



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803

PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.

ESTUDIO DOCUMENTAL 2011 – 2016.

CINDY ALEJANDRA VANEGAS ISAZA

Trabajo de grado para optar el título de:

Psicóloga

Asesora:

LUZ MARÍA HOYOS LÓPEZ

Psicóloga – Magíster en Neuropsicología

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MEDELLIN
2018

Tabla de contenido

Índice de tablas	5
Resumen	6
Palabras clave:	7
Abstract.....	7
Key words:.....	7
Introducción.....	8
Planteamiento del problema	8
Problema.....	10
Reseña histórica del concepto de deterioro cognitivo	11
Antecedentes.....	13
Aspectos demográficos.....	18
Justificación	20
Objetivos.....	21
General.....	21
Específicos.....	21
Marco teórico.....	22
Esquema social del envejecimiento.....	23
Desarrollo humano vitalicio	24
Prevención	27
Deterioro cognitivo.....	28
Estimulación cognitiva	30
Metodología.....	37
Diseño metodológico	37
Estrategia metodológica	38
Unidad de análisis.....	39
Categorías de análisis:	39
Sistema categorial.....	39
Técnicas de recolección de la información.....	39
Universo/población.....	40
Muestra poblacional	40

Descripción de las fases metodológicas	41
Técnicas de registro.	42
Resultados.....	43
Discusión y análisis	55
Conclusiones y recomendaciones	61
Anexos	65
MEMO ANALÍTICO No. 1	65
MEMO ANALÍTICO No. 2	67
MEMO ANALÍTICO No. 3	69
MEMO ANALÍTICO No. 4	71
MEMO ANALÍTICO No. 5	72
MEMO ANALÍTICO No. 6	73
MEMO ANALÍTICO No. 7	75
MEMO ANALÍTICO No. 8	78
MEMO ANALÍTICO No. 9	80
MEMO ANALÍTICO No. 10	82
MEMO ANALÍTICO No. 11	85
MEMO ANALÍTICO No. 12	87
MEMO ANALÍTICO No. 13	89
MEMO ANALÍTICO No. 14	91
MEMO ANALÍTICO No. 15	94
MEMO ANALÍTICO No. 16	96
MEMO ANALÍTICO No. 17	98
MEMO ANALÍTICO No. 18	100
MEMO ANALÍTICO No. 19	103
MEMO ANALÍTICO No. 20	105
MEMO ANALÍTICO No. 21	112
MEMO ANALÍTICO No. 22	114
MEMO ANALÍTICO No. 23	117
MEMO ANALÍTICO No. 24	119
MEMO ANALÍTICO No. 25	121
MEMO ANALÍTICO No. 26	123

MEMO ANALÍTICO No. 27	127
MEMO ANALÍTICO No. 28	129
MEMO ANALÍTICO No. 29	132
MEMO ANALÍTICO No. 30	134
MEMO ANALÍTICO No. 31	137
MEMO ANALÍTICO No. 32	138
MEMO ANALÍTICO No. 33	140
Referencias	144

Índice de tablas

<u>Tabla 1. Clasificación por país. Elaboración propia</u>	43
<u>Tabla 2. Clasificación por año. Elaboración propia</u>	44
<u>Tabla 3. Clasificación por enfoque teórico. Elaboración propia</u>	44
<u>Tabla 4. Clasificación por enfoque metodológico. Elaboración propia</u>	45
<u>Tabla 5. Clasificación por categorías emergentes. Elaboración propia</u>	45
<u>Tabla 6. Clasificación por estrategias. Elaboración propia</u>	50
<u>Tabla 7. Autores consultados, año, categorías emergentes, estrategias. Elaboración propia</u>	55



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803

**Fondo de apoyo para trabajos de grado de Pregrado.
Facultad de Ciencias Sociales y humanas.**

PROYECTO

**Prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Estudio documental
2011 – 2016.**

Resumen

El objetivo general de este trabajo monográfico es identificar las estrategias de prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano. Se realiza un recorrido conceptual acerca de los conceptos de envejecimiento, desarrollo humano vitalicio, prevención, deterioro cognitivo, y estimulación cognitiva (reserva cognitiva, neurogénesis, neuroplasticidad) como aspectos importantes que se presentan en el adulto mayor y a su vez deben ser potencializados y estimulados para generar funcionalidad, y bienestar psicológico y físico en esta población.

Se entiende el concepto de envejecimiento no como una etapa que es propiamente de los adultos mayores, sino por el contrario una condición que acompaña a todas las etapas del ciclo vital. Se realizó un estudio documental de artículos investigativos publicados en revistas científicas en bases de datos publicadas entre los años de 2011 a 2016. Se consultaron las bases de datos Redalyc, Ebsco, Scielo y Dialnet, Google Académico y libros físicos. Los principales descriptores utilizados fueron: prevención, deterioro cognitivo, neuroplasticidad, adulto mayor. La búsqueda identificó 33 artículos. El análisis de la información arrojó que las estrategias más empleadas fueron basadas en estimulación física, en estimulación física y cognitiva, en entrenamiento en memoria, en mindfulness, musicoterapia, además de programas multimedia, de interacción social, de realización actividades infrecuentes, apoyo social, envejecimiento activo, control de la hipertensión, buena nutrición, entrenamiento cognitivo, apoyo de los cuidadores, éstos

fueron los que reportaban más efectividad en cuanto a significación estadística, al igual las terapias combinadas.

Palabras clave:

Prevención, deterioro cognitivo, envejecimiento, Alzheimer, reserva cognitiva, neurogénesis, neuroplasticidad.

Abstract

The general objective of this monographic work is to identify strategies for the prevention of cognitive deterioration in older adults that, according to the literature, are being implemented in the Ibero-American context. A conceptual journey is made about the concepts of aging, human development for life, prevention, cognitive impairment, and cognitive stimulation (cognitive reserve, neurogenesis, neuroplasticity) as important aspects that occur in the elderly and in turn must be potentiated and stimulated to generate functionality, and psychological and physical well-being in this population.

The concept of aging is understood not as a stage that is properly of the elderly, but on the contrary a condition that accompanies all stages of the life cycle. A documentary study of research articles published in scientific journals was carried out in databases published between the years of 2011 to 2016. The databases Redalyc, Ebsco, Scielo and Dialnet, Google Scholar and physical books were consulted. The main descriptors used were: prevention, cognitive deterioration, neuroplasticity, older adult. The search identified 33 articles. The analysis of the information showed that the most used strategies were based on physical stimulation, physical and cognitive stimulation, memory training, mindfulness, music therapy, as well as multimedia programs, social interaction, infrequent activities, social support, active aging, control of hypertension, good nutrition, cognitive training, support of caregivers, these were the ones that reported more effectiveness in terms of statistical significance, as well as combined therapies.

Key words:

Prevention, cognitive impairment, aging, Alzheimer's, cognitive reserve, neurogenesis, neuroplasticity.

Introducción

La revisión documental de la prevención del deterioro cognitivo en personas mayores induce en la gran meta de todo ser humano, como es el envejecimiento activo, acompañado de estrategias que potencien la calidad de vida y funcionalidad de este grupo poblacional.

En varias ocasiones se asocian las enfermedades neurodegenerativas con el envejecimiento, normalizando la pérdida de memoria, el entecimiento en el procesamiento de la información y las fallas de atención en los adultos mayores. Es por esto que resulta necesario indagar más allá de este tipo de normalizaciones aclarando cuales son los motivos por los cuales se van deteriorando dichos procesos.

El presente trabajo monográfico tiene como objetivo hacer una revisión documental acerca de las estrategias preventivas que se han publicado en bases de datos en el periodo de 2011 a 2016 en el contexto iberoamericano que han sido más utilizadas y han tenido buenos resultados a nivel de mantenimiento cognitivo.

Se indagan los criterios de inclusión y de exclusión que tienen los artículos investigativos para analizar la validez que han tenido los mismos en la intervención con la población descrita, además de la importancia que tiene la alimentación, la estimulación cognitiva y la estimulación física en los mismos.

El deterioro cognitivo es un declive de las funciones cognitivas que se caracteriza por estar en el punto intermedio entre la función cognitiva normal y el comienzo de la demencia que puede o no estar presente en la vejez. De esta manera los procesos que se ven más afectados son la memoria, la atención y la velocidad del procesamiento. Esto se soporta en autores como Petersen López, Franch, Reglà, Ballesteros, Gonzales, entre otros.

Planteamiento del problema

El reconocimiento de los adultos mayores como parte fundamental de la sociedad debe ser actualmente un asunto esencial, no sólo para las familias de los mismos, sino también para el Estado y la misma sociedad de la que hacen parte. Este reconocimiento puede comenzar considerando las vulnerabilidades presentes en esta población tales como el abandono, la fragilidad en la salud y el deterioro de capacidades cognitivas. Frente a esto último, distintas investigaciones han planteado estrategias de prevención e

intervención con el fin de postergar el deterioro y permitir el mantenimiento y /o mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores.

El adulto mayor se define como aquella persona que se encuentra en una etapa avanzada de la vida también conocida como tercera edad. Igual que las demás etapas del ciclo vital ésta tiene características particulares como cambios fisiológicos, nutricionales, en la actividad, en el sueño, en la percepción, en la actividad sexual, en la cognición y en la autoestima.

Los cambios fisiológicos y cognitivos propios de esta etapa generan un riesgo de disfuncionalidad en los procesos corporales, y este riesgo, junto a otros factores como la falta de ejercicio físico y mental pueden influir en la pérdida de capacidades de atención, concentración y velocidad del procesamiento. Así como pérdida en la motricidad fina y gruesa haciendo que el deterioro se generalice y conlleve a adquirir enfermedades crónicas y neurodegenerativas. Por tanto, es una etapa en la que el acompañamiento del adulto mayor en materia de cuidado y salud cobra especial importancia con el fin de garantizar una calidad de vida adecuada.

Según la Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS, 2012), el deterioro cognitivo se define como un “síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.” (p.2).

Desde una perspectiva geriátrica, en este síndrome hay afectación en cualquier dimensión de los procesos psicológicos superiores en las que la persona normalmente presenta una queja debido al cambio notorio que ha venido progresando. La demanda del paciente generalmente es multifactorial y puede tener alguna correlación con la depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, déficit cognitivo, entre otros. Además, en el envejecimiento cerebral ocurren cambios también de tipo fisiológico, entre ellos pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca, la atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva, hay disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información (p. 2).

Lo anterior indica que, para los profesionales de la salud, el reto es entender

claramente qué pasa con el funcionamiento cognitivo en la tercera edad y los cambios que se producen en las funciones neuropsicológicas como atención, percepción y memoria, teniendo en cuenta la neuroplasticidad. La atención entendida como una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. En los adultos mayores, disminuye progresivamente el estado de vigilancia en actividades en las que se requiere mantenerse en estado de alerta. (López, Franch & Reglà, 2001).

No obstante, la atención no es el único proceso cognitivo que se ve afectado en esta etapa. Para Ballesteros (2000) la percepción es entendida como la capacidad de interpretar aquello que se experimenta a través de los sentidos, permite reconocer aquellos objetos a los que se presta atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad. Una de las causas por las que la percepción puede verse afectada en los adultos mayores se debe al deterioro de los órganos corporales que van teniendo problemas con la agudeza visual, la distinción de los colores, el enfoque de los objetos, déficit en la percepción de movimiento y velocidad. Dichas dificultades generan que se demande de mucho más tiempo para procesar los estímulos externos y por lo tanto para ejecutar actividades que antes se hacían con más facilidad.

La memoria también cambia con el proceso de envejecimiento junto a la atención y a la percepción. Gonzales (1997) la define como un proceso mental complejo por medio del cual se fija, retiene y reproduce todo aquello que estuvo una vez en la conciencia, haciendo uso posterior de la experiencia. En las personas mayores se presenta una tendencia a que la memoria vaya perdiendo su funcionalidad por las fallas presentadas en atención y percepción, como las visuales, auditivas, de alerta, olfativas, también llamadas senso-perceptuales, haciendo que se requiera del buen estado tanto de procesos psicológicos básicos como superiores para que la memoria se ejecute apropiadamente.

Problema

Debido a lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que los profesionales en salud y psicología estamos constantemente enfrentados a nuevos retos en materia geriátrica a razón de este aumento poblacional, se requieren nuevas prácticas de

investigación que suplan de forma efectiva las necesidades en materia de intervención oportuna del deterioro en adultos mayores. Con el fin de retardar el máximo tiempo posible este mismo deterioro y garantizar mejores condiciones de bienestar a la población adulta mayor, surge la pregunta que guiará esta investigación:

¿Cuáles son las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano en bases de datos publicadas de 2011 a 2016?

Reseña histórica del concepto de deterioro cognitivo

La prevención del deterioro cognitivo, es tan antigua como el hombre, ya Marco Tulio Cicerón, uno de los más importantes oradores, filósofos y políticos de la Antigua Roma en su obra "De Senectute", rescataba una imagen positiva de la misma, en donde mencionaba los cambios que se experimentaban a nivel mental en las personas mayores, reconoció el papel que desempeñan cuando llegan al envejecimiento, además, de hacer énfasis en valorar de manera respetuosa, con veneración, y no con sentimientos de compasión y prejuicios la capacidad que tienen para responder y rendir frente a las actividades de la vida diaria.

Destacaba que la forma de envejecer tiene que ver con la que estipule determinada sociedad y los roles que les asignen, considerando que el aumento de las capacidades y la sabiduría sólo se generarían cuando éstas han sido ejercitadas durante toda la vida y no en un periodo de tiempo corto determinado, debido a ello para el autor, es necesario darle continuidad al accionar y estimular las capacidades incluso integrando aprendizajes nuevos a las experiencias ya adquiridas. (Silva, 2011)

Recapitulando entonces acerca de que el deterioro cognitivo se refiere a la disminución de las funciones cognitivas, varios investigadores han planteado soluciones a ésta problemática. Con el fin de prevenirlo, éste concepto fue definido inicialmente en 1962 por Kral diferenciando entre olvido benigno que es el declive normal y el olvido maligno que era el comienzo de una demencia. Posteriormente diferentes grupos de investigación establecieron distintos criterios para aludir a un estado intermedio entre el declive normal y la demencia, de esta manera, en 1986 Crook, del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, propuso el concepto de "alteración de la memoria asociada a la edad", ya luego la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades

Mentales (ICD-10) en 1992 propuso el de “trastorno cognoscitivo leve”, en ese mismo año Levy desde la Asociación Internacional de Psicogeriatría y luego desde la OMS se propuso el concepto de “Declive Cognitivo Asociado a la edad”; y en 1994 el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) establece el concepto de deterioro neurocognitivo leve.

Todas estas conceptualizaciones aunque inicialmente fueron útiles, algunas estuvieron basadas en criterios banales como la no diferenciación de lo normal de lo patológico, la comparación de la memoria de los adultos mayores con la de los jóvenes, la no discriminación de rango de edades, de nivel educacional y de las habilidades cognitivas previas, conllevando esto a un desuso progresivo del término. (Bartres, 1999). De otro lado, Petersen, (1999) se refirió al deterioro cognitivo leve como un diagnóstico que se formula con fines preventivos, siendo intermedio entre el declive normal y la demencia como tipo Alzheimer. El concepto se refirió a personas que no tienen demencia pero que tenían déficits cognitivos notables.

El término déficit cognitivo fue propuesto original e inicialmente por Richard Petersen en el año 1996 en el Centro de Investigación de la Enfermedad de Alzheimer de la Clínica Mayo en EEUU. (Pernecky, 2006). Desde que se hizo la propuesta del término se ha pasado por muchos usos y connotaciones diferentes hasta este momento.

El concepto se debatió en 1999 en el Instituto Nacional de Salud mental de Estados Unidos, revisado por varios autores y por el propio Petersen en 2001 y 2003. De allí surgieron los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve, (López OL, 2003) que entre ellos se encuentran: Las quejas subjetivas de memoria formuladas por las personas y preferentemente corroboradas por algún familiar o informante, la objetivación de un deterioro de la memoria a través de pruebas neuropsicológicas específicas, la conservación de cierta normalidad en el resto de las funciones cognitivas, el normal desempeño de las actividades de la vida diaria o mínima afectación en actividades instrumentales y sin elementos de sospecha de demencia.

Aún existe debate acerca de su definición y criterios diagnósticos, después del simposio realizado en septiembre de 2003 en Estocolmo por el Grupo de Trabajo Internacional sobre Deterioro Cognitivo Leve. (Winblad B, 2004). En este Simposio se presentaron trabajos clínicos y genéticos en relación a las etapas antecesoras a la enfermedad de alzheimer y el deterioro cognitivo leve. Se reconoció la definición del

mismo como el momento de transición entre la función cognitiva normal y la enfermedad de alzheimer, teniendo en cuenta que su uso es importante para identificar las personas que no cumplen los criterios diagnósticos, pero que tienen posibilidades de tener riesgo demencial. En consecuencia se reconoce la necesidad de establecer los criterios diagnósticos de acuerdo a fortalecer las investigaciones basadas en el tema, diferenciando los tipos de deterioro cognitivo que hay, clarificando la etiología de la enfermedad, esclareciendo las diferencias entre el declive y el deterioro cognitivo, conociendo la prevalencia, factores etiológicos, la realización de las actividades diarias, las quejas de memoria; la validación de las pruebas y establecimiento de datos normativos.

Antecedentes

Han sido muchas las estrategias que en términos de prevención, se han utilizado para tratar de combatir el deterioro cognitivo, Buscaglia, (2002) por ejemplo, instructora y consultante de Brain Gym Internacional, retoma a Paul Dennison para explicar la importancia y los beneficios que tiene practicar la gimnasia cerebral, considerada ésta como una herramienta que fortalece las habilidades, el aprendizaje y la enseñanza:

El doctor Dennison, (1969), a través de la Kinesiología Educativa plantea una herramienta eficaz que ejercita las funciones cognitivas superiores a través de ejercicios dinámicos que mejoran la comunicación interhemisférica entre los lóbulos del cerebro, la activación de áreas específicas del mismo, además de potenciar el aprendizaje. Él junto con su esposa Gail Dennison, crearon en año 1987 el centro llamado Brain Gym o Kinesiología Educativa. Su metodología de trabajo comienza con el test de resistencia muscular, que es un instrumento diagnóstico que detecta y corrige los desequilibrios energéticos y tensiones, ya sea a nivel físico, emocional y/o químico, que la persona acumula producto del stress.

Susana Buscaglia menciona que Dennison descubrió que las tensiones acumuladas por estrés inciden el aprendizaje y además generan bloqueos en el desarrollo de las metas y de la creatividad, debido a ello se llegó a la conclusión de que si se trabajaba la teoría del cerebro triuno, se iban a obtener mayores beneficios en las funciones psicológicas.

Continúa afirmando la estudiosa del tema que la teoría del cerebro triuno la planteó originariamente Paul McLean, quien propuso que el cerebro está dividido en tres partes: el cerebro reptiliano (que es la parte que controla las funciones básicas, como los reflejos) el cerebro, el sistema Límbico (que regula las emociones la memoria, las

relaciones sociales y sexuales) y el neocortex (que es la parte encargada del pensamiento y de la planeación de las actividades). Debido a que estas tres partes están interrelacionadas, cuando el cerebro reptiliano no detecta una situación como peligrosa, continúa su curso hasta el neocortex, pero cuando si detecta la situación como amenaza, se bloquea su función y por ende las demás, esto tiene como consecuencia una imposibilidad de aprendizaje o de una acción determinada.

De esta manera, la intención del centro creado por Dennison es el trabajo integrativo de éstas tres partes para potenciar las posibilidades de un adecuado aprendizaje y por ende de acciones coherentes con lo aprendido.

Por medio de los ejercicios se trabajan diferentes áreas del cerebro como los problemas de motricidad, pérdida de memoria, concentración, atención, entre otros aspectos, de igual manera contribuyen al mejoramiento de la resolución de problemas emocionales y aumentar el rendimiento en las diferentes áreas de la vida. Mencionan los autores que cuando se crea una conexión en el cerebro para solucionar algo, el cambio que se genera en las redes neuronales es permanente.

Susana Buscaglia en su página de proyecto CEPA de Gimnasia Cerebral retoma nuevamente a Paul Dennison para aclarar que “todo aprendizaje, ya sea gatear, hablar, sentarse, pararse, sostener un lápiz, etc., dependen de nuestra capacidad de observación y conciencia de nuestras experiencias móviles. Es a través de la observación sensorial, de la experiencia sutil y momentánea (justo antes de caer) que aprendemos cómo pararnos y caminar sin ayuda en la gravedad.”

Para efectos de antecedentes de este estudio se toma como principal el detal que se explica cómo sigue por contener población muestral, metodología, estrategias y herramientas utilizadas:

Novoa, Juárez, & Nebot, (2008) realizaron un estudio acerca de la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. Los autores parten de una concepción de que el envejecimiento conlleva a la pérdida de neuronas y la disminución de neurotransmisores, que se manifiestan a través de la alteración de la memoria, lentitud general en realizar actividades, déficit perceptivos y pocas habilidades psicomotoras; Retoman a Mahncke HW, et al., (2006) para definir el deterioro cognitivo asociado a la edad, mencionando que es causado por la combinación de cambios físicos en el cerebro en relación con la disminución de actividades que generen un aprendizaje. En el estudio se incluyeron estudios publicados

desde 1990 hasta marzo de 2007 que clasificaron según su calidad. Se evaluaron los efectos, a corto y a largo plazo, que tenía la aplicación de las mismas sobre la memoria objetiva y subjetiva y su influencia en otros dominios cognitivos. En los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los estudios evaluaran la efectividad de una intervención cognitiva sobre la memoria; las intervenciones estuvieran dirigidas a personas mayores de 55 años sin deterioro cognitivo leve ni demencia; los artículos fueran publicados entre el año 1990 y marzo de 2007 y estuvieran escritos en inglés o español. Dentro de los resultados que obtuvieron, hallaron veinticinco artículos que cumplieron con los criterios de inclusión expuestos, once de ellos fueron estimados de elevada calidad, de los cuales todos excepto uno mejoraron algún indicador de memoria. El tipo de memoria más evaluada fue la objetiva reciente verbal, que mejoró en 8 de los 9 estudios. La memoria objetiva reciente no verbal y de asociación, evaluadas por los estudios de calidad media, mejoraron en 4 de 7, y en 10 de 11 estudios. Los resultados referentes a memoria subjetiva fueron muy diferentes. Se observó que la transferencia se observó solamente en uno de 7 estudios de elevada calidad.

Los criterios de calidad para evaluar los estudios tuvieron que ver con homogeneidad de la población de estudio (individuos de la comunidad como de residencias); la equivalencia entre los grupos de comparación (en cuanto a capacidad intelectual y características sociodemográficas); la existencia de grupo control; tamaño muestral más de 90 individuos; el tiempo de seguimiento, mayor a 4 meses; la utilización de pruebas y cuestionarios referenciados y haber realizado un pretest antes de la intervención. Se estimaron estudios de elevada calidad los que tuvieron 6 o 7 de estos criterios.

Los tipos de estrategias que se encontraron en la revisión documental fueron: estrategias externas: que utilizan objetos externos para facilitar el proceso de la memoria, el uso de agendas, alarmas, calendarios o similares; las estrategias internas: que utilizan habilidades propias del ser humano para facilitar el proceso de la memoria; de ensayo: que se enfocan en la repetición activa del contenido o en centrarse en partes clave de la información, repetir los términos en voz alta, escribir, subrayar, a aprender tomar notas literales; de elaboración: que incluye las reglas mnemotecnias como realizar conexiones entre aquello que se pretende aprender y lo familiar, no tienen relación con el material que se pretende aprender, sino que otorgan un sentido o estructura a un material que de otro modo no tendría significado, pueden ser visuales o verbales. Allí se pueden crear

analogías, tomar notas no literales; mnemotecnias visuales: en donde se relaciona aquello que se pretende memorizar con imágenes, con el lugar donde se encuentra; mnemotecnias verbales: donde se recuerdan las iniciales o creación de rimas; de organización: donde se impone una estructura al contenido objeto del aprendizaje, por ejemplo se realiza un esquema; de control de la comprensión o metacognitivas: donde es necesario ser consciente del método de aprendizaje (estrategias utilizadas, éxito o fracaso del aprendizaje) y conocer el funcionamiento de la memoria, allí es práctico adquirir habilidades para ser consciente sobre el propio aprendizaje y sobre el funcionamiento general de la memoria y de apoyo: en donde se trata de mejorar las condiciones en que se produce el aprendizaje para mejorar su eficacia, aumentar la motivación, centrar la atención sobre el objeto del aprendizaje, manejo de la ansiedad y técnicas de relajación.

Se encontró que 10 grupos (la mayoría) tuvieron sesiones que duraron de 60 a 90 min, y entre 90 y 120 min en los 6 grupos restantes. Las estrategias más utilizadas fueron las de ensayo (11 grupos) y las de elaboración (11 grupos), y las menos utilizadas fueron las de organización y las externas (3 grupos). En total once grupos incluyeron mnemotecnias en la intervención.

De igual manera se encontró que las intervenciones más efectivas en la prevención de problemas de memoria en personas mayores sanas son las que se hace de manera grupal con duración de entre 60 a 90 minutos. Las autoras tienen en cuenta que las sesiones que se alargan más de este lapso de tiempo pueden detonar resultados no favorables, debido al efecto de fatiga. Novoa, Juárez, & Nebot, (2008).

Se halló que las intervenciones tienen efecto positivo manteniéndose en el tiempo sin necesidad de sesiones recordatorias. Además de que como el estudio estaba basado en la memoria reciente, no se encontró ningún tipo de estudio que evaluara la memoria sensorial. Un estudio evaluó la memoria remota, con resultados negativos, y la memoria inmediata, que mejoró de forma estadísticamente significativa sólo en uno de ellos.

Se reveló la importancia de las mnemotecnias sobre la memoria objetiva, el entrenamiento en grupo, la inclusión de información sobre la memoria y de estrategias de apoyo y del pre entrenamiento.

