p>	<p>Imágenes de Similitudes</p> 

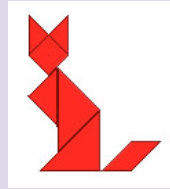
Actividad 17: Números anteriores o posteriores

Áreas de Trabajo: Funciones Ejecutivas, Memoria, Atención, Cálculo


Dificultad	Materiales	Instrucciones	Ejemplos
Estándar	Lámina con números	Se colocan números en desorden. Los mismos deben tener un espacio en blanco antes o después. Lo anterior para que las personas escriban (o digan) el número anterior o posterior según corresponda.	<p>___33</p> <p>98___</p> <p>77___</p> <p>___27</p>

Actividad 18: Conformación

Áreas de Trabajo: Funciones Ejecutivas, Memoria, Atención


Dificultad	Materiales	Instrucciones	Ejemplos
Estándar	Láminas de números o imágenes	<p>Se debe mostrar un número "x" y solicitar cuales conjuntos de números conformarían el monto anterior.</p> <p>Variante: Mostrar una imagen de pictograma/tangrama y preguntar que figuras lo conforman.</p>	<p>Ejemplo de imagen:</p> 

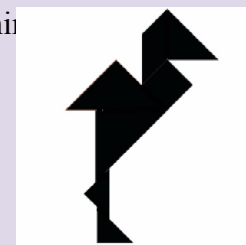
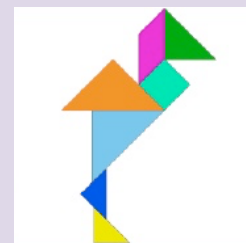
g) Actividades en función del material de la Institución

Actividad 1:			
Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Funciones Ejecutivas			
Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil y Difícil	Rompecabezas 3D – Cubos Puzzle 	Las instrucciones para esta actividad son: Dentro de cada caja hay 25 cubos con cada una de sus caras distintas; sin embargo, los cubos todos son iguales. Así mismo, dentro de las cajas también vienen 12 láminas que muestran distintos patrones de acomodación y el participante debe formar la misma imagen que se muestra en la lámina.	Los grados de dificultad varían en dos factores: - Por un lado, algunos de los rompecabezas tienen cubos con caras muy similares entre sí, por ende, la dificultad de diferenciación es mayor. - El segundo factor de dificultad es el uso de la lámina. Es decir, si la lámina se utiliza como plantilla donde los cubos se colocan encima de esta, la dificultad disminuye en relación a utilizar la imagen únicamente como referencia visual y acomodas los cubos en un lugar aparte.

Actividad 2: Tangramas

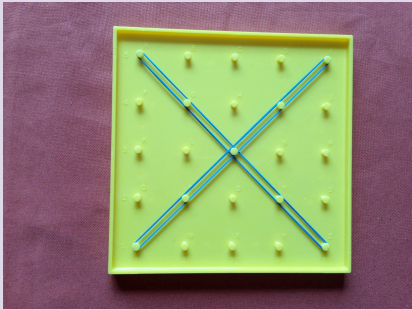
Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Funciones Ejecutivas

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
<p>Fácil y Difícil</p>	<p>Imanes de Tangramas</p> 	<p>Las instrucciones se relacionan a la existencia de 7 piezas que dependiendo de su acomodo pueden formar siluetas de distintos objetos, animales o acciones. Las personas tienen imágenes que muestran el acomodo de las piezas para lograr la figura deseada.</p>	<p>Las dificultades para su realización se diferenciaron bajo el factor del reconocimiento, por parte de los participantes, de las figuras geométricas que conforman la silueta resultante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por un lado, en el nivel de dificultad fácil, los participantes tienen acceso a imágenes que muestran claramente el acomodo de las piezas. - De manera contraria en el segundo nivel de dificultad el participante únicamente ve la silueta que se forma como resultado de un acomodo que debe asumir



Actividad 3:

Áreas de Trabajo: Habilidades Viso-Espaciales y Funciones Ejecutivas

Dificultad	Materiales	Instrucciones	Consejos / Variantes
Fácil y Difícil	<p>Material Institucional</p> 	<p>Para esta actividad las instrucciones son que las personas deben formar figuras y patrones en función de una plantilla que muestra el acomodo de las ligas dentro del material utilizado.</p>	<p>Se pueden desarrollar dos formas para la actividad para cambiar el nivel de dificultad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En primera instancia se puede utilizar el material y las personas deben cumplir con acomodar las ligas de la misma manera que muestran las imágenes para lograr la misma figura. - Por otro lado, se puede solicitar a los participantes que creen “x” figura sin observar la plantilla, de esta manera ellos deberán utilizar estrategias para poder construir lo solicitado.