El efecto que tendría el entrenamiento cognitivo sobre el rendimiento en las tareas de memoria se puede explicar por medio de la reserva cognitiva, generando una mayor activación y conexión neuronal, y una generación de neuronas en la edad adulta, que incrementaría la reserva cognitiva, lo cual prevendría el deterioro cognitivo.

Se encontró que las relaciones sociales, el ocio y el establecimiento de vínculos con familiares y amigos también tienen un efecto positivo en la cognición, disminuyendo el riesgo de aparición de deterioro.

Hubo controversia en el practicar actividad física de manera aislada, algunos autores propusieron que la cognición puede mejorar practicando ejercicio físico, se retoma a (Fabre, et al., 2002) para hablar de sus beneficios como el: aumento de la concentración, de los neurotransmisores relacionados con la memoria, y la disminución de la ansiedad, que se relaciona con la disminución de la atención, y la disminución en la capacidad de memoria.

Se alude a que si bien ésta es la primera revisión que evalúa la efectividad de las intervenciones cognitivas sobre el rendimiento en tareas de memoria en población mayor sana, se reconoce que se requieren más estudios referentes a la evidencia sobre la memoria reciente no verbal y de asociación, aunque se halló que el entrenamiento cognitivo aumenta su rendimiento, pero no hay mucha evidencia sobre ello. De igual manera ocurre con la memoria inmediata, la memoria remota y la memoria subjetiva. Se menciona que no se encontraron estudios que evaluaran la memoria sensorial y que la transferencia del material entrenado a otros dominios cognitivos no se ha demostrado.

La alcaldía de Medellín, departamento de Antioquia, Colombia en los años 2011 a 2014, realizó en su programa centro vida gerontológico prevención y mantenimiento funcional y cognitivo en personas mayores de 55 años con un enfoque neuropsicológico mediante contratación en la Universidad de Antioquia y el Colegio Mayor de Antioquia. Se elaboró e implementó el gimnasio mental integral teniendo en cuenta los cuatro aspectos que más se vulneran con la edad: funcional, cognitivo, relacional, psico-afectivo, dando como resultado una estimulación integral de la persona mayor, aumento de sus redes de apoyo, mantenimiento de la autoestima, detección rápida de deterioro cognitivo leve., deprivaciones sensoriales, entre otras.

Cuando el facilitador de cada área detectaba alguna falla funcional y o cognitiva estas personas pasaban a formar pequeños grupos de apoyo con orientación e intervención personalizada. Es de anotar que este grupo de personas mayores recibía un almuerzo y un refrigerio y era el momento en que la nutricionista estimulaba las funciones mentales superiores y la funcionalidad con énfasis en respeto por el cuerpo que ocupa, comportamiento en la mesa, y a nivel cognitivo fortalecía memoria, reconocimiento y funciones ejecutivas de acuerdo al menú del día.

Concluyendo entonces, se sugiere que las intervenciones más efectivas son las que se realizan por medio de sesiones grupales con una duración entre 60 y 90 min, no es determinante el tipo de estrategia y dado únicamente se mejoran las áreas entrenadas, se propone que las intervenciones deben ajustarse a las necesidades de cada persona.

Así pues, se reconocen los antecedentes acerca del tema, para en este trabajo, hacer una focalización en los artículos documentales desde 2011 hasta 2016 debido a que son éstos los años en los que se ha obtenido la información con la que últimamente se ha estado trabajando la prevención del deterioro cognitivo y las respectivas estrategias más efectivas que tienen evidencia en el progreso cognitivo del adulto mayor.

Aspectos demográficos

Para la Organización Mundial de la Salud el aumento de la población a nivel mundial de los adultos mayores ha estado en constante crecimiento durante los últimos años, esto, en parte por la mejora de condiciones de vida que se han estado teniendo, los nuevos descubrimientos médicos en los que se ha reconocido la importancia de seguir ciertos hábitos alimenticios y rutinarios para conservar el equilibrio mental y físico, por intervenciones tempranas en problemas concretos, entre otras.

Siguiendo los datos que arroja la OMS, en el año 2010 la población adulta mayor en América Latina alcanzaba el 13.1 % de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más, por cada 100 niños menores de 15 años; y 49 adultos de 75 años y más, por cada 100 niños menores de 15 años. Once países, Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandesas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños.

Puede evidenciarse cómo la población adulta mayor ha aumentado en varios países y lo probable de que siga creciendo de acuerdo con la mejora de su calidad de vida. Se calcula que en el año 2025 pueda ascender al 18.6% en América Latina y países como Cuba, Barbados, Canadá, Martinica, Antillas Holandesas, Puerto Rico, Guadalupe, Estados Unidos, Uruguay y Chile, todos ellos tendrán adultos de más de 60 años que serán más que las personas del promedio de 15 años, se estima que en Cuba posiblemente por cada menor de 15 años habrán dos adultos. Se prevé además que en el año 2037 se igualará

la población de adultos mayores, por cada 100 menores, habrá 100 adultos en la mitad de países de América Latina.

Según el censo realizado por el DANE en 2005 a nivel nacional, las personas mayores colombianas envejecen sin problema por aumento de la esperanza de vida, el buen control de las enfermedades infecciosas y parasitarias y el buen cuidado de sí. A nivel sociodemográfico se caracterizan porque los hombres aún cumplen roles de jefatura en la familia, queriendo decir esto que por cada 100 hombres, 26 son jefes. En el caso de las mujeres, por cada una que es cabeza de hogar, hay 234 que ejercen la misma función, entre los departamentos en los que se evidencia la jefatura de la mujer como fuente de sostenibilidad económica son La Guajira, Chocó, San Andrés, Quindío, Valle del Cauca y Antioquia. Por el contrario, en los departamentos en los que predomina la jefatura masculina son Vichada, Vaupés, Guainía, Amazonas, Córdoba y Huila.

En los últimos 50 años la esperanza de vida ha aumentado en la población adulta mayor principalmente en las mujeres, en un promedio de 5.9 años más. El censo 2005 reportó una prevalencia superior al 10% de limitaciones permanentes en la población de 50 años y más, principalmente en hombres, excepto en el grupo de más 85 años. En el grupo de 50 a 54 años la presencia de limitaciones es de 10.6% en hombres y 10.1% en mujeres; En el grupo de 80 y 84 años: hombres, 38.3%, y mujeres, 37.6%. En los mayores de 85 años: mujeres cerca de 48%; hombres 46%., sin embargo se espera que como la expectativa de vida ha aumentado una vez cumplidos los 60 años, los colombianos vivan al menos otras dos décadas.

Es importante conocer que un estudio realizado por Sánchez, Escobar y Del Rio, (2009) en la encuesta de calidad de vida para el adulto mayor en Medellín, donde se tomó como muestra el 14.1% (11.948 de un total de 84.474 encuestados), se encontró que el 94.5% de los adultos mayores residen en el área urbana. El 39.6% de ellos fueron de sexo masculino y el grupo de edad más frecuente fue el de 60 a 64 años. El 50.9% se encuentran encuestados por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), sin embargo el 94.3% de ellos se encuentran afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tanto en el segmento con 60 años y más, como en el resto de la población predominan la casa y el apartamento como los tipos de vivienda en las que se reside. En ambos grupos poblacionales es más frecuente la ocupación de vivienda propia, seguida

de la arrendada. Con excepción de la conexión a gas natural, la accesibilidad a los servicios públicos se encuentra generalmente por encima del 95%, sin diferencia importante entre segmentos poblacionales. En cuanto al estado civil, se evidenció que del total de adultos mayores encuestados el 44.9% están casados y el 26.2% viudos. En ambos segmentos de la población las proporciones de acceso y participación en programas lúdicos y actividades recreativas son bajas, siendo la más alta la relacionada con las vacaciones familiares. Con excepción de los eventos y programas culturales, en general no se encontraron diferencias importantes entre los grupos en las actividades incluidas. (Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor en Medellín, desde el enfoque de la garantía de sus derechos fundamentales, según la encuesta de calidad de vida año, p. 41, 2009). Estos estudios muestran el aumento de la población mayor y su estado sociodemográfico.

Es por esto que determinar las estrategias más efectivas para la prevención del deterioro de las funciones cognitivas en los adultos mayores adquiere gran importancia para todas las ciencias de la salud interesadas en su estudio y cuidado. Según las cifras presentadas anteriormente, en el mundo existen cada vez más personas en esta etapa de vida y es probable que esa tendencia aumente en los próximos años. Garantizar una óptima calidad de vida en la vejez y mejorar las condiciones de bienestar en el adulto mayor se convierten finalmente en tareas de primera importancia al momento de diseñar programas públicos o privados orientados a este fin.

Justificación

Este estudio documental se justifica debido al aumento de la esperanza de vida y la inversión de la pirámide poblacional, hay aumento de personas mayores, lo que incide en una tendencia a la presencia de daños neurológicos y de enfermedades neurodegenerativas que a nivel psicopatológico causan malestar en esta población, y hace que el estado, la sociedad y la familia se preparen para asumir la presencia de más mayores, y sus características tanto saludables como patológicas.

Se espera que con los avances que ha tenido la ciencia respecto al tema, ésta problemática se desvanezca, pero, no se generan cambios debido a que si bien, se cambió el estilo de vida, por adoptar la actividad física como parte de las actividades rutinarias, también se cambió la alimentación, de una más natural a una sintética artificial, como la dieta basada en gluten generando ciertos cambios negativos a nivel cerebral. Perlmutter,

(2013).

La tendencia a la coexistencia de factores neuropsicológicos, neurológicos y psiquiátricos, dificulta los diagnósticos y hace que se realicen siempre evaluaciones interdisciplinarias y respectivos seguimientos para aclarar el estado de salud tanto físico como mental y prescribir así, los respectivos planes terapéuticos.

La pluripatología, es decir la presencia de varias enfermedades en una misma persona mayor justifica también este trabajo, puesto que como se dijo anteriormente hay presencia de varias enfermedades y por lo tanto la polifarmacia hace su aparición, existiendo en algunos casos el riesgo a la automedicación. Muchas veces la existencia de varios diagnósticos en una persona, hace que tome varios medicamentos y posiblemente se pierda la enfermedad esencial porque puede enmascarse. Lo que hace que se acuda a estudios clínicos minuciosos e interdisciplinarios para aclarar los diagnósticos y plantear planes terapéuticos ajustados a cada persona mayor, sobre todo a nivel de padecimientos (ausencia o presencia) neurodegenerativos.

Objetivos

General

Identificar las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano en bases de datos publicadas de 2011 a 2016.

Específicos

- Describir los enfoques teóricos y/o disciplinares de las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano en bases de datos publicadas de 2011 a 2016.
- Identificar los vacíos o necesidades referidas a la producción documental de las estrategias de prevención del deterioro cognitivo en el contexto iberoamericano.
- Especificar los enfoques metodológicos en torno a las estrategias de prevención del deterioro cognitivo en el contexto iberoamericano.

Marco teórico

“El cerebro es un sistema mucho más abierto de lo que habíamos imaginado. La naturaleza ha hecho mucho para ayudarnos a percibir y entender el mundo que nos rodea al darnos un cerebro que sobreviene al universo cambiante haciendo cambios en sí mismo.”

Doctor Norman Doidge, autor de El cerebro se cambia a sí mismo.

La OMS (1989) propone que aunque el envejecimiento no necesariamente está relacionado con enfermedad o desequilibrio emocional y cognitivo, no desconoce que hay una pérdida progresiva de la capacidad de un individuo de adaptarse al medio.

Autores como Pérez, Pérez y García, (2008), siguiendo esta misma línea reconocen que es una etapa en la que es necesario prestar especial cuidado a la salud. Para ellos, debido a que envejecer para ellos es "la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes" (p.1).

El enfoque heurístico de la OMS (1989) provee definiciones de "anciano" frente al aspecto biológico, social y cronológico, sin dejar de considerar que estos factores tienen distintos valores dependiendo de la cultura en la que se analice. En el aspecto biológico, envejecer es un proceso que comienza en la pubertad, inmediatamente después de la culminación del desarrollo sexual y se continúa durante toda la vida hasta la muerte OMS (1989). Socialmente, aunque la definición de una persona vieja varía dependiendo del grupo social, se coincide en que una persona es vieja en el momento en que se retira de la fuerza y el mercado laboral y cesa su actividad económica. Esta caracterización ha tenido variaciones considerables a lo largo de los últimos años, con el incremento de la edad de retiro legal en países occidentales, por lo que existen personas que se retiran de la vida laboral antes de lo requerido legalmente, o mucho después de lo que era considerado habitual para un grupo social décadas atrás. Finalmente, la definición de persona mayor cronológicamente se da en términos establecidos arbitrariamente, según los expertos de la OMS. Para la investigación y la posterior formalización de políticas públicas y recomendaciones, la OMS define a una persona "vieja", cuando supera los 60 años, y "muy vieja" cuando supera los 80.

Así pues, se puede comprender que envejecer tanto para Pérez, Pérez y García (2008) como para las OMS (1989) se entiende en términos de funcionalidad. Y es bajo este término que se pueden plantear investigaciones e intervenciones con distintos énfasis, pero entendiendo que la vejez es una etapa del ciclo vital con funcionalidades y riesgos

propios al igual que las demás.

El envejecimiento es una condición que en todos los seres vivos comienza en el momento en el que culmina su desarrollo sexual; biológicamente en los seres humanos, se asocia el envejecimiento a una acumulación de daños a nivel celular y molecular que reducen constantemente las reservas fisiológicas que disminuyen de forma general las capacidades del individuo y aumentan el riesgo de contraer muchas enfermedades (OMS, 2015).

Los cambios que ocurren en la vejez no son uniformes. Estos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y por los comportamientos al punto en el que la edad de una persona mayor termina siendo un factor relativo cuando se quiere analizar su estado de salud.

Elisa Dulcey, por su parte, propone una mirada psicosocial acerca de las concepciones de envejecimiento y vejez, mencionando que no pueden estudiarse independientemente de la sociedad y la cultura. Para la autora, estos conceptos se van estructurando en marcos discursivos e interpretativos.

Los discursos sobre envejecimiento y vejez se ven dotados continuamente de nuevos sentidos, muestran inconsistencias y se actualizan permanentemente. Esta relación entre innovación permanente y constancia viene dada por los cambios de contexto y por la inserción de los marcos discursivos en temas culturales.

Esquema social del envejecimiento

En el artículo que Elisa Dulcey realizó con Carlos José Parales, llamado “La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita” se distinguieron cuatro clases semánticas de los términos, caracterizadas como marcos discursivos:

Uno mediado por **experiencias y relaciones**; seguridad social; problemas y desafíos socioeconómicos, y salud y enfermedad.

En el marco de experiencias y relaciones se propone, es un proceso inevitable y la vejez una etapa de la vida a la que se dice temer, pero que debe enfrentarse ineludiblemente.

En cuanto a la **seguridad social**, se asocia a momentos de intenso debate acerca de la reforma pensional en Colombia, se hace referencia a la seguridad social y sus efectos

en las personas.

Con respecto a los problemas y desafíos socioeconómicos, se demuestra la preocupación por temas como el del envejecimiento poblacional y sus efectos en el ámbito de los sistemas de seguridad social, efectos del envejecimiento poblacional en el campo macroeconómico y en el marco de la **salud y enfermedad**, surgen temas que apuntan hacia una "medicalización" del envejecimiento y de la vejez, pero también hacia la prevención y los estilos de vida saludables.

Estos marcos ayudan en la definición de ambos temas y en el entendimiento de la polémica que se desata a su alrededor. Se observa el predominio de referencias a la vejez, con énfasis en el presente más que al envejecimiento, a diferencia de los estudios convencionales de actitudes en los que se evalúa a favor o en contra.

Los autores mencionan que la vejez puede entenderse como sabiduría en el marco de experiencias y relaciones, o significar discapacidad en el marco de salud y enfermedad. Los marcos también tienen patrocinadores y opositores. Algunos sectores pueden respaldar con mayor fuerza el marco de seguridad social, mientras que otros impulsan el de salud y enfermedad o el de experiencias y relaciones.

Los autores proponen tres marcos del esquema social de envejecimiento en los que se hace necesario que los diferentes sectores le den igual importancia a los mismos y no que uno predomine sobre el otro, se habla entonces del marco de la salud y la enfermedad, del de las experiencias y relaciones, y de la seguridad social, siendo primordial verlos como un complemento a la hora de planear intervenciones con los adultos mayores.

Desarrollo humano vitalicio

Autores como Paul Baltes, (1997) psicólogo de origen alemán, es uno de los estudiosos que tienen un marco basado en experiencias y relaciones, en pérdidas y ganancias con perspectiva de envejecimiento desde la psicología evolutiva.

Define el concepto como un proceso integrado en el ciclo vital humano. Dentro de sus aportes amplía la mirada hacia un concepto que va más allá de las concepciones negativas que han prevalecido de relacionar el envejecimiento a un proceso de pérdida que no podía recuperarse. En este sentido, y, sin negar que hay procesos que se van deteriorando, su objetivo era integrar estos procesos de pérdida en un campo más amplio que abarcara su importancia y que incluyera otros procesos psicológicos que también

pueden estar presentes, como los que impulsan el mantenimiento cognitivo o incluso el crecimiento cognitivo y por ende la ganancia. Esta concepción considera entonces el envejecimiento y la vejez como un proceso evolutivo que no está desligado de los demás ciclos de la vida, sino que por el contrario puede entenderse como los mecanismos que operan en otros momentos de la vida.

Esta alternativa, fue conocida como el enfoque del ciclo vital (Life Span Approach) donde se estudia el cambio evolutivo y el envejecimiento con unas pérdidas y ganancias que tienen que ver con un potencial de desarrollo, del cual la sabiduría es un ejemplo privilegiado.

Paul Baltes consideraba que la arquitectura del desarrollo humano tenía un carácter incompleto en el aspecto normativo del envejecimiento y en la discontinuidad entre la vejez inicial y la vejez avanzada. En esta última, consideraba él, llegan a ser cada vez más probables los efectos de la desorganización para el organismo, en un contexto en el cual las sociedades no están preparadas para hacer frente al desafío de compensar las pérdidas resultantes de ese proceso. Es acá donde va cobrando importancia la necesidad de la prevención frente al declive que puede ocurrir en el envejecimiento.

Baltes y sus colegas desde el enfoque ya expuesto propusieron seis principios que explican cómo se da el desarrollo:

1. El desarrollo dura toda la vida.

El desarrollo es cambio, es una habilidad para adaptarse a las situaciones del entorno, cada periodo de la vida se ve influenciado, por lo que pasó en la etapa anterior a éste, teniendo cada uno de ellos sus propias características.

En algún momento se creyó que el desarrollo se detenía en la adolescencia, omitiendo así que sigue su curso a lo largo de la vida.

Se le llama proceso vitalicio porque es constante, cambiante a medida que se va creciendo, y de adaptación a las exigencias que cada etapa demanda evolutivamente, de no ser así se produciría alguna alteración.

Es un proceso vitalicio porque dura para siempre, es decir siempre estaremos cambiando, pues a medida que crecemos y avanzamos en edad, en cada etapa debemos adaptarnos a las exigencias que ese momento evolutivo nos exige, de no hacerlo entorpecemos el desarrollo y se produce alguna alteración.

Está influenciado por lo que sucedió una etapa anterior, en tanto que en cada ciclo

vital se alcanza ciertas metas formando un cúmulo de conocimientos para la siguiente.

Si se pasa por alto los saberes propios de esa etapa, cuando se avance, y el siguiente ciclo amerite de esos saberes que se adquirieron para resolver determinados problemas de adaptación, se cae en un déficit, en el cual la adaptación será mucho más difícil.

2. *El desarrollo involucra ganancias y pérdidas.*

El desarrollo es multidimensional y multidireccional. En lo multidimensional ocurre que a lo largo de la vida varias dimensiones tales como la biológica, psicológica y social, todas ellas se interrelacionan entre sí.

Se dice que el desarrollo es multidireccional debido a que a medida que alguien gana en un área de determinada dimensión, a la vez puede perder en otra, de esta manera las personas buscan maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas aprendiendo a manejarlas o compensarlas. Esto puede ejemplificarse con una etapa de la vida como lo es la pubertad, en donde se pierde el cuerpo de niño y el vínculo infantil que se generó en algún momento con los padres, pero se gana un cuerpo nuevo equipado de cambios a nivel sexual. Esas pérdidas a las que se hace referencia en psicología se les denomina duelo.

3. *Las influencias provenientes de la biología y la cultura cambian a lo largo del ciclo de vida.*

El desarrollo es influido por la biología y la cultura y la relación entre ellas cambia con el paso del tiempo. Las influencias biológicas se deterioran a medida que el envejecimiento avanza pero la influencia ambiental ayuda a equilibrarlas.

Entre más jóvenes, las personas están más influenciadas por el aspecto biológico, sin embargo a medida que se crece es el factor cultural el que va creciendo.

4. *El desarrollo involucra una distribución cambiante de recursos.*

Las personas deciden invertir sus recursos de maneras distintas, usados ya sea para la recuperación, el crecimiento, o el mantenimiento y para manejar la pérdida cuando aspectos como el mantenimiento y la recuperación no son posibles. La distribución de recursos en esas tres funciones se transforma a lo largo de la vida, mientras disminuye el total de recursos disponibles.

5. *El desarrollo es modificable.*

En el desarrollo humano vitalicio se ha evidenciado plasticidad, esto referido a que muchas habilidades pueden mejorarse con el entrenamiento y práctica de ciertas funciones, sin embargo el potencial también tiene un límite, incluso en los niños.

6. *El desarrollo es influido por el contexto histórico y cultural.*

Todas las personas se desarrollan en contextos múltiples que tienen que ver con la biología, con los lugares y tiempo donde se nace y crece y las circunstancias que desencadena, recibiendo así una influencia del contexto socio cultural. Si se pudiera observar a diferentes adultos de 24 años, pero de épocas distintas, podrían notarse diferencias histórico - culturales que determinan sus prácticas, lenguaje y comportamiento. (Baltes ,1987).

Así pues, se pasa por los seis principios propuestos por el autor, en los que durante todo el desarrollo del ciclo vital, debe aprenderse lo que se requiere en cada etapa, como una base de conocimiento para la posterior; se tienen pérdidas y ganancias para continuar con la adaptación del medio en que se encuentre; hay una relación entre lo biológico y lo ambiental donde en los primeros años predomina la primera y a medida que se va creciendo, predomina la segunda; hay una modificación de las capacidades a lo largo de la vida, si se ejercitan continuamente; y hay una influencia histórico - cultural que va moldeando nuestra personalidad y forma de percibir la realidad.

Entra a jugar un papel importante la ocupación, la escolaridad y la historia personal, el seguir enriqueciéndose a nivel cognitivo en las funciones personales, son ellas las que van a aportar a las funciones cognitivas en la vida diaria, al aumentar la esperanza de vida. Al haber cada vez más personas mayores, se corre el riesgo de presentar diferentes enfermedades, entre ellas las neurodegenerativas como las demencias, es acá precisamente donde cobra importancia la estimulación cognitiva.

Prevención

La estimulación cognitiva, concepto del cual se hablará más adelante en este marco teórico es una de las estrategias de **prevención** del deterioro cognitivo más importantes puesto que ella unida a las vivencias de cada persona, y su desarrollo particular del ciclo vital, puede generar mejoras en las funciones cognitivas que no han

sido afectadas en el adulto mayor, con incidencia positiva en las actividades de la vida diaria.

La prevención entendida según la Real Academia Española (2001), como la "preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo".

Para efectos de la intervención en materia de salud pública, la OMS según Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) distingue tres tipos de prevención, en el que el primer tipo (prevención primaria) constituiría todas las acciones llevadas a cabo para evitar un evento indeseado, incidiendo directamente en los factores que hacen aparecer ese evento. La prevención secundaria abarca todas aquellas acciones que tienen como fin reducir la prevalencia de un evento negativo que está presente en un grupo determinado.

Finalmente la prevención terciaria buscaría evitar que tome fuerza un evento negativo que es inminente y que tiene influencia sobre un grupo determinado.

En los tres niveles, el objetivo de la prevención es la "reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. Utiliza estrategias de promoción de salud mental como uno de los medios para lograr esas metas" (Saxena, Hosman, & Jané-Llopis, 2005, p.18). Como las estrategias de promoción de salud mental funcionan con el fin de mejorar esta salud en una comunidad, se obtiene como resultado secundario la disminución de la incidencia de trastornos mentales y otras afectaciones como el deterioro cognitivo.

Para Avila, Vázquez & Gutiérrez, (2007) la prevención del deterioro cognitivo hace referencia a evitar el hábito de fumar, mantener regulada la hipertensión arterial, la diabetes y la cardiopatía para que más tarde no se desencadenen consecuencias tales como afectación en la memoria inmediata, la orientación, la atención, el cálculo y el lenguaje, funciones cognitivas afectadas predominantemente en el síndrome.

De igual manera, ellos recomiendan en su estudio que los médicos de la atención primaria de salud generalicen el uso de instrumentos establecidos para evaluar las capacidades cognitivas del adulto mayor, para detectar el deterioro cognitivo cuando se tenga la sospecha del mismo.

Deterioro cognitivo

Continuado con la idea de la prevención, lo que se pretende prevenir entonces son

las demencias generadas por la práctica de hábitos inadecuados a lo largo de la vida. Esas demencias comienzan con un deterioro cognitivo, que como ya se comentó en los antecedentes de ésta revisión teórica, después del simposio realizado en septiembre de 2003 en Estocolmo por el Grupo de Trabajo Internacional sobre Deterioro Cognitivo Leve. (Winblad B, 2004), se presentaron trabajos clínicos y genéticos en donde se concluyó que la definición adecuada para el término era el momento de transición entre la función cognitiva normal y la enfermedad de alzheimer, teniendo en cuenta que su uso era importante para identificar las personas que no cumplen los criterios diagnósticos, pero que tenían posibilidades de tener riesgo demencial. En consecuencia se reconoce la necesidad de establecer los criterios diagnósticos de acuerdo a fortalecer las investigaciones basadas en el tema, diferenciando los tipos de deterioro cognitivo que hay, clarificando la etiología de la enfermedad, esclareciendo las diferencias entre el declive y el deterioro cognitivo, conociendo la prevalencia, factores etiológicos, la realización de las actividades diarias, las quejas de memoria; la validación de las pruebas y establecimiento de datos normativos.

Para Pérez (2008) el deterioro cognitivo se divide en deterioro cognitivo muy leve (o sin demencia), y deterioro cognitivo leve (o con demencia dudosa). Menciona que el primero alude a aquella persona que presenta una queja por olvidos frecuentes sin afectación de los demás procesos cognitivos; esta dificultad se presenta según el autor por falta de estimulación cognitiva y preocupaciones por sus condiciones de salud. Lo anterior se denominaría entonces olvido senil benigno o alteración de la memoria asociada a la vejez. Por otro lado, el deterioro cognitivo leve se refiere entonces a una afectación más profunda de la memoria y de los procesos psicológicos superiores como atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Si bien esto no interfiere en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, cuando el deterioro sí interfiere en las áreas funcionales y sociales de la persona hay probabilidades de que haya síndrome demencial.

Es así como el deterioro cognitivo se conceptualiza como la etapa intermedia entre la función cognitiva normal y el comienzo de su declive, culminando en enfermedad de Alzheimer. Cobra importancia, la reserva cognitiva con su papel en la regulación del síndrome, de acuerdo con el entrenamiento mental y físico que se tuvo a lo largo del ciclo vital, además del papel que tuvo la buena alimentación.

Estimulación cognitiva

Villalba & Espert, (2014) retoman a Ginarte (2002) para definir la estimulación cognitiva como las estrategias que potencian la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas tales como praxias, procesos de orientación, percepción, memoria, abstracción, razonamiento, atención, lenguaje, por medio de actividades que se denominan programas de entrenamiento cognitivo.

Es necesario resaltar que la estimulación cognitiva no solo se centra en lo cognitivo del ser humano, sino que también tiene en cuenta otros factores tales como las relaciones sociales, el aspecto conductual, la parte afectiva, social, familiar y biológica, buscando intervenir de manera integral Ginarte (2002).

La estimulación cognitiva se refiere a las actividades que estimulen las capacidades cognitivas, teniendo como fin mejorar el funcionamiento cognitivo y reducir la dependencia en el adulto mayor. Es importante tener en cuenta que una de las principales funciones de la estimulación cognitiva es trabajar las capacidades que se conservan en el adulto mayor y no las que ya se han deteriorado, esto debido a evitar la frustración en el mismo, posibilitando mejoras en la autoestima, la autoeficacia, el estado del ánimo y por ende de la conducta.

La estimulación cognitiva se realiza de una forma más específica en personas que ya tienen deterioro cognitivo o demencia, logrando que su funcionamiento cognitivo se potencie según las capacidades y habilidades que están preservadas, ralentizando así el proceso de deterioro.

Es válido aclarar que este tipo de gimnasia cerebral está encaminada a recuperar o frenar deterioro cognitivo leve y a mantener activas las funciones que no se han deteriorado.

Villalba & Espert, (2014) retoman a Francés, et al. (2003) para mencionar que esta terapia tiene su origen en los conocimientos de las teorías del aprendizaje, de la motivación humana, la neuropsicología y de la psicología cognitiva.

De igual manera los autores mencionan las ventajas que tiene este tratamiento tales como no producir efectos secundarios, como sucede muchas veces con los fármacos, promueve la interacción social con el terapeuta y demás participantes de la terapia, hay un mejoramiento en el comportamiento de la persona, no sólo en sus funciones cognitivas, sino también en las sociales.

Los autores mencionan a Herrera, et al., (2010) para explicar los objetivos principales de la estimulación cognitiva, entre ellos promover el aumento de la calidad de vida y del bienestar personal. Esto contribuiría a la mejora de las condiciones de vida de las personas que padecen una demencia y para sus cuidadores.

Esta intervención terapéutica se fundamenta en la reserva cognitiva, la neuroplasticidad, la neurogénesis, denominadas por los autores Villalba & Espert, (2014) como las bases neurobiológicas de la estimulación cognitiva

Bases neurobiológicas de la Estimulación Cognitiva:

Reserva cognitiva.

Mantener el cerebro activo ayuda a tener una vejez más sana / Joguldi (CC BY 2.0)

El sistema nervioso logra ser protagonista de los cambios que a nivel cognitivo suceden durante todo el ciclo vital. Es así como al hablar de reserva cognitiva se hace referencia al efecto protector ante la degeneración de las neuronas, en general, consiste en la capacidad de activación progresiva de redes neuronales en respuesta a demandas crecientes.

La reserva cognitiva es la reserva cerebral, denominada “activa” o “software”, este modelo se basa en que entre más activo y ocupado permanezca el ser humano mejor rendimiento funcional tendrá (Stern, 2002).

Para el mismo autor, el cerebro se adapta constantemente al bienestar o al daño neurológico que se tenga empleando los procesos cognitivos que ya están presentes; por ejemplo las personas que tienen más reserva cognitiva debido a su constante participación en actividades que le exigen a nivel cognitivo, se adaptan más fácil al daño neurológico. Esta propuesta tienen en cuenta las diferencias de cada persona para hacer frente al daño, entre ellas factores innatos como la inteligencia, las experiencias tenidas a lo largo de la vida, el tipo de trabajo, las actividades que se hicieron en el tiempo libre.

Para Rodríguez y col., (2004) la reserva cognitiva está relacionada con la inteligencia, esa capacidad que define la facilidad para adaptarse al medio, la eficiencia con la que se adapta y la flexibilidad que se tiene para la resolución de problemas a través de aspectos adquiridos como la educación y la experiencia. Los autores añaden que es necesario tener en cuenta los factores genéticos de la persona, pues otros estudios han revelado que existe una trasmisión genética en la memoria, la inteligencia y el lenguaje.

De acuerdo con lo expuesto se hace explícito que el envejecimiento ocurre desde la pubertad y acompaña al resto del ciclo vital hasta llegar a la vejez, es por esto que los dos conceptos no deben concebirse como sinónimos, vejez es la etapa, envejecimiento es el proceso.

La prevención entra a jugar un papel importante en el envejecimiento como factor fundamental que disminuye las posibilidades de que más tarde se presente un deterioro cognitivo, ya sea leve o moderado, esto se logra por medio de la reserva cognitiva que permitirá cambios a nivel de adaptación y de reorganización cuando hay afectación en alguna parte del cerebro, dando lugar a una neurogénesis proceso por el cual se generarán más neuronas si se ejercita nutritiva, cognitiva y físicamente de manera adecuada.

Neuroplasticidad

La neuroplasticidad por su parte, consigue reequilibrar las redes neuronales tras haberse alterado y adaptarse a una nueva situación neurológica. Esta capacidad no se pierde con el paso del tiempo ni tras la aparición de los trastornos neurodegenerativos. (Garcés & Suarez, 2014).

Ya desde 1906, Lugaro planteó el término de “plasticidad cortical” refiriéndose a la capacidad que tiene el sistema nervioso para adaptarse a los constantes cambios de la vida. Ramón y Cajal en 1913 acuña el término de neuroplasticidad referida a la forma en que el cerebro cambia permanentemente, lo cual le da la oportunidad de adquirir nuevos aprendizajes y desechar los que ya no le sirven, esto se propuso en apoyo de Thickbroom (2007) quien menciona que fue hasta el año 1973 que se encontró evidencia de lo que planteaba Ramón y Cajal con el estudio de científicos igual que John Eccles y Gollin (1981) al definir el concepto como ese potencial que se tiene para cambiar la conducta con el objetivo de adaptarse a las demandas del medio.

Seguidamente Kaplan, (1983) por su parte propuso el término como esa capacidad que tienen todos los organismos para transformar sus sistemas orgánicos y patrones conductuales.

Para Bergado, (2000) el sistema nervioso es un aparato sin terminar donde sus resultados serán la combinación cotidiana de los factores genéticos y epigenéticos. Para Hallett, (1995) director del Medical Neurology Branch en los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos los seres humanos están en constante aprendizaje, siendo la esencia de los mismos el cambio permanente.

Gómez, (2000) y Bayona, (2009) definen la neuroplasticidad como esa capacidad que tienen los circuitos neurales de modificar, asimilar, transformar y reorganizar aspectos fisiológicos, biológicos y bioquímicos que están relacionados con la comunicación intercelular para adaptarse a los estímulos que han sido recibidos. Para Bayona, (2009) este proceso trae como consecuencia una “regeneración axonal, colateralización, la neurogénesis, la sinaptogénesis y la reorganización funcional”. Estos procesos se dan por las señales que genera el sistema nervioso facilitándolos o inhibiéndolos por medio de los neurotransmisores como el N-metil-D-apartato, el ácido gama-amino y la serotonina promoviendo la potenciación o depresión sináptica a corto o largo plazo (Sergeeva, 2009).

Los neurotransmisores encargados de aumentar o disminuir la regeneración neuronal generan un aumento o disminución de potencial postsináptico debido a una acción repetida y rápida, llamada tetanización (Sarmiento, 2010) que puede causar la potenciación o la depresión, la cual puede durar horas o días, dándose ésta por medio de las moléculas llamadas mensajeros retrógrados.

La neuroplasticidad entonces, permite cambios a nivel de adaptación y de reorganización, ya se sea en condiciones normales para el individuo o patológicas (Sarmiento, 2008). En condiciones normales se puede dar en procesos de aprendizaje condicionado y no condicionado, mantenimiento cognitivo y lenificación en procesos de deterioro cognitivo progresivo. A nivel patológico por medio de eventos adaptativos y mal adaptativos que caracterizan las enfermedades neurológicas (Lacoux, 2002).

Es importante anotar que para Wilson, (1991) en el futuro se optará por buscar opciones de prevención en neurofármacos y neurorrehabilitación, de manera que puedan ser eficaces en un nivel funcional de la vida diaria, que posibilite recuperar las funciones psicológicas que se emplean en la cotidianidad, logrando que el sistema nervioso central sea más que espectador.

La plasticidad está en la base de los procesos de memoria y de aprendizaje, y también interviene para compensar los efectos de lesiones cerebrales estableciendo nuevas conexiones entre las neuronas. Estas modificaciones locales de la estructura del cerebro dependen del entorno y son lo que permiten al cerebro adaptarse. Esta plasticidad quiere decir que nuestro cerebro está permanentemente cambiando. Cambia en función de su actividad.

Es la plasticidad del cerebro adulto lo que permite el aprendizaje continuo. De todas formas, es preciso remarcar que la neurogénesis y la neuroplasticidad no constituyen un proceso biológico estático, ya que su tasa es variable y depende tanto de factores internos como externos.

Villalba & Espert, (2014) retoman a Kolb (2010) para mencionar los tres tipos de plasticidad más importantes son la plasticidad sináptica, la neurogénesis y el procesamiento funcional compensatorio:

Kolb (2010) retoma a Zehndera & col. (2009) para aclarar que la *plasticidad sináptica* se logra a través de mejorar la comunicación en las sinapsis entre las neuronas. Estos circuitos neuronales son construidos como caminos para la comunicación entre las neuronas y lo hacen por medio del aprendizaje y la práctica. La sinapsis permite la comunicación entre las neuronas y cada vez que se adquieren nuevos conocimientos a través de la práctica repetida, la transmisión sináptica se refuerza. Una mejor comunicación entre las neuronas significa que las señales eléctricas viajan de manera más eficiente a través de la nueva ruta, es así como la plasticidad sináptica es un concepto importante para entender la maleabilidad del cerebro.

Neurogénesis

Según David Permuter (2013), en su libro “Cerebro de Pan”, habla de la neurogénesis como la capacidad de producir neuronas nuevas a lo largo de la vida, fortificando los circuitos cerebrales existentes, creando conexiones neuronales totalmente diferentes. El autor retoma a un grupo de investigadores de Massachusetts Institute of Technology para aclarar que en las ratas ya habían comprobado la capacidad de la neurogénesis y retoma al doctor Ramón y Cajal para mencionar que en 1928, aún no se sabía nada acerca de que no solamente las neuronas se regeneran, sino también las células del hígado, de la sangre, de la piel, de los huesos, de los intestinos y así en todos los tejidos del cuerpo. La ciencia moderna a finales del siglo xx demostró lo flexible que podía y que puede ser el cerebro.

Hasta los años 90 del siglo anterior fue que los científicos se enfocaron en demostrar la neurogénesis en los humanos.

En 1998 la revista Nature Medicine publicó un artículo del neurólogo Peter Erikson, en donde afirmaba que dentro del cerebro hay células que de manera continúa se reponen. Esto ha sido un descubrimiento emocionante que ha tenido implicaciones en

la concepción de los trastornos cerebrales, también ha dado esperanzas para detener o contrarrestar las enfermedades neurodegenerativas, es motivo de celebración entre quienes estudian los tratamientos y para quienes han sufrido lesiones o enfermedades neuronales graves.

El autor retoma a Norman Doidge, quien en su libro “El cerebro se cambia a sí mismo” ejemplifica los muchos testimonios que se tienen acerca de la maleabilidad que tiene el cerebro, verbigracia las personas que han sufrido apoplejías, que pueden volver a hablar, o las que nacen con cerebros parciales, pueden entrenarlos para que funcionen como un órgano entero.

La neurogénesis es controlada por el ADN, particularmente por el cromosoma 11 que codifica la producción de la proteína llamada factor neurotrófico, ésta proteína desempeña un papel fundamental en la creación de neuronas nuevas, al mismo tiempo que genera la conexión entre las mismas, siendo esto vital para el pensamiento, aprendizaje y demás procesos psicológicos superiores.

Perlmutter, (2013) menciona además que varios estudios han demostrado que los pacientes diagnosticados con Alzheimer tienen bajos niveles de esta proteína. Debido a ello también se determina la causa de enfermedades como la epilepsia, anorexia, depresión, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo.

El gen que pone en marcha esta proteína son los hábitos personales tales como hacer ejercicio, restringir calorías, llevar una dieta cetogénica, (consumir triglicéridos de cadena media: aceite de coco...) agregar nutrientes como la cúrcuma y el omega tres.

En ese mismo orden de ideas, se ha demostrado en investigaciones recientes que el cerebro puede crear neuronas nuevas durante la edad adulta; es lo que se conoce como neurogénesis adulta. Campo (2017), retoma a Howard Jones (2014) para explicar que en ello contribuye el ejercicio físico para la mejora de la memoria a largo plazo, produciendo una sustancia que preserva las neuronas e incluso promueve la neurogénesis.

La neurogénesis es entonces uno de los mecanismos básicos que interviene en la plasticidad cerebral, generando cambios a nivel de reorganización de redes neuronales.

Villalba & Espert, (2014) mencionan que la tercera forma de plasticidad cerebral es la **Plasticidad Funcional Compensatoria**, concepto que explica cómo pacientes diagnosticados en vida como no demenciados, en un estudio postmortem se evidencia que sí cumplen con los criterios de una demencia senil tipo Alzheimer. (Mortimer y col.,

2008). Dichos pacientes presentan cierta reserva cerebral, ya sea por las estrategias cognitivas que emplearon para la resolución de problemas, o por una mayor densidad en sus conexiones neurales, posibilitando una preservación de las capacidades cognoscitivas y una reducción de posibilidades de que no se manifieste la enfermedad de Alzheimer.

Se comprende entonces el **envejecimiento** como la condición por la que pasa el ser humano después de culminar su desarrollo sexual, es decir, a lo largo de todo el ciclo vital se envejece constantemente. En el envejecimiento inciden múltiples contextos en los que se está inmerso y de los cuales se forman las prácticas cotidianas, el lenguaje, las relaciones sociales... todas ellas influenciadas por unos recursos que se adquieren en cada una de las etapas de la vida referidos a la recuperación, el crecimiento, o el mantenimiento de los mismos y utilizados para lo que se requiere en determinado momento.

Cuando en el desarrollo de las etapas del ciclo vital no se aprende lo que se requería en la anterior puede generarse un déficit que va incidiendo en etapas posteriores hasta generar un cumulo de deficiencias que añadido a la falta de estimulación tanto física como cognitiva puede desencadenar, tiempo después un deterioro cognitivo leve considerado éste como la etapa de transición entre la función cognitiva normal y la enfermedad de alzheimer. Es en este aspecto donde se da lugar a la **reserva cognitiva**, donde el cerebro retoma la estimulación que hizo a lo largo de la vida para cumplir con funciones de áreas que están afectadas, dando paso a la **neurogénesis**, si se estimula adecuadamente con ayuda de la alimentación adecuada y ejercicio físico y mental, de esta forma se genera así una **plasticidad cerebral**, una modificación del cerebro en donde puede evidenciarse rehabilitaciones y cambios notables.

Investigaciones recientes ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas para regenerarse y establecer nuevas conexiones. Por ello, las personas mayores con un envejecimiento fisiológico, con deterioro cognitivo leve o con demencia en fase leve-moderada necesitan una terapia específica temprana, llamada estimulación cognitiva, para restaurar habilidades cognitivas, ralentizar la progresión del deterioro y estabilizar su estado funcional. Actualmente se sabe que dicha terapia, pautada de forma estandarizada y de forma científica, afecta al cerebro potenciando los mecanismos de plasticidad cerebral, la neurogénesis, la reserva cerebral. (Villalba & Espert, 2014).

Metodología

La recuperación y la trascendencia reflexiva del conocimiento acumulado sobre “la prevención al deterioro cognitivo en personas mayores”, devela la importancia lógica de la explicación que los investigadores hacen del tema, conllevando a formular propuestas de acción.

Encontrando relaciones temáticas presentes en los documentos, que producen formas de concebir el tema. Apuntan a indicar un conjunto de principios básicos que fundamentan la forma como se concibe la naturaleza de la realidad investigada, la relación que se establece entre el investigador y lo investigado y el modo como se obtiene conocimiento de dicha realidad.

El presente trabajo se basa en una metodología comprensiva, basado en el enfoque interpretativo, que consiste en la interpretación de la realidad, de acuerdo con los significados que han atribuido las personas, en este caso la realidad social construida a través de estos significados son las estrategias que se han establecido para prevenir el deterioro cognitivo y sus implicaciones en la vida de los adultos mayores.

En este sentido mi deber como investigadora fue el de estudiar las realidades interpretativas que han creado los investigadores frente a la prevención del deterioro cognitivo de 2011 a 2016 investigando la forma en la cual le dan significado a la situación, esto, siguiendo a (Krause, 1995).

Diseño metodológico

El diseño metodológico de este trabajo es el cualitativo, que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2003) se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación como: ¿Cuáles son los temas recurrentes y cuáles los olvidados en las diferentes revisiones? ¿Qué relación puede establecerse entre el desarrollo histórico de la prevención del deterioro cognitivo en los mayores y la producción de materiales? ¿Cuáles escuelas de pensamiento han influenciado la producción de materiales sobre el tema objeto de este estudio? ¿Qué tipo de documentos privilegian la producción de material sobre la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores? ¿Qué perspectivas, tendencias, líneas de trabajo están presentes en el universo de producción teórico-metodológica sobre el tema?

Igualmente, se analizó desde el lenguaje los materiales escritos, estableciendo las

diferencias y similitudes presentes en la utilización de categorías y conceptos, las nominaciones, las relaciones con otros autores y escuelas de pensamiento, su originalidad, reformulación y/o repetición en el tratamiento temático. En este sentido el análisis documental establece una combinación de entrevistas/observaciones con los materiales documentales revisados.

Con el fin de dar desarrollo al objetivo principal de la investigación que es el rastreo de las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano en bases de datos, publicadas de 2011 a 2016, fue preciso enfocarse en el tipo de investigación cualitativa que fue utilizada para refinar y descubrir preguntas de investigación, donde no necesariamente se planteaban hipótesis, esto, siguiendo a Grinell, (1997). Se hace necesario aclarar que en esta investigación cualitativa la recolección de datos no sólo se basó en las descripciones y observaciones. Las preguntas que se realizaron a los textos hacen parte del proceso investigativo, que es flexible y oscila entre los eventos, su interpretación, las respuestas y el desarrollo de la teoría. Esto, teniendo en cuenta a Hernández, Fernández & Baptista, (2003).

Esta investigación cualitativa es un paradigma, que soportado sobre un conjunto de supuestos sobre la prevención del deterioro cognitivo se profundiza mediante los puntos de vista ontológico, epistemológico y metodológico. En ella se hacen necesarias características como la observación, la inferencia de datos, el enfoque exploratorio, inductivo, descriptivo, datos profundos, la no generalización, centrarse en la fenomenología y descripción y el holismo, entendido como un paradigma integrativo. Martínez (2003).

Estrategia metodológica

La estrategia que se utilizó en este trabajo fue el estado del arte definida como el estudio analítico del conocimiento acumulado que hace parte de la investigación documental. Este trabajo se basó en el análisis de 30 documentos escritos encontrados en bases de datos de 2011 a 2016 que tuvo como objetivo sistematizar la producción en el área de la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores, pero el ejercicio no solo se quedó en sistematizar, sino también en encontrar los vacíos de esta área específica. Esto, retomando a Vargas & Calvo, (1987) citado en Molina, (2005).

Unidad de análisis

Estrategias de prevención de deterioro cognitivo

Categorías de análisis:

Las categorías de análisis son las siguientes:

- Enfoque teórico de las estrategias de prevención de deterioro cognitivo
- Vacíos o necesidades de estrategias de prevención de deterioro cognitivo
- Enfoques metodológicos de estrategias de prevención de deterioro cognitivo.

Sistema categorial

Para este trabajo se tomaron las siguientes categorías: envejecimiento, prevención, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva, reserva cognitiva, neuroplasticidad, neurogénesis, donde se tuvieron en cuenta categorías emergentes como:

- Satisfacción vital
- Vinculación social
- Cuidadores
- Ocio
- TIC
- Emprendimiento.
- Lentificación del deterioro cognitivo.

Se hace una matriz categorial para establecer la relación entre enfoque teórico, vacíos teóricos y enfoques metodológicos principalmente.

Técnicas de recolección de la información

Se hizo una focalización en los artículos documentales desde 2011 hasta 2016 debido a que son éstos los años en los que se ha obtenido la información con la que últimamente se ha estado trabajando la prevención del deterioro cognitivo y las respectivas estrategias más efectivas que tienen evidencia en el progreso cognitivo del

adulto mayor.

La técnica de revisión bibliográfica o revisión documental de este trabajo se hizo por medio del rastreo de información, de la ubicación de los documentos, se hizo inventario, se seleccionaron los relacionados con el tema, y se consultaron otras fuentes bibliográficas como libros físicos que también tenían aportes valiosos en cuanto al tema y que se consideraron como recursos investigativos, esto, de acuerdo con Galeano, (2004).

De este modo se hace una revisión de las fuentes, que consiste en la elaboración de un inventario de éstas y que incluye: una descripción bibliográfica completa, los datos de procedencia del material y la selección de documentos que se consideren relevantes para el proceso investigativo. Esto con el fin de ampliar el universo informativo que se puede encontrar sobre las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto iberoamericano en bases de datos publicadas de 2011 a 2016 y luego hacer su posterior delimitación.

La elección de esta técnica se hizo necesaria para realizar el rastreo bibliográfico en las diferentes bases de datos de Dialnet, Ebsco, Redalyc y Scielo, Web of Science, y en el buscador de Google Académico para además de establecer los enfoques teóricos y/o disciplinares de las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que según la literatura se vienen implementando en el contexto ya mencionado, identificar los vacíos o necesidades en el mismo y ahondar en las estrategias que tienen mayor evidencia empírica y mejores resultados en este contexto para recopilarlas en este trabajo.

Universo/población

Población documental artículos, trabajos de grado, libros y páginas a nivel iberoamericano (los países iberoamericanos son: Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República, Uruguay, Venezuela, España, Portugal y Andorra).

Muestra poblacional

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Textos que:

- Tuvieran relación con la unidad de análisis.

- Estuvieran entre una franja de tiempo determinada sin embargo se tuvieron en cuenta los textos clásicos que aportaron a este trabajo.
- Textos que tuvieran facilidad de acceso para consultarlos.

La fase de diseño fue un espacio inicial necesario para la creación de las condiciones académicas y operativas del proyecto y la toma de decisiones frente a la delimitación del tema, la selección de las bases de datos en las que se harían las consultas, el inventario de las unidades de documentación y el establecimiento de criterios para el rastreo y ubicación de los materiales.

En esta fase preliminar se hizo un barrido general de 100 textos que tuvieron que ver con la prevención del deterioro cognitivo en el adulto mayor escogiendo los que se enfocaran en el contexto iberoamericano y estuvieran publicados en el intervalo de las fechas de 2011 a 2016 y finalmente se reseñaron algunos de los materiales de aquellas unidades de información que contenían un volumen importante de documentos referidos directamente a la “prevención del Deterioro cognitivo en adultos mayores”.

En la fase de exploración se estableció un balance inicial sobre los materiales existentes y se construyó un sistema categorial preliminar, el cual apoyó la tarea de depuración y clasificación de los materiales encontrados.

Descripción de las fases metodológicas

Se retomó a Vélez y Calvo (1992) para ejemplificar las fases metodológicas del presente trabajo:

Contextualización: en donde se tuvo en cuenta la pregunta problematizadora, sus límites, el material documental con el que se trabajaría en la investigación, los criterios que se utilizarían para contextualizarla tales como: textos que tuvieran relación con las estrategias de prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores, estuvieran publicados en los años 2011 a 2016, teniendo en cuenta además textos clásicos que aportaran a este trabajo, y textos que tuviesen facilidad de acceso para consultarlos.

Clasificación: en donde se determinaron los parámetros que debían tener los textos para la sistematización de la información, tales como **criterios éticos, criterios de validez**, que cumplieren con los objetivos que se especifican, las líneas de investigación estuviesen relacionadas con los conceptos que aluden a la neuropsicología, que el alcance

fuese real, y las conclusiones estuviesen relacionadas con lo que realmente apuntaba la pregunta de investigación.

Categorización: Se jerarquizó la información y se dejó la pertinente relación con el planteamiento del problema, facilitando de esta manera más claridad con respecto al objeto de estudio. De esta manera las categorías dieron origen a las internas y a las externas. Las primeras fueron derivadas directamente de la pregunta problematizadora y las externas se derivaron de la investigación iniciada.

Técnicas de registro.