II. Estimulación por Reminiscencia

En el país existe una Guía que engloba las bases científicas que explican el funcionamiento de esta técnica, así como información variada necesaria para su aplicación. La misma fue elaborada por la Dra. Mónica Salazar Villanea en el 2011. A continuación, se detallan algunas características de la técnica explicadas en la guía, sin embargo, si se desea utilizar se recomienda consultar la misma para mayor comprensión y aplicabilidad de la técnica.

a) ¿Qué es?

Es una de las intervenciones no farmacológicas que han sido identificadas como potencialmente efectivas en personas adultas mayores con síndrome demencial (Lopes, Lopes Brás Martins Afonso, Ribeiro, Clara Quelhas & Cameira de Almeida, 2015). Es una terapia que usualmente se usa con personas adultas mayores para recordar eventos, sentimientos y pensamientos del pasado, para conseguir una mejor calidad de vida y sentimientos de placer (Jahanbin, Mohammadnejad & Sharif, 2014).

Lopes et al. (2015) indica que esta terapia se basa en la estimulación sensorial que surge de la memoria emocional del paciente de eventos pasados. Esta técnica aporta beneficios a la memoria de los pacientes mediante la estimulación de la reconstrucción y narración de recuerdos significativos. Existen dos mecanismos

mediante los cuales se desarrolla la reconstrucción, según indica Salazar (2010), mediante la asociación cronológica o temática.

b) ¿Qué beneficios conlleva?

Lopes et al. (2015) indican que la historia de la vida de las personas adultas mayores con demencia puede funcionar como un impulso en la dimensión operativa de la atención que moviliza el potencial cognitivo aún se encuentra disponible. Así mismo, mencionan que distintos estudios a lo largo de los años, han demostrado que es una intervención que se realiza normalmente en grupos; brindando resultados de su eficacia en áreas como la cognición, depresión, el estado de ánimo, comunicación y comportamiento, aunque en temas de la cognición mencionan que distintos autores consideran aun pertinente una mayor investigación al respecto.

Jahanbin et al. (2014), mediante un ensayo clínico controlado aleatorizado indican que la reminiscencia en grupo puede ser utilizada como una terapia simple y rentable para mejorar el estado cognitivo en adultos mayores. De la misma manera, rescatan que puede ser utilizada por profesionales en el área de salud y la familia.

De esta manera se aprovechan las habilidades preservadas de la persona en lugar de centrarse en el nivel de deterioro causado por la enfermedad (Lopes et al., 2015). Siendo este factor determinante en el objetivo central de esta guía en centrarse en aspectos positivos y funcionalidad de la persona.

Lopes et al. (2015) indica un componente importante para los beneficios en relación a su facilidad de aplicación. Estos autores mencionan que parte de lo popular que es la terapia deviene de que pueda usarse con los primeros recuerdos de las personas, los cuales permanecen relativamente intactos en casos de demencia.

En concordancia con lo anterior Salazar (2011) indica la existencia de una multiplicidad de propósitos en relación a los beneficios que posee esta técnica. Rescata beneficios relacionados al mejoramiento de la autoestima, en la preservación de la identidad, así como en socialización y relaciones interpersonales. Esta autora menciona que la reminiscencia promueve conexiones que dan psico-estimulación en áreas del lenguaje y la memoria.

Salazar (2011) menciona la existencia de investigaciones que demuestran un mantenimiento y hasta leves mejorías en pruebas pre y pos test en las funciones cognitivas de los pacientes con Deterioro Tipo Alzheimer. El mantenimiento se da en las funciones cognitivas que se encuentra implicadas y asociadas a la realización de la técnica. En la siguiente tabla se mencionan algunas de las áreas que indica la autora, así como beneficios documentados en pacientes con Enfermedad Demencial Tipo Alzheimer.

Áreas cognitivas:	Mejoría en síntomas de:	Mejora en:
Memoria autobiográfica	Mejoría en síntomas de Depresión	Mejora en bienestar Personal
Reconstrucción episódica	Ansiedad	Mejora en Interacción social
Capacidad de narración	Irritabilidad	Conductas

c) Recomendaciones importantes

A continuación, se indican algunos ejes importantes mencionados por Salazar (2011). Por un lado, algunos aspectos a tomar en cuenta en relación a la labor del profesional encargado son:

- La realización de entrevistas a la persona con quien se trabaja y a sus familiares.
- Realizar una estructuración adecuada de las sesiones.
- Es vital de parte del terapeuta mostrar interés genuino y brindar una escucha empática de los relatos.
- El uso de espacios de trabajo adecuados que no permitan interferencias.
- Desarrollar registros sobre la sesión

En relación a la estructura de las sesiones, haciendo un resumen general, la autora recomienda:

- Una duración entre 90 y 120 minutos para las sesiones
- El uso de claves para evocar el recuerdo en las temáticas recomendadas, en especial en casos con deterioro cognitivo se recomiendan claves visuales.
- Conformación de grupos alrededor de 3 personas

d) Temáticas con las que se trabaja la reminiscencia:

Salazar (2011) recomienda un abordaje mediante aproximaciones temáticas. Al que se refiere como temas que no están vinculados a periodos del ciclo vital en específico. Como parte de sus recomendaciones propone siete ejes generales de temáticas para abordar. Los cuales estarán mediados por preguntas que busquen un mayor número de detalles de cada tema. Lo anterior por ejemplo con el uso de preguntas: Cómo, cuándo, dónde, por qué, con quién. A continuación, se especifican las recomendaciones de la autora y un ejemplo de sub-tema fueron abordados durante a la práctica:

Se recomienda consultar la guía de la autora para tener acceso a información más específica del abordaje temático, así como ejemplos contextualizados a Costa Rica.

Ejes Temáticos	Sub-temas por abordar
Vida en el Hogar	Cómo era su vecindario
Relaciones de Pareja (amor)	Su primer beso
Días Festivos y/o especiales	Cómo pasaban los días festivos
Formas de Vestir, Tiempo Libre y Ocio	Juego de la Infancia Favorito
Relaciones Sociales / Amistad	Recuerde sus amigos y que hacían en la infancia
Trabajo	El primer trabajo
Escuela	Su recuerdo más preciado de la escuela

Por su parte Sardinero (2010) indica un abordaje mediante el uso de tres materiales, a continuación, se especifican los mismos y características, según el autor:

- Caja de Recuerdos: se sustenta en la recopilación de materiales que estén acordes a pacientes con edades similares. Algunos ejemplos de materiales son: ropa que se usaba antes, música de la adolescencia de los participantes, fotografías de ellos, entre otros.
- Libro Auto Biográfico: en esta estrategia, el terapeuta con ayuda de los familiares debe desarrollar un libro donde se contengan datos importantes del ciclo vital de la persona.
- Datos Sociales, Históricos y Culturales: para esta última estrategia se requiere una recopilación de eventos que sucedieron durante la vida de los participantes.

Referencias

- Avila, M., Vásquez, E., & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín, XIII* (4), 1-11.
- Castro-Rojas, M.D. y Salazar-Villanea, M. (2014). Mini Mental State Examination (MMSE), pp. 274-279. En: “Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014”. Smith-Castro, V. (Comp.). Serie: Cuadernos Metodológicos del IIP.
- Cheung, G., & Peri, K. (2014). *Cognitive stimulation therapy: A New Zealand pilot*. Auckland, New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui.
- Colegio Profesional de Psicólogos. (2017). Código de Ética y Deontológico del colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica. Recuperado de: <http://psicologiacr.com>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2012). Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., Tapias-Merino, E., Bermejo-Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en la atención primaria: Revisión Crítica. *Revista Neurológica, 51* (11), pp. 677-686.
- Delgado, I., Etchepareborda, M. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas.: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología, 57* (1), pp. 95-103.

- Echavarría, L. (2013). Instituto Psicopedagógico EOS Perú. Revista Digital EOS Perú, 1(1), pp. 15-18
- Fernández-Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, J. (2002). Procesos Psicológicos Básicos. Capítulo 7: El lenguaje y la comunicación. Ediciones Pirámide.
- Fernández, X., & Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, San José, Universidad de Costa Rica.
- García-Sánchez, C., Estévez-Gonzales, A., & Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Psiquiatría Facultad de Medicina Barcelona*, 29 (6), pp. 374-378.
- González, K. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*, 5 (3), pp.101-111
- Gramunt, N. (2008). Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Tesis Doctoral. Universidad Ramon Llull. Departamento de Psicología.
- Hollis, A., Duncanson, H., Kapust, L., Xi, P., O'Connor, M. (2015). Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the Prediction of Driving Test Outcome. Journal compilation, The American Geriatrics Society 63, pp. 988–992.
- Jahanbin I, Mohammadnejad S, Sharif F. (2014). The Effect of Group Reminiscence on the Cognitive Status of Elderly People Supported by Ilam Welfare

Organization in 2013; A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJCBNM* 2 (4), pp. 231-239.

Jara, M. (2007). La Estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. *Revisita Cupula*, 11, 4 - 14

Lim, M., Liu, K., Cheung, G., Kuo, M., Li, R., Tong, C. (2012). Effectiveness of a Multifaceted Cognitive Training Programme for People with Mild Cognitive Impairment: A One-Group Pre- and Posttest Design. , 22 (1), pp. 3-8.