Como estrategia de investigación, concebida como modelo de procedimiento en los que quedan plasmados los usos específicos que investigadores hacen sobre el tema, y que implican la utilización de técnicas de recolección y análisis de información, esta investigación hace referencia a la teoría fundada como diálogo constante entre la construcción teórica y el análisis de los datos construidos en esta investigación, generando como consecuencia una afinación conceptual de fuentes que implica un análisis comparativo entre las categorías teóricas y materiales analizados.

Siguiendo a Correa (2007) el primer paso para elaborar este estado del arte fue recopilar la mayor información posible y pertinente sobre el tema seleccionado (a través de la matriz categorial de 100 estudios que estaban relacionados con la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores de 2011 a 2016) y consignar dicha información en memos analíticos (ficha estructurada que contiene referencia del estudio, palabras claves, categoría de búsqueda, idea central del documento, otros autores que trabajan este concepto, y el concepto que se ajusta al contexto), lo que permitió estudiar la bibliografía seleccionada para tener una mayor comprensión del tema.

Fue así como se pasó por los siguientes pasos:

Iniciación: en donde se identificó el tema de interés investigado, de donde se desglosó el objeto de investigación y la lectura analítica para precisar la necesidad de la información que se requería.

Descriptiva: de donde se extrajeron las unidades de análisis del material documental, los datos pertinentes que se sometieron a un proceso de revisión, reseña y descripción.

Recolección: en donde se plasmó la información pertinente en memos analíticos

y el diligenciamiento de los mismos, permitiendo más organización de la información y su clasificación.

Selección: Esta fase permitió observar si lo que se ha habia investigado era suficiente, o falta más búsqueda.

Hermenéutica: Se realizó un análisis, interpretación, y construcción de conocimiento con respecto a lo encontrado, haciendo énfasis en una reflexión crítica.

Resultados

Se hizo una revisión de 33 artículos publicados en bases de datos iberoamericanas tales como Redalyc, Ebsco, Scielo, Dialnet, Google Académico, donde la mayoría de las publicaciones fueron realizadas en España (16; 48%) y México (5; 15%) seguidas de Chile (4; 12%), Colombia (3; 9%), Argentina (2; 6%), Venezuela (1; 3%), Brasil (2; 6%). (Tabla 1)

Revisión de artículos bases de datos iberoamericana

1. Clasificación por país		
País	Cantidad de artículos	Porcentaje
España	16	48%
México	5	15%
Chile	4	12%
Colombia	3	9%
Argentina	2	6%
Venezuela	1	3%
Brasil	2	6%
Total	33	100%

Tabla 1. Clasificación por país. Fuente: Elaboración propia

De los artículos consultados, el mayor número de publicaciones fue en el año 2015 (11, 9%), seguidas de 2016 (9, 26%), 2013 (4, 15%), 2012 (4, 12%), 2011 (3, 9%), 2014(2, 6%). (Tabla 2).

2. Clasificación por año		
Año de publicación	Cantidad de artículos	Porcentaje
2011	3	9%
2012	4	12%
2013	4	12%
2014	2	6%
2015	11	33%
2016	9	27%
Total	33	100%

Tabla 2. Clasificación por año. Fuente: Elaboración propia

Respecto al enfoque teórico la mayoría de los artículos hacen aportes desde la psicología cognitiva (21; 64%), y desde el enfoque psicosocial (12, 36%) (Tabla 3).

3. Clasificación por enfoque teórico		
Enfoque teórico	Cantidad de artículos	Porcentaje
Cognitivo	21	64%
Psicosocial	12	36%
Total	33	100%

Tabla 3. Clasificación por enfoque teórico. Fuente: Elaboración propia

En cuanto al enfoque metodológico se halló que la mayoría de los artículos tenían enfoque cualitativo, (20; 61%), donde se recolectan y el analizan datos para contestar preguntas de investigación, seguido del mixto, (12; 36%) que consiste en la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo con el fin de obtener una visión más completa del fenómeno y del cuantitativo, (1; 3%), donde se recolectan datos numéricos de los participantes, mediante procedimientos estadísticos, con el objetivo de generalizar los resultados. (Sampieri, 2006). (Tabla 4)

4. Clasificación por enfoque metodológico		
Enfoque metodológico	Cantidad de artículos	Porcentaje
Cualitativo	20	61%
Mixto	12	36%
Cuantitativo	1	3%
Total	33	100%

Tabla 4. Clasificación por enfoque metodológico. Fuente: Elaboración propia

De ésta investigación surgieron categorías emergentes para la prevención del deterioro cognitivo, todas ellas terapias no farmacológicas, la mayoría de ellas hacen alusión a la lentificación del deterioro cognitivo (19; 58 %) seguidas de emprendimiento, (3; 9%), vinculación social, (2; 6%), satisfacción vital (2; 6%), tic (2; 6%), la importancia de los cuidadores (2; 6%), el ocio: (2; 6%), y la resiliencia en los adultos mayores (1; 3%). (Tabla 5)

5. Clasificación por categorías emergentes		
Categorías emergentes	Cantidad de artículos	Porcentaje
Lentificación del deterioro cognitivo	19	58%
Emprendimiento	3	9%
Vinculación social	2	6%
Satisfacción vital	2	6%
Tic	2	6%
Importancia de los cuidadores	2	6%
Ocio	2	6%
Resiliencia en los adultos mayores	1	3%
Total	33	100%

Tabla 5. Clasificación por categorías emergentes. Fuente: Elaboración propia

De la categoría emergente 1. Lentificación del deterioro cognitivo germinaron estrategias para la prevención del mismo tales como:

1.1 Estimulación cognitiva (6), donde los autores aclaran la los beneficios de:

Participar en actividades mentalmente estimulantes no solo en la edad adulta mayor, sino desde antes para que éstas actúen como efecto protector, se ha comprobado

por ejemplo que la mnemotecnia (recordar una palabra clave) funciona mejor que el método de la repetición, ([ver memo 25](#)),

Entrenar en resolución de problemas, asertividad, técnicas de relajación, manejo de estrés, entrenamiento cognitivo en memoria, entrenamiento en el uso de estrategias compensatorias de memoria y ejercicios motores ([ver memo 28](#)), regular los estilos de vida como aumentar el nivel educativo ([memo 23](#)),

Mantenerse ocupado en diferentes actividades muestra cómo de forma individual como conjunta se evidencia un mayor efecto sobre la medida de reserva cognitiva, entendiendo por reserva cognitiva la compensación que hace el cerebro cuando incluso hay daño cerebral para continuar con sus funciones normales ([memo 26](#)),

Implementar el nivel de lectura como predictor fiable de prevención del deterioro cognitivo por encima de la educación especialmente en población donde la calidad de la educación es baja, considerando necesario integrar educación, actividades de ocio, físicas y artísticas ([memo 13](#)),

Intervenir de forma intensiva en terapia ocupacional como manera efectiva en la prevención del delirium, puesto que aumenta los niveles de independencia funcional, motora y cognitiva en los adultos mayores ([memo 19](#)).

1.2 El mindfulness (1), como reductor de la secreción de cortisol inducido por el estrés, disminución del estrés oxidativo, los cuales reducen el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de neurodegeneración, fortalece los circuitos neuronales, mantiene de la reserva cognitiva, frena el deterioro cognitivo reduciendo los efectos de los trastornos del estado de ánimo y reduciendo los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal ([memo 9](#))

1.3 El entrenamiento combinado físico y cognitivo, (7) resalta la importancia de: Capacitar a los cuidadores, institucionalizar a los adultos mayores, puesto que se ha evidenciado que cuando lo están, tienen más facilidad para afrontar problemas de tensión o estrés, ([memo 7](#)),

Cuando se realiza entrenamiento combinado se presenta:

Desarrollo de la atención, la memoria y las funciones perceptivo-motrices de la conciencia corporal, de la estructuración espacial a partir de tareas de carácter lúdico y social que requieren la implicación motriz ([memo 30](#)),

Disminución de la dependencia farmacológica, beneficios sobre la actividad neuronal, mejora la independencia, la integración social, la autoestima, disminución del

riesgo de contraer enfermedades como la diabetes, la obesidad, la hipertensión, la depresión, menor prevalencia de enfermedades mentales como demencia senil o el Alzheimer ([memo 4](#)).

Mejoras en la concentración, en la satisfacción con la vida, efectos positivos no solo en las capacidades cognitivas, sino también en las psicosociales ([memo 10](#)).

Aumento de la fuerza muscular, capacidad de manejarse por uno mismo, posibilidad de establecer contacto y relaciones con otras personas por el hecho de caminar acompañadas. El tener un peso intermedio, dejar el sedentarismo, mantener vida social activa, moderar el consumo de alcohol, regular el sueño, haber recibido en la juventud una educación formal también reduce el riesgo de demencia ([memo 31](#)).

1.4 La buena nutrición (1), previene el deterioro cognitivo, dando relevancia a una dieta balanceada como una dieta mediterránea, consumo de ácidos grasos omega3, vitaminas del grupo B y antioxidantes, ([memo 6](#)) ([memo 31](#)).

1.5 El entrenamiento físico (1), genera cambios que tiene el cerebro a nivel estructural cuando se ejercita el cuerpo con regularidad, hay impacto positivo en funcionamiento ejecutivo, velocidad, procesamiento, se generan cambios en la corteza pre frontal y temporal principalmente, aumento del volumen de la materia gris y blanca, la realización de un entrenamiento específico durante largo tiempo, genera la transformación de las conexiones y la estructura cerebral ([memo 5](#)).

1.6 La musicoterapia (1) evidencia mejoras en la memoria de los adultos mayores por medio de la música activante ([memo 21](#)).

1.7 Las terapias computarizadas (1) mejoran el reconocimiento de emociones como estimulación cognitiva, integrando la Inteligencia Emocional y las Nuevas Tecnologías, generando aumento en la calidad de vida, en la capacidad cognitiva del sujeto, inteligencia emocional, satisfacción vital, atención y memoria Cotidiana ([memo 29](#)).

1.8 Controlar la hipertensión: Se ha evidenciado la influencia que tienen fármacos como los betabloqueantes y los antagonistas de los canales del calcio en el mejoramiento de la tensión arterial, a su vez del desempeño cognitivo de las personas de edad avanzada. ([memo 33](#))

De la categoría emergente 2. TIC, (tecnologías de información y comunicación) surgieron las siguientes estrategias para la prevención del deterioro cognitivo:

2.1 Terapias computarizadas donde mediante el empleo de juegos de mente activa (técnicas de lógica difusa y clasificación), se une la emoción y cognición en la prevención del deterioro cognitivo ([ver memo 3](#)).

2.2 Estimulación cognitiva donde a través de las TIC se logra:

Mantener las relaciones sociales y producción de conocimiento,

Aumentar las relaciones intergeneracionales, que influyen positivamente en la prevención al DC.

Mejoramiento de memoria, gnosias, praxias y lenguaje principalmente ([memo 2](#))

De la categoría 3. Satisfacción vital salieron estrategias de prevención como:

3.1 la interacción social donde se tiene en cuenta la importancia de:

La percepción de salud del adulto mayor, al igual que poseer una vivienda.

La confirmación del rol de los hombres que se asumen generalmente como “proveedores” dentro de una familia.

Tener hijos y vivir en compañía para quienes presentan enfermedades crónicas

Los factores de orden social por encima de los de orden material, en quienes padecen alguna enfermedad crónica

Sentirse acompañados por la presencia de figuras importantes,

3.2 Entrenamiento físico como mejoramiento del síndrome de fragilidad, la velocidad de la marcha, la reducción de caídas, de morbimortalidad, de deterioro funcional, de discapacidad y aumento de la fuerza ([memo 1](#)).

De la categoría emergente 4. Emprendimiento, resultó la estrategia de envejecimiento activo, como mejorador de la creatividad, inteligencia interpersonal, orientación hacia los demás, flexibilidad y la productividad en la vejez, activador de la atención hacia otras actividades, fomentador de conocimientos y experiencias enriquecedoras, que inciden positivamente en la prevención del DC. (memos [20](#), [24](#), [27](#))

De la categoría 5. Ocio emergieron las estrategias de prevención del deterioro cognitivo de:

5.1 interacción social como factor protector del deterioro cognitivo, hallando que las actividades sociales informales son las que más se asocian al bienestar, seguidas por una actividad solitaria tanto en hombres como en mujeres ([memo 17](#))

5.2 realización actividades infrecuentes que da como resultado un esfuerzo cognitivo relacionado con aspectos de la inteligencia fluida como la capacidad para

adaptarse a situaciones nuevas y enfrentarse a problemas de forma flexible, sin que la experiencia previa constituya una fuente de ayuda ([memo 22](#))

De la categoría emergente 6. Cuidadores resultó la estrategia de apoyo social como regulador de salud mental y físico de los mayores, incluyendo a cuidadores y familiares de este grupo poblacional, es un factor de protección para incapacidad funcional y comprometimiento cognoscitivo que ayuda a mantener la autonomía dentro del contexto familiar y sociocultural, previniendo así el deterioro cognitivo ([memo 11](#)). Se encontró además que las condiciones de vida de los adultos mayores son predictores de bienestar, concluyendo que el no tener hermanos se asocia con niveles de malestar emocional ([memo 11](#)).

De la categoría 7. Vinculación Social emergen estrategias de:

7.1 Interacción social: donde el adulto mayor como transmisor de tradición fomenta la estimulación, la comunicación, la socialización, el entretenimiento, autonomía, participación, aprendizaje de diversos oficios, la creatividad, aumento de la reserva funcional cognitiva. ([memo 15](#))

7.2 Envejecimiento activo: donde se estima que son las terapias combinadas (estimulación cognitiva y tratamiento farmacológico) las que dan resultados positivos, entre ellos mejor rendimiento cognitivo y ralentización de deterioro progresivo.

De la categoría 8. Resiliencia nace la estrategia de interacción social donde al enfrentar los cambios del proceso de envejecimiento y vejez, aumenta autoeficacia, locus de control interno, emociones positivas, el apoyo social, la esperanza, espiritualidad, sentido trascendencia de la propia vida, compromiso, control, mayor capacidad de afrontamiento, de conductas proactivas, de anticipación y de logro de metas, manifestación de menor dependencia y depresión ([memo 14](#)). Es importante resaltar que el afrontar situaciones adversas, disminuyen la aparición de depresión y esto de alguna manera incide en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores.

En esta revisión documental salieron las siguientes estrategias de prevención del deterioro cognitivo: (Tabla 6)

6. Clasificación por estrategias	
Categorías emergentes	Estrategias de prevención
Lentificación del deterioro cognitivo	Estimulación cognitiva
	Mindfulness
	Entrenamiento físico y combinado
	Buena nutrición
	Entrenamiento físico
	Musicoterapia
	Terapias computarizadas
	Controlar la hipertensión
Tic	Terapias computarizadas
	Estimulación cognitiva
Satisfacción vital	Interacción social
	Entrenamiento físico
Vinculación social	Interacción social
	Envejecimiento activo
Emprendimiento	Envejecimiento activo
Importancia de los cuidadores	Apoyo social
Ocio	Interacción social
	Realización de actividades infrecuentes
La resiliencia en los adultos mayores	Interacción social

Tabla 6. Clasificación por estrategias. Fuente: Elaboración propia

Es válido resaltar que aspectos como la neuroplasticidad permiten el mejoramiento de los procesos cognitivos en los adultos mayores, a través de las estrategias expuestas posibilitando así la prevención del deterioro cognitivo en esta población.

En la siguiente tabla se puede encontrar los autores consultados, el año, las categorías emergentes que surge a partir de la investigación y las estrategias de prevención del deterioro cognitivo que se propone:

AUTOR	AÑO	PAIS	CATEGORÍA EMERGENTE	ESTRATEGIAS
Cortés Recabal, J., & Flores Leone, P., & Gómez Muñoz, C., & Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012).	2012	Chile	RESILIENCIA	Interacción social
Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. (2012).	2012	Chile	SATISFACCIÓN VITAL	Interacción social
Quintero, S., & Trompiz, J. (2013).	2013	Venezuela	VINCULACION SOCIAL	Interacción social
Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013).	2013	España	VINCULACION SOCIAL	Envejecimiento activo
Domínguez Guedea, M., & Mandujano Jaquez, M., & Georgina Quintero, M., & Sotelo Quiñónez, T., & Gaxiola Romero, J., & Valencia Maldonado, J. (2013).	2013	México	CUIDADORES	Apoyo social cuidadores - adultos
Acosta Quiroz, C., & Vales García, J., & Palacio Cinco, R. (2015).	2015	México	OCIO	Interacción social
Plaza Carmona, M., & Requena Hernández, C., & Rosario, I., & López Fernández, V. (2015).	2015	España	OCIO	Realización de actividades infrecuentes
Sevilla Caro, M., & Salgado Soto, M., & Osuna Millán, N. (2015).	2015	México	TIC	Estimulación cognitiva
Maldonado Briegas, J., & Fajardo Caldera, M., & Castro, F., & González Ballester, S. (2016).	2016	España	EMPRENDIMIENTO	Envejecimiento activo
Maldonado Briegas, J., & Corrales Vázquez, J., & Ruíz Fernández, M., & González Ballester, S. (2016).	2016	España	EMPRENDIMIENTO	Envejecimiento activo

Fernández, M., & Herrera, M. (2016).	2016	Chile	CUIDADOR ES	Apoyo social cuidadores - adultos
Padilla Góngora, D., & Aguilar Parra, J., & Díaz López, P., & Manzano León, A. (2016).	2016	España	EMPRENDI MIENTO	Envejecimient o activo
Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014).	2014	España	LENTIFICA CION DETERIOR O COG	Terapias computarizada s
Monica Janneth Guido Silva, Víctor Manuel Zamudio Rodríguez, Héctor José Puga Soberanes, Juan Martín Carpio Valadez, María del Rosario Baltazar Flores. (2015)	2015	México	TIC	Terapias computarizada s
Campos, A., & Ameijide, L. (2015).	2015	España	LENTIFICA CION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva
Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina, 2015.	2015	España	LENTIFICA CION DETERIOR O COG	Mindfulness
González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012).	2012	España	LENTIFICA CION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva

Maria Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez, Alfredo Briones Aranda, (2013)	2013	México	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado: físico y cognitivo
Hernando-Requejo, Virgilio; (2016).	2016	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Nutrición
Cancino, M., & Rehbein, L. (2016).	2016	Chile	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva
Rey Cao, A., & Canales Lacruz, I. (2012).	2012	Brasil	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado
Guzmán-Cortés, J.A.; Villalva-Sánchez, A.F.; Bernal, J.; (2015).	2015	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento físico
Gualdrón M, Valencia J, Monsalve A, Correa-Bautista JE, 2015.	2015	Colombia	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado: físico y cognitivo, terapia no farmacológica
JUSTEL, N., & O'CONNOR, J., & RUBINSTEIN, W. (2015).	2015	Argentina	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Musicoterapia

Mayordomo, T., & Sales, A., & Meléndez, J. (2015).	2015	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva
Vásquez-Amézquita, M. (2016).	2016	Colombia	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva
Izquierdo, Mikel., Cadore, E.L., Casas Herrero, 2014	2014	España	SATISFACC IÓN VITAL	Entrenamiento físico
Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Alejandro Cervigni, 2015	2015	Argentina	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado
José Calero, M ^a & López-Cala, Guillermo & R. Ortega, Ana & J. Cruz-Lendínez, Alfonso. (2016).	2016	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado
Restrepo Bernal, D., & Niño García, J., & Ortiz Estévez, D. (2016).	2016	Colombia	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Estimulación cognitiva
Menéndez González, Manuel & Martínez Rivera, Marta & Fernández, Benjamín & López-Muñiz, Alfonso. (2011).	2011	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado
MENÉNDEZ MONTAÑÉS, M., & BROCHIER KIST, R. (2011).	2011	España	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Entrenamiento combinado

López Pérez-Díaz A, Jiménez-Jaimez J, (2011)	2011	Brasil	LENTIFICACION DETERIOR O COG	Controlar la hipertensión.
--	------	--------	------------------------------------	----------------------------

Tabla 7. Autores consultados, año, categorías emergentes, estrategias. Fuente: Elaboración propia

Discusión y análisis

Los hallazgos de esta revisión documental coinciden con quienes afirman que realizar una estimulación cognitiva trae consigo beneficios como el mejoramiento en el comportamiento de la persona, no sólo en sus funciones cognitivas, sino también en las sociales, la parte afectiva, familiar y biológica (Ginarte, 2002) (Pérez, et al., 2014), (Guido, et al., 2015), (Campos & Ameijide, 2015), (Quintana y Miró, 2015) (Villalba & Espert, 2014)

Villalba & Espert, (2014) y Francés, et al. (2003), retomados también en el marco teórico, concuerdan en este aspecto cuando aluden que dentro de las ventajas de este tratamiento se encuentra además el mejoramiento de la interacción social con el terapeuta y demás participantes de la terapia.

Los resultados de la investigación confluyen también con los planteamientos de Stern, (2002) y Rodríguez y col., (2004) cuando refieren que la reserva cognitiva se da entre más activo y ocupado permanezca el ser humano generando mejor rendimiento funcional, facilidad para adaptarse al medio, y la flexibilidad para la resolución de problemas a través de aspectos adquiridos como la educación y la experiencia.

A continuación se analiza cómo cada categoría surgida en esta investigación tuvo una estrategia de prevención del deterioro cognitivo, todas ellas terapias no farmacológicas:

La resiliencia entendida como la capacidad universal que permite a una persona recobrase, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad (Cortés, et al. 2012), con capacidad para superar diversas situaciones estresantes (Manciaux M. 2004) es una de las categoría emergentes que reconoce la importancia de la capacidad de afrontamiento de los adultos mayores para prevenir el deterioro cognitivo, por medio del mantenimiento de la interacción social, ya sea entre pares o con personas de diversas edades. Esta estrategia coincide con autores como Ramírez & Lee (2012), Quintero & Trompiz,

(2013), Acosta, Vales & Palacio (2015) quienes también dan prioridad a este aspecto, pero desde categorías emergentes como satisfacción vital, la vinculación social y el ocio. Para ellos mantener las relaciones sociales con los demás retarda el deterioro cognitivo porque se incrementa el apoyo y cercanía social (Bonavía y Quintanilla, 1998), se incentiva el crecimiento personal del adulto mayor, (Fernández & Ponce-de-León, (2013), además de que tener hijos y vivir en compañía de personas importantes realza el índice de satisfacción vital (Quintero & Trompiz, 2013).

Sevilla, Salgado & Osuna (2015) concuerdan con Campos & Ameijide (2015) en que las Tecnologías de la Información y de la Comunicación a través de la estimulación cognitiva y de la implementación de las mismas TICS, los adultos mayores pueden lograr sentir más apoyo social a través de ellas y aumentan los deseos de continuar viviendo puesto que al no perder sus roles sociales, incrementa su autoestima, su mejoramiento de concepción de la vida futura y la manera en la que se socializa con su entorno. Es de anotar que esta época digital hace un llamado especial a que las personas mayores se sumen a ella con metas y deseos de conocer y compartir sus nuevos aprendizajes.

Domínguez, et al. (2013) y Fernández & Herrera, (2016) tienen puntos de encuentro en que las figuras importantes como los cuidadores a través del apoyo social y si tienen suficiente apoyo económico, doméstico, emocional y de información (Domínguez-Guedea, Damacena et al., 2009) pueden mantener las funciones cognitivas del paciente en buen estado, de lo contrario una invisibilidad del cuidador para el sistema público, sería desgastante para las familias de los adultos y por ende se daría un cuidado deficiente (Márquez, et al., 2010). En el siglo XXI el cuidador de las personas de personas mayores contribuyen notablemente a la prevención del deterioro cognitivo de este grupo poblacional y utilizando múltiples estrategias tales como el ejercicio físico y talleres de psicoestimulación.

Acosta, Vales & Palacio, (2015) en un estudio realizado en México, donde participaron 181 adultos mayores con una edad media de 69.12 años y un tiempo medio de jubilación de 11.21 años y Plaza, et al. (2015) en el estudio realizado en España, que incluyó a 72 personas jubiladas coinciden en que el ocio por medio de realización de actividades infrecuentes incrementa el bienestar subjetivo de los adultos mayores facilitando ajustarse a la jubilación (Van Solinge y Henkens, 2005), además aumenta la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y enfrentarse a problemas de forma flexible, y se alcanza una planificación más rica e intensa del tiempo no estructurado con

un mejor nivel cognitivo (Plaza, et al. (2015) (Maselko et al., 2014). Por lo tanto la realización de actividades infrecuentes estimula la funcionalidad tanto física como mental de este grupo poblacional estudiado.

Maldonado, et al. (2016) y Padilla, et al. (2016) están de acuerdo en que el emprendimiento retrasa el DC de manera que cuando una persona está mentalmente activa, con varios intereses, con una perspectiva amplia de futuro y varios contactos sociales, se llega a la vejez con una mejor sensación de bienestar, en cambio una reducción de las actividades mentales, acelera el proceso de envejecimiento (Ursula Lehr, 1994). Este apartado da gran importancia a la presencia de envejecimiento activo para optimizar todas las capacidades y habilidades presentes de acuerdo a la neuroplasticidad y a la reserva funcional cognitiva principalmente.

Hasta el momento se ha encontrado que: Pérez, et al. (2014), Guido, et al. (2015), Campos & Ameijide, (2015), Quintana y Miró, (2015) coinciden con autores retomados en el marco teórico como Ginarte (2002), y Villalba & Espert, (2014), al mencionar que **la lentificación del deterioro cognitivo** puede realizarse por medio de estimulación cognitiva, mindfulness, terapias computarizadas, la musicoterapia, control de la hipertensión, entrenamiento combinado, nutrición, y entrenamiento físico.

De otro lado es importante tener en cuenta que cuando se implementa la estimulación cognitiva por medio de programas y se integra la inteligencia emocional y las nuevas tecnologías, se mejora la calidad de vida, la capacidad cognitiva del sujeto, la satisfacción vital de las personas mayores y aumento de la seguridad del adulto mayor, específicamente en los casos en los que el sujeto no ha tenido contacto con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación. La lentificación de DC puede darse también empleando la estrategia del mindfulness, ésta considerada como la intervención que permite redirigir la atención sobre la acción en las actividades de la vida diaria, reduce los efectos de los trastornos del estado de ánimo, los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal y favorece el manejo del estrés (Quintana y Miró, 2015).

Un estudio realizado en España de análisis sistemático de la literatura existente en miras el efecto y los alcances de las intervenciones cognitivas no farmacológicas existentes en el año 2012 dirigidas a adultos mayores con deterioro cognitivo leve, encontró que la estimulación basada en entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, técnicas de relajación, manejo de estrés, entrenamiento cognitivo en

memoria, entrenamiento en el uso de estrategias compensatorias de memoria y ejercicios motores, disminuye síntomas de ansiedad y depresión y mejorías en praxias constructivas, memoria viso espacial a largo plazo, fluencia verbal, atención, memoria episódica. (González, et al., 2012). Estos autores mencionan la plasticidad como una hipótesis y hoy se sabe que es una realidad, mencionando que si los resultados son prometedores permitirían valorar la actuación en la práctica clínica de retrasar la aparición del deterioro cognitivo. Este hallazgo coincide también con Garín, Ballesteros & Briones, (2013) al encontrar que otra de las formas de enlentecer la aparición del DC es implementando programas de estimulación cognitiva que abarquen el aspecto motriz y entrenamiento cognitivo, Garín, Ballesteros & Briones, (2013) lo denominan programa combinado, aludiendo al entrenamiento físico y cognitivo, basado en ejercicios físicos y neuropsicológicos que disminuyen la depresión en adultos institucionalizados, generan facilidad para afrontar problemas de tensión o estrés, reducen la depresión y la ansiedad y se genera capacidad de independencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria. Se fortalece tres aspectos del adulto mayor: físico, psicológico y social, disminuye los trastornos afectivos y se mejora la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados a bajo costo (Grabovich y cols., 2010).

Otros estudios realizados en Colombia con autores como Gualdrón, Valencia, Monsalve, (2015), encontraron por medio de evaluaciones de 62 sujetos, 32 activos y 30 sedentarios que los adultos mayores activos tuvieron mejores niveles de funcionamiento cognitivo. En Brasil, Rey & Canales (2012), en una investigación cuasi-experimental en la que participaron 234 personas mayores con personas de 69 años distribuidas en grupo experimental inactivo físicamente y grupo control practicantes de Tai-chi y Gimnasia, se encontró por medio de la aplicación del programa memoria en movimiento que mejoró significativamente el grupo experimental en todas las mediciones de atención, la memoria, la conciencia corporal y la estructuración espacial de las personas mayores mediante tareas cognitivas con implicación motriz integral y en España, Menéndez & Brochier, (2011), hallaron los beneficios bio-psico-sociales de la actividad física para el fomento del envejecimiento activo y saludable, y psicomotricidad como una técnica de intervención corporal que influye de manera positiva en la cognición, afectividad, y el bienestar, reduciendo los riesgos de deterioro. Todos estos autores complementan la importancia de las mejoras cognitivas motrices a través de la estimulación generando en el adulto mayor, progresos a nivel de la estructuración espacial de las personas mayores

a partir de tareas de carácter lúdico y social, disminución de la dependencia farmacológica, favorece la integración social, la autoestima, disminuye el riesgo de contraer enfermedades y menor prevalencia de enfermedades mentales, como la demencia senil. Igualmente se presentan cambios cerebrales asociados al entrenamiento físico del adulto, encontrando que hay un aumento del volumen de la materia gris y blanca cuando se tiene un entrenamiento físico constante a lo largo de la vida, además de transformación de las conexiones y la estructura cerebral (Guzmán, Villalva & Bernal, 2015), (Izquierdo, Cadore & Casas, 2014) (García-García et al., 2007). La estimulación combinada favorece la integralidad de la persona mayor incidiendo notablemente en la prevención de enfermedades neurodegenerativas.

De otro lado se encontró que una buena nutrición incide en la prevención y lentificación de fallas cognitivas en personas mayores. Requejo & Virgilio, (2016) y Perlmutter & Loberg (2013) comparten la idea de que tener una equilibrada alimentación implementando la dieta mediterránea, trae beneficios como reducción de adquirir demencia tipo Alzheimer de hasta 32%, y de demencia vascular de hasta un 25%.

Los controles periódicos para hipertensos hacen que se evite el deterioro cognitivo y que aparezcan enfermedades neurodegenerativas a futuro. Autores como López & Jiménez, (2011) concuerdan con (Qiu, et al., 2003), (Murray, et al., 2002) (Hatazawa, et al., 2004) al aludir que el control a la hipertensión arterial adecuado puede prevenir el DC, de lo contrario habrá disminución del volumen cerebral y la pérdida de las capacidades cognitivas.

Y pensando en nuevas estrategias esta revisión halló un estudio donde la musicoterapia también se emplea como estrategia preventiva del DC. En éste participaron 27 sujetos, a quienes se les pidió observar imágenes emocionales o neutras, y al mismo tiempo fueron expuestos a estímulos musicales como música activante y relajante y ruido blanco para el grupo control. Encontraron que luego de realizar pruebas de recuerdo libre y reconocimiento de las imágenes, después de una semana, los sujetos que tuvieron mejor recuerdo y reconocimiento fueron los expuestos a la música activante (Sinfonía número 70 en D mayor, de Joseph Haydn) (Kreutz, Ott, Teichmann, Osawa & Vaitl, 2008). De esta forma, la música activante es potenciadora de la consolidación de la memoria (Jude & Rickard, 2010), mientras que la música relajante, logra el efecto contrario, atenuando la capacidad de la memoria emocional (Rickard, Wing Wong & Velik, 2012).

Otra estrategia de prevención que es considerada además como factor predictivo

de reserva cognitiva, es el nivel de lectura que se ha tenido a lo largo de la vida, siendo éste un predictor confiable principalmente en la población donde la calidad de la educación ha sido baja (Vásquez, 2016), (Stern, 2002), (Rodríguez y col., 2004). Es la lectura una estrategia importante para estimular las funciones mentales superiores a cualquier e independiente del grado educativo que se tenga. Aunque se provenga de lugares pobres, es posible iniciar el entrenamiento para optimizar las habilidades y retrasar el declive cognitivo, por medio de la formación intelectual y la educación (Iborra, 2013), por esto es necesario integrar la educación, el ocio, las actividades físicas y artísticas en busca de la prevención del envejecimiento precoz.

Finalmente, Menéndez, et al., (2011), Bilyk, Ventura & Cervigni, (2015) concuerda con Gualdrón, Valencia, Monsalve, (2015) Rey & Canales (2012), González, et al., (2012) y Garín, Ballesteros & Briones, (2013) en que la prevención del deterioro cognitivo puede frenarse teniendo una dieta balanceada, un peso intermedio, manteniendo las relaciones sociales, participar en actividades mentalmente estimulantes, moderar el consumo de alcohol, regular el sueño, realizar entrenamiento cognitivo y motriz, todo teniendo como consecuencia beneficios en los adultos mayores a nivel cognitivo, motriz y social (Valencia, López-Alzate, Tirado, Zea-Herrera, Lopera, Rupprecht, & Oswald, 2008) (Cao, Lacruz & Táboas, 2011). Este apartado hace referencia a determinantes personales del envejecimiento activo como la cognición, la funcionalidad, la afectividad y determinantes conductuales como el tratamiento al alcoholismo, al insomnio, factores que beneficiaran a la calidad de vida de los mayores.

Puede decirse entonces que antes del año 2011 y después del mismo, se han utilizado estrategias para la prevención del deterioro cognitivo que hacen alusión a la estimulación cognitiva fundamentada en la **reserva cognitiva, neurogénesis y neuroplasticidad**, generando mejor rendimiento funcional en el ser humano. Es necesario aclarar que del 2011 al 2016 surgen nuevas estrategias de prevención (mindfulness, importancia de interacción social, de cuidadores, de emprendimiento, de realización actividades infrecuentes, de apoyo social, de envejecimiento activo, de entrenamiento físico, de estimulación cognitiva, de terapias computarizadas, de control de la hipertensión, de musicoterapia, de buena nutrición, de entrenamiento físico y cognitivo) también fundamentadas en **reserva cognitiva, neurogénesis y neuroplasticidad**, enfocadas en terapias no farmacológicas que han demostrado tener beneficios en los

pacientes logrando un mantenimiento cognitivo y motriz adecuado que influye en el envejecimiento activo del adulto mayor.

Conclusiones y recomendaciones



Imagen estrategias de prevención del DC. Fuente: Elaboración propia

Por medio de este trabajo se amplió la información referida a las estrategias actuales de prevención del deterioro cognitivo en los adultos mayores, hallando entre las más importantes la implementación del mindfulness, la interacción social, de realización de actividades infrecuentes, apoyo social, del envejecimiento activo, entrenamiento físico, de estimulación cognitiva, terapias computarizadas, de control de la hipertensión, musicoterapia, de la buena nutrición, entrenamiento físico y cognitivo y del apoyo de los cuidadores.

El mindfulness disminuye el estrés, el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de

neurodegeneración manteniendo la reserva cognitiva.

El entrenamiento combinado físico y cognitivo mejora el afrontamiento de problemas de tensión o estrés, las funciones perceptivo-motrices de la conciencia corporal, la satisfacción con la vida y el aumento de la fuerza muscular.

La buena nutrición da relevancia a una dieta balanceada como una dieta mediterránea, reduciendo el riesgo de tener DC.

El entrenamiento físico genera cambios a nivel cerebral cuando se ejercita el cuerpo con regularidad, impactando en el funcionamiento ejecutivo y aumentando el volumen de la materia gris y blanca.

La musicoterapia mejora la memoria de los adultos mayores por medio de la música activante.

Las terapias computarizadas mejoran el reconocimiento de emociones, generan aumento en la calidad de vida, y la capacidad cognitiva del sujeto.

El control la hipertensión ha evidenciado la influencia que tienen fármacos como los betabloqueantes y los antagonistas de los canales del calcio en el mejoramiento de la tensión arterial, a su vez del desempeño cognitivo de las personas de edad avanzada.

La estimulación cognitiva a través de las Tecnologías de la información y comunicación logra mantener las relaciones sociales y producción de conocimiento, aumentar las relaciones intergeneracionales, que influyen positivamente en la prevención al deterioro cognitivo y mejoramiento de memoria, gnosias, praxias y lenguaje principalmente.

La interacción social reduce el DC porque al adulto mayor tener mayor percepción de salud, al igual que poseer una vivienda, tener hijos y vivir en compañía de figuras importantes para quienes presentan enfermedades crónicas, es un factor protector.

El entrenamiento físico mejora la velocidad de la marcha, la reducción de caídas, la morbimortalidad, el deterioro funcional, la discapacidad y aumento de la fuerza.

El envejecimiento activo mejora la creatividad, inteligencia interpersonal, la flexibilidad y la productividad en la vejez.

La realización de actividades infrecuentes han dado como resultado un esfuerzo cognitivo relacionado con aspectos de la inteligencia fluida como la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y enfrentarse a problemas de forma flexible, sin que la experiencia previa constituya una fuente de ayuda.

Los cuidadores son una estrategia de apoyo social como reguladores de la salud

mental y física de los mayores que ayudan a mantener la autonomía dentro del contexto familiar y sociocultural.

No se debe dejar de lado la implementación del **gimnasio mental** que tiene en cuenta desde el enfoque neuropsicológico la protección de los niveles funcional, cognitivo, relacional y psicoafectivo. Lo FUNCIONAL relacionado con las actividades de la vida diaria, lo COGNITIVO con acciones que tienen que ver con las funciones mentales superiores y nuevos aprendizajes, lo RELACIONAL con las acciones que favorecen las relaciones consigo mismo y con los demás y lo PSICOAFECTIVO enfocado a las acciones que estimulan el bienestar emocional. Es necesario recordar que estos cuatro aspectos deben trabajarse por medio de actividades físicas y mentales, organizadas y planeadas logrando integrar ambos hemisferios del cerebro, permitiendo el mantenimiento y crecimiento de la mente y el cuerpo, además de la prevención y tratamiento de problemas cognoscitivos como orientación, atención, memoria, lenguaje, gnosias, praxias, cálculo y funciones ejecutivas, promoviendo la calidad de vida, dignidad y bienestar, aspectos importantes durante la vejez. (Hoyos - López, L., et al., 2013).

Las terapias no farmacológicas contribuyen al mejoramiento de las capacidades adquiridas a lo largo de la vida del adulto mayor y además retardan la aparición del DC en personas que son propensas a padecerlo gracias a procesos neuropsicológicos tan importantes como lo son la reserva cognitiva, la neuroplasticidad y la neurogénesis.

De acuerdo con lo anterior, se entiende que la gerontogimnasia es importante en la prevención y enlentecimiento de DC en las personas mayores y que los enfoques cognitivo y psicosocial inciden positivamente en la prevención del DC.

Se puede afirmar que los autores están de acuerdo en que se continúen implementando cada una de las estrategias de prevención del DC aquí encontradas, y que por supuesto continúen las investigaciones a largo plazo en torno a este tema, que permitan corroborar resultados de poblaciones pequeñas con resultados de poblaciones más grandes para hacer más verídicas las teorías de estudios futuros.

Es necesario, además, realizar más estudios referentes a terapias combinadas ya que en el medio solo se hace énfasis en uno o dos aspectos, el funcional o el cognitivo, dejando de lado el afectivo y el relacional como redes de apoyo.

La prevención del deterioro cognitivo se ha convertido en un tema de salud pública que nos corresponde a todos porque más allá del incremento de la población adulta mayor que se hace notable con los años, es necesario repensar el que hacer ante esta situación

que no se soluciona solamente con una jubilación que tiene un beneficio económico y que además aparta al adulto mayor del resto de la sociedad, sino con la continuación de unas políticas incluyentes en las que ellos se sientan acogidos y sigan sintiéndose útiles ante los demás, claro está, si ellos lo consideran necesario y se sienten motivados para hacerlo.

Anexos

MEMO ANALÍTICO No. 1

REFERENCIA:

Izquierdo, Mikel., Cadore, E.L., Casas Herrero, A. Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia, Volumen: 13, Número 1 del año 2014.

Keywords/ Palabras clave

resistance training, frailty, power output, functional outcomes, aerobic capacity

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

Los beneficios del ejercicio físico en el envejecimiento y, específicamente, en la fragilidad han sido objeto de reciente investigación científica. En el anciano, la práctica de actividad física regular se asocia a una disminución del riesgo de mortalidad, enfermedades crónicas, institucionalización, deterioro cognitivo y funcional. La práctica de ejercicio físico es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y los eventos adversos que asocia habitualmente el síndrome de la fragilidad. De manera más concreta, el tipo de ejercicio físico más beneficioso en el anciano frágil es el denominado «entrenamiento multicomponente». Este tipo de programas combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, y es con el que más mejorías se han demostrado en la capacidad funcional, que es un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los ancianos. Los objetivos deberían centrarse, por tanto, en mejorar dicha capacidad funcional a través de mejorías en el equilibrio y la marcha, así como mediante la disminución del riesgo y del número de caídas. Para la obtención de estos objetivos, el diseño de un programa de ejercicio físico en el anciano frágil debe acompañarse necesariamente de recomendaciones sobre variables tales como la intensidad, la potencia, el volumen y la frecuencia de entrenamiento ideales en esta población.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Guzmán-Cortés, J.A.; Villalva-Sánchez, A.F.; Bernal, J.; (2015)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

El ejercicio multicomponente que incluye ejercicios de fuerza, flexibilidad, resistencia, equilibrio y marcha es el más beneficioso para las personas adultas mayores frágiles, debido

a que éste ha evidenciado mejoras a nivel funcional, aspecto importante para ejercer las actividades básicas de manera independiente. Mencionan los autores que si no se da una continuidad al entrenamiento de fuerza progresivo, se generará una regresión a las condiciones en las que la persona estaba inicialmente. Retoman a (Izquierdo 2001, 2004) para aclarar que los programas de entrenamiento de fuerza en personas adultas mayores hacen parte de la estrategia preventiva más eficaz para retrasar la fragilidad. Tienen en cuenta a (Häkkinen et al., 1998; Izquierdo et al., 2001; Liu & Latham 2009, Izquierdo and Cadore 2014), quienes argumentan que incluso en las personas más ancianas y frágiles el entrenamiento de fuerza contribuye al crecimiento de la masa muscular, la potencia y la fuerza muscular, además de mejorar características del síndrome de fragilidad como el tiempo de levantarse de una silla y la velocidad de la marcha. (Liu & Latham 2009). Especifican que en el envejecimiento la potencia se deteriora más rápido que la fuerza, (Häkkinen et al., 1998; Izquierdo et al., 1999) aclarando que la potencia muscular tiene más relación con la capacidad funcional que con la fuerza. (Tschopp et al., 2001) Cuando las personas adultas mayores reciben entrenamiento combinado de fuerza máxima y potencia muscular con duraciones de 10 a 48 semanas, se evidencian mejoras en la fuerza máxima. Después de cuatro meses de entrenamiento las mejorías denotan la recuperación de 20 años de edad funcional en términos de potencia muscular. El ejercicio multicomponente entonces, se considera la intervención más efectiva debido a la reducción de caídas, de morbimortalidad, de deterioro funcional y de discapacidad, que son parte de la fragilidad. Las mejorías se evidencian aún más cuando la intervención se hace desde más de un componente físico (fuerza, resistencia y equilibrio) comparado cuando se hace desde uno solo debido a que cuando se aplican diferentes estímulos en un mismo programa se generan más ganancias funcionales que aplicados individualmente. Ganancias funcionales como: Aumento de la fuerza: Mejora la fuerza en los adultos mayores en un 20 - 30%, siendo un 25 % la recuperación de 20 años en la curva de caída de la potencia máxima durante el envejecimiento. Debido a que el deterioro cognitivo está relacionado con la fragilidad y comparten bases fisiopatológicas comunes porque el sistema nervioso central y muscular comparten vías patogénicas (García-García et al., 2007), se ha observado que el deterioro cognitivo y la fuerza tienen una relación proporcional por ende si aumenta la fuerza puede tratarse el deterioro. La demencia también comparte los síntomas que hacen parte de la fragilidad como es la reducción de la velocidad de la marcha y de la actividad. Algunos autores consideran los dos síndromes pueden incluirse dentro de la misma entidad. El síndrome de fragilidad presentado en las personas mayores con demencia puede acelerar la aparición del deterioro. Intervenciones con ejercicios que se enfocan al caminar, hacer equilibrio y fuerza, benefician también a los ancianos con demencia. El ejercicio físico de fuerza y resistencia ha evidenciado mejoras en la función cognitiva de pacientes con demencia. El ejercicio físico mejora los síntomas depresivos a corto plazo en quienes ya están deprimidos, sin embargo los efectos a largo plazo aún está por aclararse. Lo que puede explicar la función antidepresiva del ejercicio físico se enfocan en las propiedades antiinflamatorias. Se recomienda entrenar 1 día a la semana la fuerza muscular y 1 día a la semana resistencia cardiovascular para mejorar la fuerza, potencia y resistencia cardiovascular en personas adultas mayores frágiles que han

iniciado la actividad física. En personas que no han practicado actividad física a lo largo de su vida, un entrenamiento inicial bajo facilita la adherencia al programa. El programa multicomponente debe incluir aumentos graduales de volumen, intensidad y complejidad en los ejercicios de resistencia cardiovascular, fuerza muscular y equilibrio. En los programas que combinen fuerza y resistencia cardiovascular, el primero debe realizarse primero que el segundo ya que en ese orden son mayores las ganancias neuromusculares. Finalmente se comenta la necesidad de más estudios que aclaren la buena utilización de los elementos de un programa de fuerza y si estos resultan más factibles con respecto a lo funcional que los multicomponente.

MEMO ANALITICO No. 2

REFERENCIA

Sevilla Caro, M., & Salgado Soto, M., & Osuna Millán, N. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. . RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 6 (11)

Keywords/ Palabras clave

Adulto mayor, TIC, Envejecimiento activo.

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

La Organización Mundial de la Salud informa que la cantidad de población de la tercera edad crece en todo el mundo, produciéndose un envejecimiento acelerado de la población y un aumento en la expectativa de vida. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida en salud y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, el término activo hace referencia a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Este artículo tiene como propósito dar a conocer el impacto que tiene el uso de las computadoras en la vida cotidiana de los adultos mayores que han participado en un curso-taller de computación y conocer los cambios en el estado de ánimo y forma de pensar al incorporarlos a la sociedad tecnológica, información que se obtuvo mediante un proyecto de investigación cualitativa, mediante la modalidad de estudio de caso. Al término del curso se hizo notorio un incremento de la motivación hacia el aprendizaje y uso de las TIC, la reducción de sentimiento de soledad y aislamiento. El adulto mayor siente que mediante el uso de las nuevas tecnologías se fomenta la comunicación y se reduce la brecha digital generacional.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Este artículo investigativo habla de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, (TIC) como el conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y enviarla de un lugar a otro. Se hace necesario que los adultos mayores no se mantengan al margen de las nuevas formas de comunicación que genera nuevas formas mantener relaciones sociales y la producción del conocimiento. Se hace necesario implementar las TIC en los adultos mayores porque: Sociedades consumidoras de tecnologías, particularmente en los países subdesarrollados, la gran mayoría de las personas de la tercera edad son víctimas del desamparo y olvido. A partir del momento que dejan de formar parte del aparato productivo o de tener una vida profesional activa, se debe dar continuidad a sus procesos de formación para que sean partícipes de los cambios tecnológicos de la sociedad. Sentir el apoyo social a través de las TIC marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo, al no haber vínculos afectivos, el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante algún tiempo llevo a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. Una persona de la tercera edad infeliz y que no sienta apoyo social, tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. El desapego que esto genera, trae como consecuencia que se aleje de la interacción social, conduce a la soledad emocional, a sentimientos de ansiedad y aislamiento que solo se alivia con búsqueda de otros como proveedores de la relación necesitada, según define Amico (2009). La teoría de la actividad o del apego, como lo comenta en la publicación Montero y Sánchez (2001), indica que el apego lo provee la relación que hace sentir segura a la persona y es proporcionado en la mayoría de los casos por el cónyuge o pareja. El adulto mayor necesita asimilar los cambios que le ocurren, para poder adaptarse y reproducir las implicaciones sociales y valorativas de dicha categoría, reestructurando su posición y su forma de participación en la sociedad (Laforest, 1991). Frecuentemente el deterioro del rendimiento cognoscitivo es provocado por el desuso o falta de práctica, la enfermedad, depresión, los factores conductuales como el consumo de alcohol y medicamentos. Se ha comprobado que el bienestar personal se encuentra estrechamente relacionado con las actividades que se realizan en grupo, en este sentido, se expresa el bienestar personal según la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal. La interdependencia y la solidaridad intergeneracional, es decir, dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes, son principios importantes del envejecimiento activo. Este estudio se realizó en la Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana, donde profesores de la licenciatura en informática diseñaron un curso de introducción a tecnologías de información

para Adultos en Plenitud, con el objetivo de proporcionar las bases necesarias para que interactúen por primera vez con una computadora. La instrucción hacia los adultos se lleva a cabo con la participación de alumnos de la licenciatura en informática inscritos en un programa de servicio social profesional. La muestra se tomó de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Baja California, del curso denominado "Adultos en Plenitud Aprendiendo Nuevas Tecnologías". Las fuentes de recolección de información son los testimonios de los adultos mayores participantes y asistentes al curso impartido en la Facultad de Contaduría y Administración, La muestra fue de 20 adultos mayores, los cuales participaron en un curso diseñado bajo los supuestos de la gerontología. Todos mencionaron que si están interesados en tomar el curso de Básico II, con el propósito de seguir aprendiendo y de desarrollar nuevas habilidades además de la conveniencia que se da en los cursos con sus compañeros de clase e instructores. El interés de esta investigación se centró en la activación mental de los adultos de la tercera edad al incorporar las TIC en su vida cotidiana. En la primera fase del estudio se entrevistaron a 20 adultos antes de iniciar el curso denominado "Adultos en plenitud aprendiendo nuevas tecnologías" donde la mayoría de las respuestas se centran en la necesidad de aprender a manejar la computadora pues es el medio de comunicación de hoy en día, el deseo saber usar el medio de comunicación que da la computadora para ingresar a la tecnología actual, lograr comunicarse con la familia y amigos, además, la mayoría menciona el deseo de estar al día y no solicitar ayuda para hacer las cosas, es decir, expresan el deseo de superación. Los adultos concluyen sentirse motivados para seguir adelante, así como seguros en el desempeño de actividades relacionadas con tecnologías y por entrar a un mundo nuevo que consideraban imposible, lo anterior se puede relacionar con un grado mayor del nivel de autoestima y confianza, y a la vez que ayuda a disminuir la posibilidad de que las personas de la tercera edad entren en estados de depresión.