Llamas, S., Llorente, L., Contador, I., Bermejo, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61 (8), pp. 363-371.

Lopes, T., Lopes Brás Martins Afonso, R., Ribeiro, O., Clara Quelhas, H., Cameira de Almeida, D. (2015). The Effect of a Reminiscence Program in Institutionalized Older Persons with Dementia: A Pilot Study. *International Journal of Nursing*, 2(2), pp. 59-71

López, J., Marti, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Española de Medicina Legal* 37(3): pp. 122-127.

Lozano, L., Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11 (1), pp. 159-172.

- Méndez, E. (2017). El Centro Diurno el Tejar sale a visitar a la comunidad. Periódico Regional El Guarqueño, 55; p. 6.
- Martínez, T., García, E., Rodríguez, M., Rascón, M., & Rodríguez, P. (2002). Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención. Edita: Gobierno de Asturias, Consejería de Asuntos Internos.
- Nasrredine, Z. (2010). Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA). Instrucciones de administración y puntaje. Version 7.2. Versión 7.2, Adaptado por: L. Ledesma PhD.; recuperado de www.mocatest.org
- Ortega, G., Alegret, M., Espinosa, A., Ibarria, M., Cañabate, P., Boada, N. (2014). Valoración de las funciones viso-perceptivas y viso-espaciales en la práctica forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), pp. 83-85
- Oudman, E., Pstma, A., Van der Stigchel, S., Appelhof, B., Wijnia, J., Nijbor, T. (2014). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in Detection of Korsakoff's Syndrome. *The Clinical Neuropsychologist*, 28 (7), 1123–1132.
- Pedraza, O., Sánchez, E., Plata, S., Montalvo, C., Galvis, P., Chiquillo, A., Arévalo-Rodríguez, I. (2014). Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. *Acta Neurológica Colombia* 30 (1), 22-31.

- Roselli, M., Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurológica Colombia*, 26 (3), p. 59-68
- Roselli, M., Jurado, M., Matute, E. (2008). Las funciones Ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1), pp. 23-46.
- Rueda, M., Pozuelos, J., Combata, L. (2015). Cognitive Neuroscience of Attention. *AIMS Neuroscience*, 2 (4): 183–202.
- Salazar, M. (2010). Recordando Experiencias. Programa de Intervención con Reminiscencia para personas adultas mayores: Guía Terapéutica. SIEDIN-UCR. 1 Edición.
- Sardinero, A. (2010). Guía Didáctica: “Estimulación Cognitiva para Adultos”. Grupo Gesfomedia S.L. Recuperado de: www.tallerescognitiva.com
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 13.
- Verdejo, A., Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*. 22 (2), pp. 227-235
- Villalba, S., Espert, R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una revisión Neuropsicológica. *THERAPEÍA* 6. Pp. 73-93

Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A Systematic Review of Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults with Mild to Moderate Dementia: An Occupational Therapy Perspective. *Occupational Therapy International*, 18 (4), 163-186.

Aviso Legal: La información de este libro digital es propiedad exclusiva de Eduardo Carrillo Valle, Psicólogo, cédula de identidad número 1-1500-0566 y de la Asociación Centro Diurno para la persona adulta mayor de El Tejar de El Guarco, en adelante "Centro Diurno El Tejar", cédula jurídica: 3-002-475311. Los logos y fotografías que usamos poseen derechos reservados, excepto los instrumentos de cribado y dibujos de uso libre que han sido seleccionados de la Internet. Todos los derechos de la información son reservados.

Advertencia. No se puede distribuir físicamente, modificar, transmitir o utilizar la información para otros fines sin el consentimiento previo por escrito del autor y del Centro Diurno El Tejar. Salvo la anterior autorización limitada, no se le concede o confiere ninguna licencia o derecho sobre la Información contenida, ni ningún copyright de Eduardo Carrillo Valle, del Centro Diurno El Tejar o de terceros.



Centro diurno El Tejar



Somos la Asociación Centro Diurno para la Persona Adulta Mayor de El Tejar de El Guarco en Cartago, Costa Rica. Como centro gerontológico, somos un recurso terapéutico y Clínica de Memoria que brinda apoyo a la familia prestando atención integral y especializada a la persona adulta mayor en situación de dependencia social, emocional, afectiva y física.

Brindamos atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora, facilitando a las personas adultas mayores la posibilidad de envejecer activamente y con autonomía. Contamos con el aval del Ministerio de Salud, el IMAS, el CONAPAM, la Junta de Protección Social, Contraloría General de la República, la Municipalidad de El Guarco, la Fundación Baxter Internacional y el apoyo incondicional de los ciudadanos del cantón de El Guarco.

2017

Eduardo Carrillo Valle

Universidad de Costa Rica