MEMO ANALÍTICO No. 3

REFERENCIA:

Monica Janneth Guido Silva, Víctor Manuel Zamudio Rodríguez, Héctor José Puga Soberanes, Juan Martín Carpio Valadez, María del Rosario Baltazar Flores. Monitoreo de emociones aplicadas a terapias basadas en juegos y lógica difusa para adultos mayores, Research in Computing Science 92 (2015)

Keywords/ Palabras clave

Envejecimiento; Enfermedad de Alzheimer; Demencia; Dependencia; Institucionalización

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

La cantidad de personas de edad adulta en México ha aumentado gradualmente, esto ha sido posible gracias al desarrollo médico y tecnológico, lo cual en definitiva es un logro de alto impacto social. Sin embargo con este aspecto, se tiene también un aumento de personas que debido a su edad son más susceptibles a padecer algún tipo de demencia, como el alzhéimer. Investigaciones recientes están tomando planes de acción y medidas preventivas, ejemplo de ello son las terapias no farmacológicas, como las terapias basadas en juegos del sistema “mente activa”, el cual es parte de una investigación previa más general y fue desarrollado en el instituto tecnológico de león en colaboración con el instituto de la memoria, para la detección y prevención del deterioro cognitivo, dicho sistema emplea técnicas de lógica difusa y clasificación. Y genera planes de estimulación cognitiva al evaluar los parámetros como la escolaridad del usuario y los resultados de la prueba neuropsicológica neuropsi, entre otros. Para mejorar la generación de planes de estimulación, se busca integrar un módulo para el monitoreo de emociones mediante el reconocimiento de expresiones faciales, utilizando el método de base característica, el cual consiste en aplicar técnicas de visión artificial y la extracción de puntos característicos de las regiones faciales de interés. En este trabajo se muestra el reconocimiento de expresiones faciales asociadas a la felicidad, tristeza, sorpresa y un estado normal con personas de edad adulta. Los resultados de la primera etapa del proyecto se muestran alentadores. Posteriormente se añadirá la variable de emoción al sistema de lógica difusa del sistema “mente activa.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina, (2015);González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012); Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014); Campos, A., & Ameijide, L. (2015).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En México la población de adultos mayores ha venido en aumento durante los últimos años, esto debido a la expansión y mejoras en los servicios de salud, incluso se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y 28.0 por ciento en 2050. Para prevenir y contrarrestar problemas de salud mental en esta población, han surgido novedosas investigaciones, entre esas esta la terapia basada en juegos del sistema “Mente Activa”. También se ha dado la implementación de un módulo de monitoreo de emociones mediante el reconocimiento de expresiones faciales aplicando el método de base característica de Gurpreet. Se han dado a conocer avances tecnológicos para la terapia cognitiva utilizando cómputo afectivo, como por ejemplo los sistemas de tutoría afectiva, la terapia basada en juegos de Neuroracer, el reconocimiento de emociones y el análisis de las emociones

mediante el uso de dispositivos que hacen medidas fisiológicas. Se realizó una muestra a 34 participantes de edad adulta y se les tomaron 4 imágenes por persona en categorías de expresiones faciales asociadas a la felicidad, tristeza, sorpresa y normal, dichas imágenes fueron procesadas con el “método de base característica para detectar expresiones faciales humanas”. En el futuro, el trabajo que se propone es realizar más pruebas a personas de edad avanzada y así poder mejorar la estimulación cognitiva y fortalecer el análisis del desempeño de los usuarios.

MEMO ANALÍTICO No. 4

REFERENCIA:

Gualdrón M, Valencia J, Monsalve A, Correa-Bautista JE. Actividad física y función cognitiva: una comparación en dos grupos de adultos mayores, un estudio piloto. Revista Investig. Salud Univ. Boyacá. 2015;2:106-115

Keywords/ Palabras clave

Anciano, actividad motora, salud mental.

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

ResumenObjetivo: Comparar la función cognitiva de un grupo de adultos mayores activos y otros no activos. Método: Se trata de un estudio descriptivo transversal de 62 sujetos, 32 activos y 30 sedentarios. Los adultos mayores que se consideraron activos fueron aquellos sujetos que participaron en un programa regular de actividad física por, al menos, 12 semanas. El otro grupo estuvo compuesto por sujetos que no realizaban ninguna actividad física. La función cognitiva se evaluó mediante el instrumento Mini-Mental State Examination (MMSE). Resultados: La edad promedio del grupo activo fue de 67,6 años con desviación estándar (DE) de 7,03, sin diferencias estadísticas con el grupo de comparación ($p=0,915$). Se encontraron diferencias en las esferas de orientación ($p<0,001$), atención y cálculo ($p<0,001$), lenguaje ($p<0,001$) y en la puntuación total ($p<0,001$). Conclusión. Los adultos mayores que se consideraron activos tuvieron mejores niveles de funcionamiento cognitivo.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Maria Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez, Alfredo Briones Aranda, (2013); Cao, A., & Canales Lacruz, I. (2012).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Para la (OMS), la falta en las funciones cognitivas y la demencia senil son las principales causas de discapacidad en el adulto mayor. Existe una fuerte evidencia en cuanto a los beneficios que trae las prácticas de actividad física, entre otros la mejora de la atención y la memoria y la disminución de la dependencia farmacológica. La actividad física trae beneficios sobre la actividad neuronal, mejora la independencia, la integración social y la autoestima, disminuye el riesgo de contraer enfermedades como la diabetes, la obesidad, la hipertensión, la depresión etc., además una menor prevalencia de enfermedades mentales, como la demencia senil o el Alzheimer. Un grupo de adultos mayores fue evaluado, después de haber participado en un programa de actividad física dirigida, con una duración de 12 semanas, comparado con otro grupo de adultos sedentarios. Al comparar la función cognitiva entre los dos grupos evaluados, se encontró que el riesgo de experimentar declive cognitivo en esta etapa de la vida se disminuye un 40 % aproximadamente en el grupo físicamente activo. Se concluye que se le debe dar más importancia a los programas de actividad física en los adultos mayores, con el fin de disminuir el riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas, mentales y cognitivas.

MEMO ANALÍTICO No. 5

REFERENCIA:

Guzmán-Cortés, J.A.; Villalva-Sánchez, A.F.; Bernal, J.; (2015). Cambios en la estructura y función cerebral asociados al entrenamiento aeróbico a lo largo de la vida. Una revisión teórica. Anuario de Psicología, Septiembre-Sin mes, 203-217.

Keywords/ Palabras clave

VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana); Competencia (Psicología); Conducta (Psicología); Estrés; Calidad de vida; Intervención psicológica.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

El objetivo de la presente revisión fue analizar la evidencia experimental que sugiere un papel benéfico del entrenamiento aeróbico, en la estructura y funcionamiento cerebral, en las diversas etapas de la vida de población sana. Se seleccionaron 30 artículos registrados en PubMed, ScienceDirect y Scopus de los últimos 10 años. Los estudios señalan que el entrenamiento aeróbico en cada etapa de la vida, tiene un impacto positivo sobre el

funcionamiento ejecutivo, velocidad de procesamiento, atención y memoria, y produce cambios en la corteza pre frontal y temporal principalmente.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Izquierdo, Mikel., Cadore, E.L., Casas Herrero, A., (2014)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Desde la antigüedad, el ser humano ha sido consciente de la importancia de la práctica deportiva, desarrollada en forma paralela con otras actividades como por ejemplo el estudio de la filosofía en la antigua Grecia. Según la OMS, 2010, la falta de actividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante a nivel mundial, seguido después de la hipertensión, el consumo de tabaco y el exceso de glucosa en la sangre por lo que ha aumentado en los últimos años el número de investigaciones realizadas con el fin de estudiar los beneficios cognoscitivos que conlleva el ejercicio físico. Algunos estudios muestran un aumento del volumen de la materia gris y blanca en atletas de élite como efecto del entrenamiento físico profesional, comparados con adultos que no practican deporte. Se mostró que la realización de un entrenamiento específico durante largo tiempo, genera la transformación de las conexiones y la estructura cerebral. Por otro lado, aunque el ejercicio aeróbico trae cambios en las funciones cognoscitivas, los tiempos de entrenamiento aún no están bien definidos en las diferentes investigaciones, lo que podría dificultar el establecimiento de un programa de entrenamiento físico para lograr beneficios cerebrales.

MEMO ANALÍTICO No. 6

REFERENCIA:

Hernando-Requejo, Virgilio; (2016). Nutrición y deterioro cognitivo. Nutrición Hospitalaria, 49-52.

Keywords/ Palabras clave

Demencia. Enfermedad de Alzheimer. Nutrición. Dieta. Prevención.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

La demencia, estrechamente ligada a factores predisponentes ambientales como la dieta, supone un problema de salud pública de magnitud creciente: actualmente más de 35 millones de pacientes presentan demencia tipo Alzheimer, y se espera que se superen los 135 millones en 2050. Si conseguimos retrasar el desarrollo de la demencia 5 años, reduciremos su prevalencia en un 50%. Los pacientes con demencia alteran su dieta y se han reportado déficits, entre otros, de ácido fólico, vitaminas B12, B6, C, E, A, D, K, betacarotenos y omega tres, que deben ser resueltos con una dieta adecuada y, en según qué casos, con aportes extra. Pero para reducir o al menos retrasar la prevalencia debemos preconizar la prevención mediante una dieta adecuada desde el inicio de la vida, idea reforzada por el hecho de que los factores de riesgo cardiovascular se relacionen de forma directa con el desarrollo de demencia. Disponemos de abundante bibliografía que, aunque con límites, nos permite hacer recomendaciones nutricionales para prevenir el deterioro cognitivo. Se han conseguido mejores resultados cuando se han estudiado dietas completas que cuando se han considerado nutrientes específicos. De especial interés es la dieta mediterránea, que garantiza un aporte elevado de vegetales, frutas, frutos secos, legumbres, cereales, pescado y aceite de oliva, y moderado de carne, productos lácteos y alcohol, y en la que nos centraremos en este artículo.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

David Perlmutter, Kristin Loberg (2013) Cerebro de Pan.

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Actualmente hay más de 35 millones de pacientes que presentan demencia tipo Alzheimer, cifra que es de magnitud creciente y se espera que supere los 135 millones en 2050, esto supone como un problema de salud pública. La demencia está directamente relacionada a factores ambientales como la dieta. Los estudios dirigidos a la prevención y el tratamiento del deterioro cognitivo a través de intervenciones nutricionales tienen limitaciones notables, por ejemplo en ciertas dietas en las que no aprovechamos otros componentes beneficiosos que aún no conocemos. Según varios estudios, la dieta más completa y beneficiosa es la mediterránea, la cual garantiza un aporte adecuado de vegetales, frutas, legumbres, pescado y aceite de oliva. El aceite de oliva virgen extra se puede considerar como el protector del deterioro cognitivo, debido a sus propiedades antioxidantes. Algunos estudios clínicos han mostrado hallazgos que pueden ser la explicación de los de los aportes del ácido omega 3 en el beneficio de los pacientes con deterioro leve, se han publicado estudios que demuestran la reducción del riesgo de adquirir demencia tipo Alzheimer de hasta 32%, y de demencia vascular de hasta un 25%. En los consumidores de fruta los niveles de proteína C reactiva son más bajos y existe una relación entre el consumo de verdura y el activador tisular de plasminógeno, estos beneficios provienen de la actividad antiinflamatoria.

MEMO ANALÍTICO No. 7

REFERENCIA:

Maria Begoña Garín Gómez , Soledad Ballesteros Jiménez, Alfredo Briones Aranda, (2013) Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados, DOI: <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.106.4>

Keywords/ Palabras clave

Ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, estrés, dependencia, adulto mayor

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

Diversos programas de entrenamiento combinado (PEC) basados en ejercicios físicos y neuropsicológicos se utilizan cada vez más con mejores resultados, dentro de las terapias no farmacológicas. En el presente trabajo, se realizó un estudio empírico cuasi-experimental, en donde se evaluó la influencia de un PEC sobre la mejora de las capacidades afectivas, cognitivas y de independencia, tras un año de intervención con adultos mayores institucionalizados (AMI) de una residencia para ancianos en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México (19 mujeres y 23 hombres). Durante este proceso, tanto al inicio como al final, se evaluaron las distintas áreas de estudio, mediante la utilización de las pruebas de Hamilton, Beck, Lobo y Barthel, en donde se pudo observar una tendencia positiva ejercida por el PEC en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en los hombres, así como la disposición que tuvo este programa para evitar el progreso del deterioro cognitivo en ambos grupos. Por lo anterior y en consideración de la carencia de programas destinados a coadyuvar el mejoramiento de la salud mental de los AM en el estado de Chiapas, el PEC podría proponerse como una estrategia de bajo costo, encaminada a procurar la salud integral de los AMI.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Gualdrón M, Valencia J, Monsalve A, Correa-Bautista JE, 2015; Maria Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez, Alfredo Briones Aranda, (2013); Rey Cao, A., & Canales Lacruz, I. (2012).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Recientemente, el grupo de los adultos mayores (AM) ha cobrado mayor relevancia en la distribución de la pirámide poblacional mexicana. En el estado de Chiapas los AM representan 4.9% de la población, lo que equivale a 234 982 adultos, mayores de 65 años (censo de población y vivienda, 2010). La disminución en la tasa de fluidez verbal categorial, es uno de los indicios o síntomas que primero aparecen como parte de las alteraciones en la memoria semántica en las demencias tipo EA, alteración que es tanto un buen predictor cognitivo como un indicador del grado de severidad de las demencias (Peraíta y Sánchez Bernardos, 1998). Destacando que en la implementación de las diversas intervenciones solas o combinadas, como el entrenamiento cognitivo, el ejercicio físico o las actividades lúdicas, se deben tomar en consideración la capacitación y profesionalización de los cuidadores, y en donde además del éxito terapéutico ampliamente referido con la implementación de estos programas, se debe considerar logran ventaja que representa el bajo costo económico que se requiere para la instrumentación de estas estrategias en los países subdesarrollados. El estudio incluyó a 23 hombres y 19 mujeres cuya edad oscilaba entre el rango de los 70 a 97 años. La mayoría de los Adultos Mayores Institucionalizados tenía un nivel socioeconómico bajo, el grado educativo presentado también fue bajo; más de la mitad (56%) era analfabeta, 15 de ellos (36%) completó únicamente la educación primaria, dos (4.7%) terminaron la secundaria y tres (7%) manifestaron haber concluido la preparatoria. La mayor parte de las personas que habitan este asilo ha sido abandonada por sus familiares y sufre de diferentes grados de discapacidad física y/o cognitiva. Los adultos dieron su consentimiento previo, y se respaldó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas para realizar la evaluación la prueba de Hamilton (1959) que consiste en 13 ítems relacionados con los signos y síntomas vinculados con el padecimiento, además de una evaluación de la conducta realizada durante la entrevista. Se pudo apreciar de manera significativa la disminución de la depresión en el grupo de los adultos institucionalizados, cuando se contrastó con los niveles de ansiedad de las mujeres no alfabetizadas en el periodo posterior a la intervención. Se encontró que los Adultos Mayores Institucionalizados tienen más facilidad para afrontar problemas de tensión o estrés, ante diversas situaciones como: el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos, la inseguridad económica, las enfermedades crónicas y la cercanía de la muerte (Brenes y cols., 2005); en donde, la capacidad para sobreponerse a los agentes estresantes está relacionada con la estructura genética, el medio ambiente en el que se desarrolla el individuo, el grado de funcionalidad de los diversos aparatos y sistemas del organismo, así como de la eficacia con que estos sistemas dan respuesta a las situaciones estresantes (Briones y cols., 2012) En el mismo contexto, referente a las instituciones de los AM en países subdesarrollados como México, factores como la inadecuada infraestructura, la nula profesionalización del personal para el cuidado de los mismos, carencia de tratamientos médicos integrales, podrían representar verdaderas fuentes de estrés (Ruipérez y Llorente, 2004), que también generan un impacto negativo sobre las áreas afectivas y cognitivas de los AMI (Velasco, Mendoza, Torres, y Saucedo, 2011). En el grupo de las mujeres,

posterior a la implementación del Programa de Estimulación Cognitiva, los niveles de ansiedad subclínica se mantuvieron constantes con respecto a los niveles obtenidos antes de la intervención, lo cual coincide con los resultados obtenidos en otros estudios en donde se ha referido que los AMI pueden mantener niveles de ansiedad leve o subclínica (Fisher y Noll, 1996; Studd, 2011). Uno de los factores implicado en la etiología de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, es el aumento en la capacidad de respuesta al estrés (Carvalho-Netto y cols., 2011). Jozwiak, Preville, y Vasiliadis, 2013), por lo que es muy factible que la mayor proporción de analfabetismo observada en el grupo de las mujeres, en comparación con los hombres (datos no incluidos), haya influido de manera contundente tanto en el efecto positivo del PEC sobre la reducción de la depresión en los hombres, como en la falta de efecto del PEC sobre los niveles de depresión en el grupo de las mujeres. Sin embargo, el hecho de que en las mujeres no se observen cambios significativos en los niveles de depresión, no demerita la influencia positiva del PEC sobre esta área afectiva, ya que al igual que con la ansiedad la ejecución del PEC mantuvo uniformes las manifestaciones de depresión en las mujeres, después de doce meses de la intervención. Por lo anterior, al tratar de esquematizar la compleja vinculación entre los trastornos afectivos (ansiedad y depresión) y el deterioro cognitivo, se puede ilustrar a través de una disposición cíclica de los elementos afectivos, en donde la influencia del estrés incida en el centro del círculo e influya sobre la homeostasis interna de cada organismo. El argumento para tratar de explicar estos hallazgos, pudiera estar relacionado con estudios previos, en donde los trastornos depresivos y la ansiedad en los AM disminuyeron la capacidad de independencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria (Grabovich y cols., 2010); Además, estos trastornos pueden influir negativamente en el desarrollo adecuado de algunos programas de rehabilitación, específicamente en la falta de capacidad para aprender nuevas tareas, en el procesamiento de la información y la orientación al logro de determinados objetivos (Horowitz, Reinhardt, Boerner, y Travis, 2003); De manera contraria, en los hombres se constató la eficacia del PEC, a lo largo de su instrumentación, caracterizado por un aumento en la capacidad de independencia, esta diferencia posiblemente también esté relacionada con el efecto positivo que ejerció el PEC sobre los niveles de ansiedad y depresión en los AMI hombres. El objetivo de cara al futuro del estudio es continuar en la profundización de las estrategias para la aplicación del PEC en grupos de estudio similares y contribuir en mejorar la integración y perfeccionamiento de este programa. Lo anterior, basado en las propiedades del PEC que atiende, fortalece e impacta, las tres esferas de los AM: física, psicológica y social, detonando en el fortalecimiento del AM para enfrentar los embates negativos del estrés, para disminuir los trastornos afectivos, evitar el progreso del deterioro cognitivo, lo que redundara en el mejoramiento de la independencia y la calidad de vida los Adultos Mayores Institucionalizados, a bajo costo.

MEMO ANALÍTICO No. 8

REFERENCIA:

José Calero, M^a & López-Cala, Guillermo & R. Ortega, Ana & J. Cruz-Lendínez, Alfonso. (2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 6. 10.1989/ejihpe.v6i2.160.

Keywords/ Palabras clave

Caídas, dependencia funcional, prevención de caídas, envejecimiento

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

Debido al envejecimiento de la población a nivel mundial, que según estimaciones de la OMS para el año 2050 se llegará a los 2000 millones de personas mayores de 60 años, es de vital importancia analizar la atención de este grupo poblacional y prevenir aquellas situaciones que ocasionan una mayor morbimortalidad en ella. Una de estas situaciones son las caídas en las personas mayores, las cuales hay que abordar de manera multidisciplinar, ya que en ellas inciden factores clínicos, sociales y familiares. Objetivo: Analizar la incidencia de las caídas como factor etiológico de las fracturas óseas en pacientes mayores de 65 años. Establecer qué otras variables de salud, como comorbilidad, polimedicación, dependencia funcional, pueden estar relacionadas con su etiología. Método: Para ello se ha realizado un diseño cuasi experimental de medidas repetidas. La muestra final está formada por 259 participantes. Los instrumentos utilizados han sido el Índice de Barthel, el Fototest y el MNA. Conclusiones: la intervención en la prevención de las caídas del anciano debe de ser una tarea multidisciplinar, ya que depende de numerosos factores como el estado de salud, la alimentación, el estado civil o las condiciones de su domicilio habitual, que deben de ser abordados por diversos profesionales.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Alejandro Cervigni, (2015); Restrepo Bernal, D., & Niño García, J., & Ortiz Estévez, D. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En el artículo se menciona cómo en los últimos años se está asistiendo a un cada vez mayor incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial, hasta el punto de que la Organización Mundial para la Salud (OMS) estima para el año 2050 la población de más de 60 años llegue a los 2000 millones, frente a los 841 de la actualidad (OMS, 2014). A los adultos mayores se les adjudica una condición de grupo emergente, que se atribuye a la proporción en que se produce su incremento numérico a nivel mundial, con un pronóstico de que en 2020 un 70% de la población del planeta superará los 700 millones de mayores en los países en vías de desarrollo, muy por encima de los 318 esperados para las regiones industrializadas. Por lo tanto la prevención de las caídas en los adultos mayores se convierte en un tema de gran importancia e interés en la disciplina de trabajo social, ya que esta situación se agrava aún más en determinadas situaciones de riesgo social como la soledad por viudedad, separación o cualquier otra razón, el carecer de familia cercana o no tenerla, por circunstancias de su vida y otras muchas situaciones de salud o económicas (Zecevic, Salmoni, Speechley, y Vandervoort, 2006). La mayoría de las caídas que se producen en los adultos mayores son de origen multifactorial, y se incrementa con la acumulación de factores, aunque suelen ser por una inadaptación al medio en el que se encuentran viviendo o por causa de una inadecuada accesibilidad, enfermedades o procesos invalidantes, hipotensión ortostática, debido a los efectos de la medicación, deterioro del equilibrio y la deambulacion, existencia de obstáculos, mal diseño de los espacios que les rodean, etc., ya sea en el propio domicilio o en el lugar donde residan. Las fracturas que se producen con más frecuencia como consecuencia de caída en el anciano son las de cadera, seguidas de las de extremidad superior (Quevedo y Navarro, 1999). Desde el trabajo social sanitario, la implicación en el abordaje de la prevención de las caídas, debe iniciarse desde la primera comunicación o conocimiento del hecho y o desde la consulta de trabajo social. Se encontró una relación significativa negativa entre la comorbilidad y el nivel de dependencia, tanto previo ($rs=-0.154$, $p<0.05$) como al alta ($rs=-0.241$, $p<0.05$). La fractura que se produce con mayor frecuencia es la fractura de cadera, también coincidente con estudios similares (Quevedo et al., 1999) sin embargo en ninguno de los estudios consultados se especifica si la caída ha sido consecuencia de la fractura de cadera o la fractura consecuencia de la caída. Respecto al lugar en el que se producen, al igual que en el estudio de Pujaila, (2003) es mayoritariamente en el domicilio habitual del anciano y los mecanismos de acción más comunes son el resbalón, el tropiezo o la pérdida de equilibrio. Por todo ello se entiende que la intervención en la prevención de las caídas del anciano y de su consecuencia más común (la fractura) debe de ser una tarea multidisciplinar, ya que no sólo depende de su estado de salud y antecedentes clínicos, sino de un conjunto de factores, como la alimentación, el estado civil o las condiciones de su domicilio habitual, que deben de ser abordados por otros profesionales, entre los que tiene un importante papel el trabajador social. Así que es fundamental conocer el entorno de esa persona, sus familiares, amigos y vecinos, si dispone o no de alguna valoración o recursos social e institucional, la existencia o no de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad y diseño universal del entorno, etc. La intervención social debe hacerse desde el desarrollo de actividades

preventivas y de promoción de salud, con una adecuación de los recursos sociales y con diversas intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario de la persona usuaria mayor, sin olvidar a las personas cuidadoras. Se debe profundizar más sobre los factores de riesgo, causas y consecuencias de las caídas en personas mayores de 65 años, así como sobre la prevención multidisciplinar de las mismas.

MEMO ANALÍTICO No. 9

REFERENCIA:

Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina. ESTIMULACIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS. Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. Universidad de La Laguna. Papeles del Psicólogo, 2015. Vol. [36\(3\)](#).

Keywords/ Palabras clave

Mindfulness, Actividades de la vida diaria, Centro sociosanitario, Deterioro cognitivo, Tratamientos no farmacológicos.

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

Los tratamientos psicológicos son una práctica habitual en el contexto sociosanitario de atención a personas mayores dependientes. En los últimos años se está introduciendo la práctica de mindfulness para personas mayores. Sin embargo, estas prácticas presentan dificultades para su aplicación en residencias y centros de día por el deterioro cognitivo que presentan los usuarios de estos servicios. En este artículo se muestra cómo se desarrolló un programa de estimulación basado en mindfulness en el entrenamiento de las actividades de vida diaria (AVD). Esta intervención se fundamenta en el entrenamiento del personal auxiliar y/o cuidador de forma simultánea con los usuarios de los servicios para, posteriormente en la rutina del centro, realizar un entrenamiento de la presencia consciente en la acción durante las AVD. El objetivo final de esta intervención es potenciar la coherencia funcional y la integración personal mediante prácticas de mindfulness en acción en actividades básicas, instrumentales o avanzadas.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Monica Janneth Guido Silva, Víctor Manuel Zamudio Rodríguez, Héctor José Puga Soberanes, Juan Martín Carpio Valadez, María del Rosario Baltazar Flores. , (2015); González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012); Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Es muy relevante enfatizar la funcionalidad como guía de los modelos de intervención geriátrica con personas dependientes, especialmente en la demencia, pues este enfoque está permitiendo la emergencia de una nueva forma de entender la planificación sociosanitaria poniendo el acento en la atención centrada en la persona (Vikström et al., 2015). La intervención basada en mindfulness, centrada en la acción, pone especial acento en los aspectos circunstanciales de las vivencias cotidianas, se muestra como una posibilidad alternativa para intervenir desde las rutinas diarias de los servicios sociosanitarios. La práctica de mindfulness permite redirigir la atención sobre la acción en las actividades de la vida diaria (AVD), por tanto se puede afirmar que se trata de un modelo que centra los cuidados en la coherencia funcional, eje básico de intervención para favorecer un envejecimiento saludable. Esta intervención se fundamenta en el entrenamiento del personal auxiliar y/o cuidador de forma simultánea con los usuarios de los servicios para, posteriormente en la rutina del centro, realizar un entrenamiento de la presencia consciente en la acción durante las Actividades de la Vida Diaria. Se define esta capacidad metacognitiva como la autorregulación de la atención sostenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, adoptando una actitud particular hacia esa experiencia, caracterizada por curiosidad, apertura, aceptación y afecto. En este sentido es un cambio en la orientación de la intervención de un colectivo al que frecuentemente las prácticas clásicas de estimulación le recuerdan su pérdida cognitiva y discapacidad. El mindfulness centra su utilidad en la mejora de la cognición y la disminución de la psicopatología en personas mayores con EA leve. (Pagnoni y Cekic, 2007; Xiong y Doraiswamy (2009) exponían los siguientes aspectos para indicar la utilización de estas técnicas en esta población: 1º) la reducción de la secreción de cortisol inducido por el estrés, lo que podría tener efectos neuroprotectores incrementando los niveles del factor neurotrófico cerebral, 2º) la disminución lipídica y del estrés oxidativo, los cuales podrían reducir el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de neurodegeneración derivada de la misma y 3º) debería fortalecer los circuitos neuronales y mantener la reserva cognitiva. En la misma línea Larouche, Hudon y Goulet (2015) indican que la práctica de mindfulness podría frenar el deterioro cognitivo minimizando los efectos de la sintomatología asociada a la demencia favoreciendo el manejo del estrés, reduciendo los efectos de los trastornos del estado de ánimo y reduciendo los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal. El programa de entrenamiento se debe construir en torno a tres pilares básicos: a) los cuidadores, b) las

AVD (básicas, instrumentales y/o avanzadas) y c) la consciencia del momento presente de forma compartida, siendo el cuidador en primer lugar el que hace la sugerencia sobre a qué elemento de la experiencia se le empieza a prestar atención. En segundo lugar se fomenta como una práctica informal en el desarrollo de las AVD básicas (alimentación, aseo, traslados, etc.) e instrumentales (actividades terapéuticas en general o salidas con familiares) en el desarrollo de las tareas de trabajo en el centro. La versión formal es un ejercicio de yoga, sin embargo esta posición es fácil hacerla de forma cotidiana de manera informal. La práctica formal proporciona apoyo y conocimiento, mientras que la práctica informal aporta la manera de integrar mindfulness en la vida cotidiana y favorece un cambio en los hábitos de vida. Este aspecto es fundamental en la intervención geriátrica, pues la organización de los cuidados debe estar dirigida al mantenimiento de las capacidades funcionales que se producen en el momento presente y que son la base sobre la que se construye la vida. El aval científico para organizar esta propuesta de intervención de mindfulness en acción se ha fundamentado en el primer ensayo clínico aleatorizado longitudinal sobre tratamientos no farmacológicos y enfermedad de Alzheimer que ha mostrado cómo la práctica de mindfulness presentaba un mantenimiento de las capacidades cognitivas, funcionales y psicopatológicas en al menos dos años (Quintana et al., 2014).

MEMO ANALÍTICO No. 10

REFERENCIA:

Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Alejandro Cervigni. Caracterización de la producción científica iberoamericana sobre intervenciones en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores, *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, ISSN 1851-9083, ISSN-e 2250-5504, Vol. 7, N° 2, 2015

Keywords/ Palabras clave

Bibliometría Funciones cognitivas Deterioro cognitivo Programas de prevención Adulto mayor

Categoría de búsqueda

Dialnet

Idea central del documento

El objetivo general de la presente investigación es caracterizar la producción científica iberoamericana sobre intervenciones en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. La población mundial ha sufrido importantes transformaciones en lo que respecta a su estructura etaria dando lugar a un incremento exponencial de programas y tratamientos para prevenir el deterioro de las funciones cognitivas en la vejez. No obstante, la literatura científica indica que coexisten intervenciones con características y efectos disímiles en el

envejecimiento normal. Se realizó un estudio bibliométrico de artículos empíricos publicados en revistas científicas de habla hispana entre los años 2000 y 2014. Se consultaron las bases de datos Redalyc, Ebsco, Scielo y Dialnet. Los principales descriptores utilizados fueron: “funciones cognitivas”, “actividades de vida diaria”, “adulto mayor”. La búsqueda identificó 50 artículos. El corpus se analizó y clasificó en sucesivas fases. Los tratamientos empleados con mayor frecuencia fueron: Programas de Estimulación Cognitiva, Programas de entrenamiento en Memoria y Programas de Estimulación Cognitivo-Motriz. Por último, los Programas de Estimulación Cognitivo-Motriz, Programas Multimedia y Programas Universitarios para Mayores resultaron los más efectivos reportando en todos los casos significación estadística en sus resultados. La investigación sobre la vejez recoge un amplio sector de la publicación que actualmente se realiza en Psicología siendo un área en expansión.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

José Calero, M^a & López-Cala, Guillermo & R. Ortega, Ana & J. Cruz-Lendínez, Alfonso. (2016); Restrepo Bernal, D., & Niño García, J., & Ortiz Estévez, D. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

El estudio de este trabajo consistió en que un primer grupo de adultos mayores estaba informado de que una de sus funciones era la de estimular y dinamizar al segundo grupo, para lo cual, se los estimula a hablar y se los interroga respecto a cómo se encuentran, qué realizaron durante el día anterior, y demás preguntas de carácter similar con el objeto de fomentar la orientación general de los participantes. En cuanto a esto se encontró que es necesario realizar intervenciones que favorezcan la adquisición de estrategias compensatorias, promoviendo una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales y le ayuden a mantener su competencia social. Por otro lado, López y Ariño (2002) encontraron que la estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el período de autonomía del paciente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad. La mejoría del estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma. Para Puig (2002) cualquier tipo de estimulación cognitiva posee tres objetivos básicos, el primero es crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora, el segundo es mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar la autonomía de los sujetos mayores, y finalmente, mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos a fin de preservar su competencia social. Este trabajo se basa en un estudio bibliométrico de carácter exploratorio realizado en Argentina, donde se analiza en forma sistemática la producción científica publicada en revistas de Psicología, Ciencias de la Educación,

Lingüística y Ciencias Médicas, de habla hispana, acerca de los efectos de distintas intervenciones y tratamientos utilizados para mejorar posibles deterioros provocados por el envejecimiento normal en las funciones cognitivas de sujetos adultos mayores, en el período correspondiente a los años 2000 a 2014. Se encontró que la mayor parte de los programas de entrenamiento en estrategias memotécnicas se realizan en grupo, e incluyen el uso de imágenes visuales, además de distintas formas de categorización y clasificación de la información, con lo cual se atenúan las diferencias con respecto a los jóvenes en tareas de recuerdo. El análisis de cada publicación se desarrolló considerando los siguientes indicadores bibliométricos: distribución de los artículos según base de datos, país, año de publicación, área disciplinar en que se enmarcan los artículos, metodología de investigación de los estudios, tipo de seguimiento y finalidad del diseño, tipo de muestra, tipos de tratamientos y funciones cognitivas abordadas. En lo que respecta al tipo de muestra, el 90% (n = 45) de las investigaciones se realizan en base a muestras no probabilísticas, impidiendo la generalización de los resultados a la totalidad de la población. Por otra parte, la mitad de los estudios que han aplicado programas en entrenamiento en Memoria reportan significación estadística en sus conclusiones, mientras que, ningún programa de Estimulación Computarizado registra cambios estadísticamente significativos tras su aplicación en la población de adultos mayores. Se concluyó que los programas de estimulación cognitiva muestran mayores efectos beneficiosos en la cognición a corto y largo plazo, los resultados muestran efectos positivos en memoria y psicomotricidad particularmente, en la atención selectiva y la velocidad de procesamiento de la información (Valencia, López-Alzate, Tirado, Zea-Herrera, Lopera, Rupprecht, & Oswald, 2008). Los hallazgos aquí obtenidos concuerdan con quienes sostienen que las personas mayores que participan en programa de estimulación cognitiva que implican a la dimensión motriz en la resolución de problemas cognitivos, perciben mejoras en sus capacidades de memorización, en la atención, la concentración, y en la satisfacción con la vida, reportando efectos positivos no solo en las capacidades cognitivas, sino también en las psicosociales (Cao, Lacruz & Táboas, 2011). En un estudio bibliográfico respecto a la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas se identificó que sólo algunas intervenciones cognitivas son efectivas en la prevención de los problemas de memoria asociados a la edad teniendo en cuenta la significatividad estadística de los resultados aportados por los mismos artículos, destacando las intervenciones que se administran mediante sesiones grupales con una duración entre 60 y 90 minutos, asimismo se concluye que, el efecto positivo de este tipo de intervenciones se mantiene en el tiempo sin necesidad de sesiones recordatorias (Novoa, Juárez & Nebot, 2008). En conclusión, es posible sugerir la importancia de intervenciones para prevenir el deterioro cognitivo a partir de diversos programas y actividades que tengan por objeto mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible, preservando así la autonomía de los sujetos, pero atendiendo además a la percepción subjetiva que el adulto mayor tiene de sí mismo, a su autoeficacia y autoestima, al estado emocional, conductual, a sus relaciones interpersonales y su competencia social.

MEMO ANALÍTICO No. 11

REFERENCIA:

Domínguez Guedea, M., & Mandujano Jaquez, M., & Georgina Quintero, M., & Sotelo Quiñónez, T., & Gaxiola Romero, J., & Valencia Maldonado, J. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12 (2), 391-402.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Investigación cuantitativa, psicometría, validación, análisis factorial, apoyo social, adultos mayores, cuidadores.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

Mediante análisis factoriales exploratorias y confirmatorias, se validó la Escala de Apoyo Social para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores. 23 Ítems con cargas factoriales ≥ 0.51 , agrupados en cuatro factores explican 63% de la varianza del constructo, con valores de Alfa de Cronbach ≥ 0.85 ; se demostró que el apoyo social tiene una relación causal positiva y significativa con apoyo material ($\beta = 0.66$), apoyo práctico ($\beta = 0.69$), apoyo emocional ($\beta = 0.6$) y apoyo de orientación ($\beta = 0.81$); los valores de ajuste del modelo son ≥ 0.97 . La escala validada puede ser aplicada junto con otras medidas que permitan valorar las necesidades que enfrentan las familias para generar acciones de apoyo dirigidas al adulto-mayor y a quien lo cuida.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Fernández, M., & Herrera, M. (2016)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En el artículo investigativo se trata cómo al cierre del siglo XX, la dinámica poblacional mexicana registró un incremento muy importante en el número de personas que alcanzaron los 60 años y más, previéndose también la tendencia del aumento en las décadas venideras. Esta situación se acompaña de la precariedad económica, y la dependencia en la que muchos adultos mayores mexicanos están inmersos, es por esto que urge la atención a sus necesidades principalmente a nivel de salud y protección social (Gutiérrez-Robledo, Ávila-Fematt & Montaña-Álvarez, 2010). Teniendo en cuenta que los sistemas públicos

aún son limitados para atender las crecientes exigencias de la población envejecida, la familia es quien de manera protagónica atiende las demandas de cuidado de los mayores (Huenchuan & Guzmán, 2007), implicando en la mayoría de los casos, repercusiones para la salud y el bienestar de las personas que asumen el cuidado de su familiar adulto mayor dependiente funcional (Lizárraga, Artetxe & Posua, 2008). Dada esa situación, es fundamental dimensionar las necesidades de apoyo que tienen los cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos, considerando al apoyo social como un tema de análisis obligado en un grupo que absorbe el impacto físico y económico derivado de la limitación que el Estado tiene para atender a la población envejecida, jugando así un papel crucial en la sociedad que, en el más justo de los casos, le debe correspondencia. (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003). Esto se ha traducido en diversas estrategias para operacionalizar el apoyo social que reciben los cuidadores familiares, encontrando en la literatura internacional autores que recurren al uso de instrumentos psicométricos diseñados para medir el constructo en población general (ej., Arango Lasprilla et al., 2009), emplean medidas generales de apoyo pero que son validadas en sus muestras de cuidadores. Sin embargo a pesar de los avances de esta área de investigación y con una situación social crítica, en México aún se carece de un instrumento que haya probado ser válido y confiable para medir el apoyo social entre cuidadores familiares de adultos mayores, razón por la cual el objetivo de este estudio fue validar de manera confirmatoria la Escala de Apoyo Social en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (EP/ CFAM) en un contexto sociocultural mexicano. Una ventaja que ofrece la EAP/CFAM medida frente a otras escalas de apoyo que fueron desarrolladas para población general, es que ésta se centra en las necesidades que estudios previos han demostrado ser relevantes para cuidadores familiares de adultos mayores en contextos socioculturales latinoamericanos (Brasil y México), y que muestran que el cuidador convive con una multiplicidad de demandas derivadas de sus diferentes roles sociales que le confrontan en cuestiones económicas (para los gastos cotidianos y relativos a la salud), prácticas (actividades instrumentales que le permitan cuidar al adulto mayor pero también continuar atendiendo las labores domésticas), emocionales (reconocimiento de la labor como cuidador y posibilidad de expresar sus emociones positivas y negativas) y de información que retroalimenta decisiones que el cuidador necesita tomar tanto para el cuidado del adulto mayor, de los demás miembros de la familia y de sí mismo (Domínguez-Guedea, Damascena et al., 2009). De esta manera, la invisibilidad de la figura del cuidador en el contexto mexicano se mantiene en una inercia conveniente para el sistema público pero desgastante para las familias de los adultos mayores con problemas de salud, puesto que entre mejor haga su trabajo el cuidador en el ambiente doméstico, las instituciones ahorran costos de hospitalización, recurso humano y días de cama (Márquez-González et al., 2010).

MEMO ANALÍTICO No. 12

REFERENCIA:

Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 11 (33), 1-15.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Satisfacción vital, Adultos mayores, Variables sociodemográficas.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

Para la ejecución de este trabajo se entrevistaron a 122 adultos mayores de 60 años de la ciudad de Arica (52,5% hombres y 47,5% mujeres). A éstos se les administró un cuestionario de Satisfacción Vital SWLS (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) junto con un cuestionario demográfico, para determinar cuáles de estas variables de contexto por si solas o en su conjunto, explican la Satisfacción Vital. El objetivo principal de este estudio es evidenciar cómo los indicadores de la Satisfacción Vital, se ven influenciadas por la situación de pareja comparando las puntuaciones medias del cuestionario.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Quintero, S., & Trompiz, J. (2013); Cortés Recabal, J., & Flores Leone, P., & Gómez Muñoz, C., & Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012); Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En este artículo investigativo se evidencian las variables influyen en la satisfacción vital de los adultos mayores, se retoma a Veenhoven (1984) y Cole, Peeke y Dolezal (1999), para señalar que la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias. El bienestar subjetivo se entiende como el grado que una persona evalúa su calidad de vida de forma positiva. La investigación desde la psicología de la felicidad o bienestar subjetivo se ha incrementado notablemente en las últimas décadas (Alarcón, 2006), sin embargo, los avances en la investigación de la felicidad sugieren que las pruebas para evaluarla son relativamente escasas. Un interés principal del estudio fue

discriminar las variables sociodemográficas en la satisfacción vital del adulto mayor como enfermedades crónicas, importancia de la religión en la vida, ingreso total familiar, situación de vivienda y situación de hogar. En el estudio se encuentra que: El concepto de apoyo social tiene que ver con algo tan cotidiano y tan inmediato como las relaciones sociales que cada uno establece en su entorno, que suponen una fuente de experiencias de muy diverso tipo entre las cuales son especialmente importantes las que se refieren a la recepción de ayuda en sus formas materiales, emocionales o de cualquier otro tipo. (Fernández y García, 1994). En relación a las variables sociodemográficas, Bonavía y Quintanilla (1998), encuentran que las variables situacionales como el nivel de ingresos y el estatus (definido como el nivel jerárquico dentro de una organización) no presentan influencia en la Satisfacción Vital de las personas, por lo que los aspectos de apoyo y cercanía social tienden a tener una mayor preponderancia al momento de establecer los niveles de Satisfacción Vital. Para la realidad local en el cual se centra este estudio, Lee (2008) ha encontrado que el nivel de ingresos económicos correlaciona positiva y significativamente con la variable Satisfacción Vital, sin embargo se presenta como una relación muy débil (0,210) pero no alejada de la encontrada por Argyle (1987) cuya relación entre la satisfacción en relación a los ingresos económicos en distintos países correlaciona entre 0,15 a 0,25, lo que hace pensar que los ingresos económicos aportan en cierta medida a la satisfacción vital, sin embargo no es determinante de ésta (Lee, 2008). Gfellner (1989, citado en Inga y Vara, 2006), señala que las percepciones de salud son un indicador de la satisfacción de vida en comparación con el número de enfermedades crónicas. Se encontró además que el poseer una vivienda propia se relaciona más fuertemente con la Satisfacción Vital que la ausencia de una enfermedad crónica. Con respecto a la variable sexo (grupo hombres y grupo mujeres), los análisis arrojan sólo una correlación positiva y significativa en los hombres entre el Ingreso Total Familiar y la Satisfacción con la Vida (,293). Y, a pesar de que la fuerza de esta relación es más débil que la del Ingreso Total Familiar para la muestra total (,307) es la más importante para los hombres de la muestra, sugiriendo la confirmación del rol que asumen generalmente como “proveedores” dentro de una familia. De esto se puede señalar que, tener hijos y vivir en compañía para quienes presentan enfermedades crónicas se constituye en variables que ayudarían a los integrantes de la muestra a presentar mayores índices de Satisfacción Vital, existiendo diferencias significativas en las correlaciones de estas variables, entre quienes presentan una enfermedad crónica y quienes no la presentan. Por lo que se puede decir que la diferencia de la Satisfacción Vital entre quienes padecen de alguna enfermedad crónica no pasa por factores de orden material sino por un factor social, que es este caso es el sentirse acompañados por la presencia de figuras importantes. De acuerdo a los resultados no se evidencian diferencias de medias significativas en las puntuaciones medias, por parte de las parejas mayores de 60 años de la muestra. Las variables sociodemográficas seleccionadas en este estudio (enfermedades crónicas, importancia de la religión en la vida, ingreso total familiar, situación de vivienda y situación de hogar) llegan a explicar un porcentaje aceptable para el componente de la Satisfacción Vital, considerando que es el

juicio global que la persona realiza de los diferentes aspectos de su vida. Frente a esto Stearns y Stearns (1986, citado en Alcalá, Camacho, Giner e Ibáñez, 2006), señalan que el rol de la mujer implica el cuidado de los miembros de su familia, dentro de la esfera privada del hogar, que requiere sensibilidad emocional. Las variables sociodemográficas consideradas para la explicación de esta investigación, explican un porcentaje aceptable y dentro de investigaciones anteriores, por lo que éstas se convierten en un buen predictor de la satisfacción vital en adultos mayores para una muestra local.

MEMO ANALÍTICO No. 13

REFERENCIA:

Vásquez-Amézquita, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (1), 5-11.

Keywords/ Palabras clave

Reserva cognitiva, rendimiento cognitivo, educación, capacidad intelectual, envejecimiento

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

El objetivo de este estudio fue identificar los factores predictores de la Reserva Cognitiva (RCog) medida a través del rendimiento cognitivo en un grupo de adultos mayores inscritos a un programa de atención integral al adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 años. Se tuvieron en cuenta 8 factores predictores de la RCog basados en el cuestionario de Rami et al. (2011) y la medición del índice de Coeficiente Intelectual (CI). El rendimiento cognitivo fue medido a través de la Batería Neuropsi. Se realizaron análisis de correlación y de regresión múltiple entre factores. El factor escolaridad correlacionó significativamente con Formación intelectual y Actividad lectora ($p < 0,05$). Las variables predictoras significativas del rendimiento cognitivo fueron Escolaridad y CI predictores del 62.9% de la varianza ($r^2 = 65.4$; $p < 0.02$). Se soporta la idea de que la capacidad intelectual y el nivel educativo son los predictores más fiables de la RCog y podrían retrasar el declive cognitivo propio del envejecimiento. .

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Mayordomo, T., & Sales, A., & Meléndez, J. (2015).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Este artículo investigativo define la reserva cognitiva como una de las variables determinantes en la velocidad con la que ocurre el deterioro cognitivo durante la vejez y tiene relación directa con algunos factores personales y contextuales con los que ha estado expuesto el adulto mayor a lo largo de su vida (Meléndez, Mayordomo, & Sales, 2013). Se reafirma el papel de la educación tanto en la Reserva cerebral como en la cognitiva, encontrando asociación entre el nivel educativo y el volumen cerebral tanto a nivel de sustancia gris y blanca, así como con el rendimiento cognitivo, considerado una medida del nivel de RCog. En un estudio con 10.079 miembros de la comunidad sueca de registro de gemelos, con el objetivo de asociar la complejidad de la ocupación con el riesgo de demencia (Andel et al. (2005). Se encontró que aunque la relación más fuerte entre los factores de RCog y el rendimiento cognitivo se halla en la complejidad de la ocupación al inicio de la vejez, ocurre a su vez un descenso a lo largo del tiempo más rápido en el rendimiento cognitivo en el grupo de alta RCog, utilizando como indicador la ocupación, que en el grupo donde el indicador fue la educación. (Singh-Manoux et al. (2011) Los autores plantean que las ganancias obtenidas con trabajos de alta complejidad pueden ser transitorias y que el beneficio de la ocupación se ve influido por la educación que induce al individuo a la práctica de actividades cognitivas exigentes que pueden estar relacionadas con el mantenimiento de la función cognitiva, no obstante, algunos logros obtenidos con la ocupación pueden perderse con el envejecimiento. En Colombia, la Ley 1251 de 2008 que establece las normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores orienta sus políticas basada en el proceso de envejecimiento, sus cambios y necesidad de enriquecimiento del contexto en el que se desarrolla el adulto mayor, asumiendo que en esta etapa de la vida se debe procurar cubrir tanto las necesidades no satisfechas en etapas tempranas, como las que emergen en la etapa de la vejez. Según Arango y Ruiz (2006) y Ruiz, Arrubla y Sanabria (2013) cerca de un 20% de adultos mayores es analfabeta y entre 40% y 50% vive en condiciones de pobreza, ambientes empobrecidos que tienen como factor común, la falta de acceso a la educación, que trae como consecuencias el desempeño en empleos no cualificados, de baja remuneración, de exigencia física alta, pero cognitiva baja, que dejan de lado el bienestar y el aprovechamiento del tiempo libre en actividades estimulantes que garanticen calidad de vida y un óptimo desarrollo físico y cognitivo. Si bien la evidencia aún no es consistente y en Colombia los estudios son ausentes, existe un apoyo general importante hacia la promoción de los factores predictores de la RCog a lo largo de la vida y durante la vejez misma en el que vale la pena profundizar, con el ánimo de fortalecer los programas y políticas públicas que buscan brindar atención al adulto mayor en condición de desventaja social y económica. Se seleccionó a través de un método no probabilístico por conveniencia una muestra de 30 adultos mayores entre 60 y 85 años en condiciones de desventaja social (bajo nivel educativo y socio-económico), de niveles socioeconómicos, bajo (96%, estratos 1 y 2) y medio (3.3%, estrato 3), de lateralidad diestra, quienes asistían regularmente al programa de atención integral del adulto mayor de la Alcaldía de Ibagué y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio a través de la firma del correspondiente

consentimiento informado. Adell-Serrano et al., 2013) relacionó la reserva cognitiva con las siguientes áreas: nivel de escolaridad, escolaridad de los padres, realización de cursos de formación intelectual, complejidad ocupacional, formación musical, dominio de idiomas, actividad lectora y práctica de juegos intelectuales. La caracterización de la muestra permite evidenciar que la mayoría de los participantes pertenecen a estratos socio-económicos bajos, provienen de familias con padres de nulo o inferior nivel educativo, alcanzaron un bajo nivel de escolaridad y se desempeñaron a lo largo de su vida en ocupaciones de baja complejidad, condiciones de desventaja que según Sánchez et al (2010) caracterizan a la población colombiana y se encuentran relacionadas con deterioro cognitivo. Si bien la investigación previa evidencia que otros factores personales – contextuales como la formación intelectual, los juegos intelectuales, el dominio de idiomas, la actividad lectora o la formación musical son promotores de la RCog, la presente investigación sugiere que no serían tan determinantes, como la educación y la capacidad intelectual, quienes además presentaron correlaciones altas con el rendimiento cognitivo. De esta manera, ni la capacidad intelectual, ni la educación, parecen explicar por sí solas la RCog (Stern, 2006), no obstante, la capacidad intelectual estaría mostrando ser un predictor muy sólido respecto al nivel educativo en grupos de adultos mayores con las características descritas (bajo nivel socio-económico, bajo nivel de escolaridad, padres con nula escolaridad, ocupaciones de baja complejidad etc). Así, teniendo en cuenta que la muestra evaluada presenta desventajas socio-económicas, el nivel de escolaridad no resulta ser una representación exacta de la capacidad de los adultos mayores y por tanto un predictor tan robusto de su RCog, sin dejar de ser un predictor importante. Se presentan evidencia a favor del nivel de lectura como predictor fiable y quizás mejor predictor que la educación, especialmente en población donde la calidad de la educación es baja o hay nula escolaridad y aunque en este caso solo se encontró una relación con el nivel educativo, valdría la pena introducir medidas más objetivas de los niveles de lectura para esclarecer el papel predictor de esta variable. El cerebro tiene la capacidad de reorganizarse y generar estrategias alternativas para enfrentar los cambios cerebrales producto del envejecimiento durante toda la vida, por tanto, aunque se provenga de ambientes empobrecidos, aún en la adultez mayor es posible iniciar el entrenamiento para optimizar las habilidades y retrasar el declive cognitivo, especialmente en lo que tiene que ver con la formación intelectual y la educación (Iborra, 2013). Se considera necesario integrar educación, actividades de ocio, físicas y artísticas en busca de la prevención del envejecimiento precoz.

MEMO ANALÍTICO No. 14

REFERENCIA:

Cortés Recabal, J., & Flores Leone, P., & Gómez Muñoz, C., & Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012). RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES. *Ciencia y Enfermería*, XVIII (3), 73-81.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Resiliencia, adulto mayor, estilo de vida, actividades cotidianas.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

Relacionar la capacidad de resiliencia de un grupo de adultos mayores autovalentes de la comuna de Chillán Viejo (Chile) respecto a sus estilos de vida. Material y métodos: Estudio de tipo correlacional y de corte transversal de 176 adultos mayores autovalentes de ambos sexos entre 65 y 85 años de edad asistentes a un centro de salud primaria de la comuna de Chillán Viejo Región del Bío-Bío, Chile. Se aplicó la escala Resiliencia de Wagnild y Young adaptada por las autoras del estudio; empleándose la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fischer, cuando correspondiera, considerándose como significancia estadística $p < 0,05$. Resultados. El 82,4% de los participantes del estudio poseen una alta capacidad de resiliencia. Se observó que la capacidad de resiliencia depende significativamente de la situación de pareja ($p=0,002$), la mantención de actividad sexual ($p=0,008$), las actividades recreativas ($p=0,015$) y el estado de ánimo ($p=0,001$). Conclusión. Existen características de sus estilos de vida que se relacionan en mayor medida a su nivel de resiliencia, que le permite enfrentar cambios propios del proceso natural de envejecimiento de los adultos mayores.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Quintero, S., & Trompiz, J. (2013); Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. (2012); Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto
En el artículo se define el concepto de resiliencia como la capacidad universal que permite a una persona recobrase, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad (Manciaux M. 2004) e incluso salir fortalecidos de la situación historia de adaptaciones exitosas con exposiciones de riesgo o eventos estresantes de la vida. (Melillo A, Suárez 2005) Se deduce que uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo, por lo que el enfoque de la resiliencia permite reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aun durante su envejecimiento. (Sanhueza M, Castro M, Merino J. 2005)

En este estudio el universo estuvo constituido por 324 adultos mayores inscritos en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Chillán Viejo que cumplieron con el criterio de funcionalidad autovalente medido a través de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Dentro de los criterios de inclusión considerados en este estudio fueron que los adultos mayores tuvieran un rango de edad de 65 a 85 años de edad, residentes en la zona urbana de la comuna de Chillán Viejo, de la provincia de Ñuble de la Región del Bío-Bío, inscritos en el CESFAM de Chillán Viejo y que hayan sido clasificados como autovalentes según EFAM entre marzo 2006 y marzo 2007.

La segunda parte del instrumento recolector incluye la Escala de Resiliencia (Wagnild GM, Young, HM. 1993) adaptada, modificada y validada por los autores de esta investigación, de acuerdo a la realidad local, validándose según juicio de expertos en una primera instancia para luego verificar el grado de comprensión por la unidad de análisis, aplicándolo a una muestra piloto de 10 adultos mayores pertenecientes al CESFAM. Del total de la muestra, se observó que el 82,4% de los adultos mayores autovalentes encuestados poseen una alta capacidad de resiliencia (n=145) y un 17% tiene una mediana capacidad de resiliencia (n=30), mientras que tan sólo un sujeto posee una baja capacidad de resiliencia, que representa el 0,6% de la muestra. Se muestra que la resiliencia se asoció significativamente con la situación de pareja ($p=0,002$), en donde aquellos que al momento de tomar los datos tenían un pareja, tuvieron una alta resiliencia (51,7%), mientras que los adultos mayores que expresaron no tener pareja fueron clasificados en su mayoría (80%) con una media resiliencia. Se indica que la capacidad de resiliencia no se asocia a la presencia de enfermedades crónicas (considerando la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial), ni tampoco respecto de la asistencia o inasistencia a controles de salud ($p=N.S.$), pero los porcentajes de adultos mayores clasificados con alta y media capacidad de resiliencia que presentan enfermedades crónicas son muy similares entre sí (75,9 versus 89,0%, respectivamente), mientras que del grupo que no tienen enfermedades crónicas sus porcentajes de alta y media resiliencia son del 24,1 y 20%, respectivamente. Resnick e Inquito describen la resiliencia como la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar un nivel de salud física o emocional después de la enfermedad o la pérdida en donde el 82,4% fue clasificado con una alta capacidad, siguiéndole sólo un 17% de los adultos mayores, quienes fueron considerados con mediana resiliencia, por cuanto apunta a que los adultos mayores presentan una alta capacidad de afrontar los problemas, lo que conlleva a un “envejecimiento exitoso”, concepto que ha sido popular durante muchas décadas (Resnick BA, Inquito PL, 2011).

De acuerdo con lo expuesto en este artículo, se debe considerar la fragilidad como un estado de salud representado por una mayor vulnerabilidad para la salud frente a factores de estrés (Legrand FD, Mille CR. 2009), por lo que fomentar estilos de vida que permitan mantener una mejor capacidad de resiliencia se convierte en algo indispensable que se debe trabajar a diario con los adultos mayores bajo un contexto común, y comparable de acuerdo a sus propias creencias, capacidades, características y costumbres, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

MEMO ANALÍTICO No. 15

REFERENCIA:

Quintero, S., & Trompiz, J. (2013). El adulto mayor como transmisor de tradición y cultura de la corianidad. *Multiciencias*, 13 (1), 39-45.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Adulto mayor, tradición, cultura, transmisión, envejecimiento activo.

Categoría de búsqueda

Redalyc

Idea central del documento

La investigación tuvo como propósito valorar al adulto mayor como transmisor de tradición y cultura de la Corianidad del Municipio Miranda, Estado Falcón. El paradigma es cualitativo, su metodología historias de vida, las técnicas observación directa y la entrevista en profundidad. Los informantes son dos adultos mayores (ambos sexos). El instrumento fue una guía de entrevista validada por expertos. Para el análisis se categorizó y trianguló la información para contrastarla y teorizarla.

Como es de campo se usó cuaderno de notas, grabadora y cámara fotográfica. Entre los resultados están: favorecimiento del envejecimiento activo por experiencias vividas como hijos y abuelos. Valoración de la imagen del adulto mayor activo, amor a la vida y las relaciones intergeneracionales. Se reconoce además que en la corianidad, el adulto mayor es transmisor de conocimientos, experiencia, valores, normas, tradiciones y cultura a distintas generaciones, esto contribuye a la formación moral y espiritual de distintos grupos.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Cortés Recabal, J., & Flores Leone, P., & Gómez Muñoz, C., & Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012); Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. (2012); Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En este artículo investigativo se habla de Venezuela como un país, cuya tendencia demográfica avanza de manera acelerada hacia el envejecimiento poblacional, por esta razón, el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística (INE 2001), refiere que para el año 2001 Venezuela contaba con una población de 23.054.210 habitantes donde 1.622.738 eran de personas de 60 años y más (7%), ya para el 2009 había 28.384.132 venezolanos de los cuales 2.417.258 eran mayores de 60 años (8,5%) y se presumía que para el 2015 se tendrían aproximadamente 3.154.716 personas de 60 años es decir un 10,17% de la población total. Se menciona que los adultos mayores en este país constituyen una figura importante porque son quienes dan las enseñanzas a otras generaciones más jóvenes, son la metáfora de la vida y además son considerados el pilar de la estructura familiar, por ser la persona que ha vivido varias generaciones como portadoras de un cúmulo de experiencias e informaciones las cuales representan un depósito de conocimientos y hábitos que la familia ha conservado de acuerdo al contexto socio- histórico. El estudio se hace en la ciudad de Coro, bajo un enfoque cualitativo, en la comunidad donde viven y trabajan los adultos mayores como actores sociales de ésta, con ello se fomentando la autonomía y los valores de participación. Bermejo (2010) cita Organización Mundial de la Salud (OMS) en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) para decir que el envejecimiento activo en términos de productividad está definido como “el proceso de optimización de oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. Como resultado del estudio y teniendo en cuenta la definición anterior, se obtuvo que en la etapa de la niñez los informantes de la investigación refieren un grado íntimo de relaciones interpersonales e intergeneracionales con las personas mayores en la transmisión de las tradiciones y la cultura de su tiempo, mediante cuentos o anécdotas de los “Viejos, entre ellos la manera de cocinar dulces y comida típica, el rezo en familia, la elaboración de artículos de bisutería entre otros y los consejos que les daban para fortalecer sus valores. En la etapa de la adolescencia los informantes refieren con énfasis el aprendizaje de diversos oficios (el informante masculino en el oficio de limpiabotas y hacedor de pasta para el frisado de casa coloniales y la informante femenina la elaboración de muñecas de trapo, dulces típicos, comidas saladas, entre otros) que sirvieron para dar cabida a la autonomía en el aprendizaje y la creatividad en los trabajos que iban aprendiendo de los mayores.

MEMO ANALÍTICO No. 16

REFERENCIA:

Mayordomo, T., & Sales, A., & Meléndez, J. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, 31 (1), 310-316.

Keywords/ Palabras clave

Reserva cognitiva; compensación; envejecimiento; MCQ

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

Los términos de reserva cognitiva y compensación, han sido utilizados en una amplia variedad de situaciones en la literatura científica para referirse a la superación o reducción de las pérdidas o déficits en diferentes mecanismos y procesos como es la memoria. A través del Memory Compensation Questionnaire (MCQ), se pretende analizar los diferentes mecanismos de compensación en relación con ciertas variables sociodemográficas (edad, género y nivel educativo) de una muestra española y establecer, a partir de una medida combinada de reserva cognitiva (RC), las diferencias existentes entre sujetos con alta y baja reserva en el uso de mecanismos de compensación. Se evaluó a 264 sujetos jubilados españoles, donde se obtuvo que las estrategias de compensación más empleadas se basan en los mecanismos de remediación y sustitución. Las estrategias externas y de confianza son las que principalmente muestran correlaciones y diferencias significativas con las diferentes variables sociodemográficas analizadas. En cuanto a la reserva cognitiva, se observó que aquellos sujetos con alta RC presentaban mayor uso de estrategias externo e interno, y los sujetos con baja RC esfuerzo y cambio.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Vásquez-Amézquita, M. (2016)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Se pueden diferenciar dos tipos de compensación, una con una perspectiva de carácter neurológico que plantea un modelo de compensación cerebral, y otra con una perspectiva más psicológica en la que se hace referencia a la compensación a partir de estrategias de tipo comportamental y cognitivo. Por lo que respecta a las explícitas, los trabajos desarrollados por Frías, Dixon y Bäckman (2003), señalan que cuando hacemos referencia expresa a la memoria, compensar implica el uso de estrategias o mecanismos que ayudan a superar o mitigar la disminución del funcionamiento de ésta, integrando los principales componentes que se pueden identificar para la reducción de los déficits y su compensación en cuatro tipos de actuaciones compensatorias: la remediación (investigar más tiempo en algo para compensar), la sustitución (desarrollar o poner en marcha herramientas latentes que compensen), la acomodación (ajuste de metas y criterio de forma más consonantes con las capacidades) y la asimilación (modificar las demandas o requisitos exigidos por el entorno). Así, se pretende desarrollar una medida de RC, a partir de la cual poder discriminar entre los sujetos con alta y baja RC y analizar las posibles diferencias en sus estrategias de compensación, esperando obtener, debido a la existencia de mayores recursos disponibles por parte de los sujetos con alta reserva cognitiva (ARC), puntuaciones diferencialmente significativas en las estrategias externas e internas, así como una menor percepción de cambio y esfuerzo, y una mayor percepción de éxito que los sujetos con baja reserva cognitiva (BRC). El cuestionario se compone de cinco escalas principales que representan formas de conductas compensatorias relevantes en el día a día, de una sexta subescala que evalúa el nivel de satisfacción en las funciones de memoria cotidiana así como la disposición de la persona a acomodarse a los cambios en la memoria, y de una séptima subescala que estudia en qué medida se han producido cambios en los últimos años. Inicialmente, se analizó el grado en que los sujetos ponen en marcha los diferentes tipos de estrategias de compensación, y al igual que en el trabajo de Dixon et al (2001), destacar que son los mecanismos de remediación y sustitución los más utilizados, sin embargo y a diferencia de este trabajo, el uso de ayudas de memoria de carácter externo fue la forma más común de compensación utilizada, mientras que en este estudio fue el uso de mayor tiempo, seguido de las estrategias externas. Por lo que respecta al primer objetivo, centrado en el estudio de las diferencias en las escalas del MCQ en función de los aspectos sociodemográficos, tal y como señalan Dixon et al (2001), el uso de los mecanismos de compensación en relación a la edad es bastante estable, y el hecho de que los adultos mayores sin deterioro informen de niveles similares del uso de las estrategias compensatorias, implica que incluso los más mayores, todavía no han percibido la necesidad de incrementar el uso de conductas compensatorias con el fin de mantener niveles eficaces de competencia en las situaciones cotidianas de memoria, o aún no se han enfrentado a un grave desequilibrio entre las exigencias ambientales y sus habilidades y capacidades personales. Por último, y en relación al nivel de estudios, se ha observado cómo aquellos sujetos con menor nivel son los que diferencialmente perciben un mayor cambio en los últimos años, aspecto que quedaría reforzado por el menor uso de estrategias externas, y por el aumento en el uso de la estrategia de confianza, diferenciación que puede implicar la necesidad de un incremento compensatorio con el fin de mantener niveles eficaces de competencia, sustentando lo planteado por Stern (2006), según el cual los criterios educación- ocupación, y actividades, son los que muestran tanto de forma individual como de forma conjunta un mayor efecto sobre la medida de RC.

MEMO ANALÍTICO No. 17

REFERENCIA:

Acosta Quiroz, C., & Vales García, J., & Palacio Cinco, R. (2015). AJUSTE PSICOSOCIAL, BIENESTAR SUBJETIVO Y OCIO EN ADULTOS MAYORES JUBILADOS MEXICANOS. Enseñanza e Investigación en Psicología, 20 (3), 316-325.

Keywords/ Palabras clave

Adultos mayores; Ajuste psicosocial; Bienestar subjetivo; Jubilación; Ocio.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre ajuste psicosocial en la jubilación, bienestar subjetivo, actividades de ocio y variables sociodemográficas en adultos mayores jubilados mexicanos. Participaron 181 adultos mayores con una edad media de 69.12 años y un tiempo medio de jubilación de 11.21 años. Los resultados indican que el ajuste psicosocial en la jubilación y el bienestar subjetivo se relacionan significativamente entre sí y con las variables sociodemográficas de sexo, nivel de estudios, estatus de salud y estado civil. A su vez, se relacionan con la frecuencia de actividades de ocio (con diferencias entre hombres y mujeres). Estas variables deben tenerse en cuenta para fomentar un mayor ajuste psicosocial y bienestar subjetivo en adultos mayores jubilados.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Plaza Carmona, M., & Requena Hernández, C., & Rosario, I., & López Fernández, V. (2015).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Desde el punto de vista de la transición entre el trabajo, el retiro laboral y la jubilación periodo en el cual la persona se enfrenta a cambios propios de la edad y al prejuicio social asociado al envejecimiento—, las personas deben recurrir a diversos factores internos y externos para lograr una mejor adaptación (Cruz, 2011). Con la incorporación de ciertas variables predictoras relevantes en el caso de hombres y mujeres, hay el interés en estudiar la diferencia en los patrones de jubilación y el proceso de ajuste al mismo en ambos sexos (Madrid y Garcés de los Fayos, 2000). Más como una simple explicación que como un modelo teórico, la llamada “teoría de la actividad” especifica los mecanismos que sustentan la relación entre actividad y bienestar subjetivo, específicamente con la satisfacción con la vida, en la que los componentes de la actividad que determinan la influencia en el bienestar subjetivo son la frecuencia de participación en tales actividades y los diferentes tipos de estas. Un estudio realizado por Sener, Terzioglu y Karabulut (2007) tuvo como propósito evaluar los efectos de la salud, ingreso económico, edad, nivel de estudios, estado civil y participación en actividades de ocio en la satisfacción con la vida de un grupo de 231 hombres jubilados en Turquía, en quienes se evaluó su satisfacción con la vida, frecuencia de participación en actividades de ocio, salud percibida, edad, estado civil, nivel educativo e ingreso económico. Si bien tales resultados no son generalizables a otras poblaciones, subrayan sin embargo la necesidad de hacer más investigaciones para determinar el impacto de las variables sociodemográficas y las actividades de ocio en la satisfacción con la vida en la población de jubilados. Se evaluó en los participantes la satisfacción con la vida, frecuencia de participación en actividades de ocio, edad, años de educación, estado civil, ingreso económico, estatus de salud y redes sociales. Por lo anterior, el objetivo de este estudio con diseño de investigación no experimental transeccional correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) fue establecer la relación entre ajuste psicosocial en la jubilación, bienestar subjetivo, actividades de ocio y variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudios y estatus de salud), en adultos mayores jubilados mexicanos, dada la considerable falta de investigaciones en México al respecto, comparar los puntajes de ajuste psicosocial en la jubilación y de bienestar subjetivo según el sexo, estado civil, nivel de estudios y estatus de salud en los participantes. Los participantes se captaron mediante un muestreo intencional (Sierra, 2003), muestreo no probabilístico o muestra dirigida (Hernández et al., 2010) en centros de reunión de adultos mayores jubilados. Un equipo de tres investigadores aplicó individualmente la hoja de datos sociodemográficos, la escala de bienestar subjetivo, la escala de ajuste psicosocial en la jubilación y el INACOAM en su versión femenina o masculina, según el caso. El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre el ajuste psicosocial en la jubilación, el bienestar subjetivo, las actividades de ocio y las variables sociodemográficas de sexo, estado civil, nivel de estudios y estatus de salud en adultos mayores jubilados mexicanos. Se trata de variables diferentes en su naturaleza, coinciden en relación con el sentido de bienestar general que puede experimentar una persona que, al mismo tiempo que termina su ciclo laboral, entra en una etapa de la vida en la que los cambios y pérdidas asociadas al envejecimiento plantean retos adaptativos importantes.

A su vez, en la relación entre el bienestar subjetivo con la frecuencia de actividades de ocio específicas en las mujeres, la única que se asocia al bienestar con una correlación de débil a moderada es una actividad social formal y que también puede ser una actividad solitaria (como ir a la iglesia), en concordancia parcial con lo establecido en la llamada “teoría de la actividad” (Lemon et al., 1972) y contrariamente a lo encontrado por Zimmer y Lin (1996), en cuyo estudio los puntajes de bienestar en mujeres taiwanesas decrecen respecto al nivel de participación en actividades religiosas. Junto con el comportamiento similar de ambas variables respecto al nivel de estudios de los participantes en esta investigación, el ajuste psicosocial en la jubilación se correlaciona moderadamente con las tres dimensiones del constructo de bienestar subjetivo medido en los participantes. Respecto a la relación entre ajuste psicosocial en la jubilación y la frecuencia de actividades de ocio en los hombres participantes en este estudio, de igual manera las actividades sociales informales son las que más se asocian al bienestar, seguidas por una actividad solitaria. En la relación entre el ajuste psicosocial en la jubilación con la frecuencia de actividades de ocio específicas en las mujeres participantes, es una actividad solitaria la que más se asocia al ajuste en la jubilación. Aquí también resultan de utilidad las premisas de la teoría de la actividad, pues los datos de este estudio indican que las personas mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades que contribuyen a vivir el proceso de envejecimiento en una forma satisfactoria y a adaptarse mejor a nuevas situaciones. De igual manera, se relacionan con la frecuencia de actividades de ocio, habiendo diferencias entre hombres y mujeres, por lo cual los supuestos de la teoría de la actividad pueden ser útiles para explicar tales relaciones.

MEMO ANALÍTICO No. 18

REFERENCIA:

Fernández, M., & Herrera, M. (2016). Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Psykhé*, 25 (1), 1-14.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: apoyo social, solidaridad intergeneracional, distrés, reciprocidad, cuidadoras.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

El estudio buscó aportar evidencia empírica sobre las consecuencias de las relaciones intergeneracionales de apoyo hacia los padres mayores sobre el bienestar —operacionalizado como distrés— de hijas de 45 años y más y determinar los factores moderadores que pueden disminuir la eventual asociación directa entre entrega de apoyo y distrés. Utilizando los datos de la encuesta “Cohesión familiar, solidaridad intergeneracional y conflicto: impacto en el bienestar del adulto mayor” de 2009, representativa de personas de 45 y más años de Santiago, Chile, se calcularon modelos de regresión lineal jerárquica con la corrección de clustered robust standard errors a una submuestra de 102 mujeres con al menos un padre/madre vivo/a. No se encontró asociación entre distrés y brindar o no apoyo regular al padre o madre; se encontró, más bien, una asociación entre percepción de apoyo y bienestar. Se confirmó que las condiciones de vida constituyen los principales predictores de bienestar. Si bien dar apoyo a los padres mayores no implica mayor distrés, el tener menos hermanos —especialmente no tenerlos— se asocia con mayores niveles de malestar emocional.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Domínguez Guedea, M., & Mandujano Jaquez, M., & Georgina Quintero, M., & Sotelo Quiñónez, T., & Gaxiola Romero, J., & Valencia Maldonado, J. (2013).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

La vejez plantea una serie de nuevos desafíos, como satisfacer de manera adecuada el paulatino deterioro de salud de los individuos envejecidos, debido a la frecuente aparición de una serie de síndromes invalidantes y enfermedades que acrecientan la dependencia de este grupo poblacional y sus necesidades de atención especializada, especialmente entre los de más edad. Se ha demostrado ampliamente que las hijas de personas mayores son quienes brindan la mayor cantidad de apoyos y cuidados en momentos de necesidad a las personas mayores, a pesar de que en la actualidad hay más hombres que participan en el cuidado de familiares (Herrera & Kornfeld, 2008) Si bien históricamente las hijas han cumplido el rol familiar de dar apoyo a los padres mayores en momentos de necesidad, no se puede desconocer el hecho de que cada vez se vuelve más problemático para estas cumplir con esta tarea, debido a que el aumento de la expectativa de vida incrementa el número de años que una persona mayor puede vivir con una enfermedad crónica o con alguna disfuncionalidad y con una menor posibilidad de reciprocación. Diener y Ryan (2009) muestran que el ingreso tiene un efecto positivo sobre el bienestar, pero la fuerza de esta asociación decrece a medida que se eleva el ingreso, siendo más importante la percepción de suficiencia de ingreso que la cuantía de este (Herrera et al., 2011). El modo de selección de las personas a entrevistar intentó conjugar dos elementos: que fuera lo más representativa posible de la población de 45 y más años de la ciudad de Santiago de Chile, pero a un costo razonable. De acuerdo con la literatura existente y la evidencia de estudios previos, se identifican dos dimensiones de bienestar: (a) satisfacción general con la vida, que se refiere a un enjuiciamiento global o a una evaluación cognitiva de la vida, y (b) el bienestar emocional, que se remite a un componente afectivo, que depende de la reacción y capacidad de adaptación a eventos específicos que ocurren en la vida (Durán Jiménez, 2010).

Sentir que se cuenta con apoyo en caso de necesitarlo puede generar sentimientos de conformidad, a la vez que facilita hacer frente a una situación de estrés de manera más autónoma, lo que termina por favorecer el nivel de bienestar (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000). En los resultados de la Encuesta Nacional Bicentenario Universidad Católica - Adimark del año 2009 (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2009) se observó que las madres de las personas de 50 a 54 años encuestadas habían tenido un promedio de 6,9 hijos (es decir, unos seis hermanos), mientras que su generación tuvo un promedio de tres hijos por mujer. De mantenerse las actuales tasas de fecundidad en Chile, en el futuro las hijas adultas tendrán en promedio solo un hermano o hermana, con lo cual, si bien la relación establecida con sus padres será más intensa (Silverstein, Conroy & Gans, 2008), mayor será la probabilidad de desempeñar el rol de cuidador principal, a

la vez que dispondrán de una menor red de apoyo. Una posible explicación puede estar dada por las características de la variable que mide la percepción de la calidad actual de la relación de la hija con el padre o la madre y no una evaluación histórica de esta relación. Es así como una buena calidad de la relación implica una historia marcada desde la más temprana infancia por la preocupación, protección, cuidado y afecto constante de los padres hacia sus hijos, generándose fuertes lazos de apego entre generaciones, aspecto que ha sido demostrado ser de gran relevancia para aminorar los costos derivados de la atención familiar en el contexto intergeneracional (Cicirelli, 1993). El estudio que ha abordado recientemente una muestra más amplia de cuidadores ha sido la Encuesta Nacional de Dependencia de Chile del año 2009, que abarcó a una muestra de 445 cuidadores que tenían las siguientes características: 84% eran mujeres con un promedio de edad de 52,2 años; 25% con sobrecarga intensa y 19% con sobrecarga leve, según la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, y 44% con depresión, según la escala CES-D, a partir de tabulaciones propias realizadas de la base de datos de dicha encuesta (SENAMA, 2010). Lo primero debería ser materia de preocupación para las políticas públicas, de modo de prevenir lo que ha estado ocurriendo hace ya bastante tiempo en algunos países como España, Polonia o Portugal, que han ido aumentando crecientemente la proporción de mujeres que tiene un único hijo, vislumbrándose redes de apoyo familiar más limitadas en el futuro para responder a la creciente necesidad de la población mayor.

MEMO ANALÍTICO No. 19

REFERENCIA:

Restrepo Bernal, D., & Niño García, J., & Ortiz Estévez, D. (2016). Prevención del delirium. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 37-45.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Delirium Prevención primaria Etiología Factores de riesgo Tratamiento.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

El delirium es el síndrome neuropsiquiátrico más prevalente en el hospital general. Su presencia es un marcador de mal pronóstico para los pacientes. Prevenirlo puede ser la estrategia más efectiva para reducir su frecuencia y sus complicaciones. Objetivo: Identificar estrategias farmacológicas y no farmacológicas para la prevención del delirium. Metodología: Revisión no sistemática, en bases de datos como MEDLINE, Cochrane, EMBASE, Ovid y ScienceDirect, de artículos en español y en inglés

publicados en los últimos diez años, mediante una búsqueda que incluyó los términos delirium AND prevention. Resultados: La identificación de los factores predisponentes y precipitantes del delirium y una mayor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la aparición de este han permitido implementar diversas estrategias farmacológicas y no farmacológicas para pacientes con alto riesgo de contraer delirium hospitalario. Los estudios para prevenir el delirium se han concentrado en pacientes quirúrgicos. La evidencia actual apoya la implementación sistemática de medidas no farmacológicas para la prevención del delirium, por tratarse de estrategias fáciles de implementar y costo-efectivas. La evidencia disponible todavía es poca para recomendar el uso sistemático de medicamentos profilácticos para delirium, si bien existe consenso frente a la modesta utilidad de los antipsicóticos en pacientes quirúrgicos y de la dexmedetomidina en pacientes de cuidados intensivos. Conclusiones: Se necesitan nuevos ensayos clínicos de alta calidad que aporten mayor evidencia e incluyan a pacientes no quirúrgicos.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Alejandro Cervigni, (2015); José Calero, M^a & López-Cala, Guillermo & R. Ortega, Ana & J. Cruz-Lendínez, Alfonso. (2016); Cancino, M., & Rehbein, L. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), apoyada en los planteamientos de Leavell y Clark (1953) planteó tres niveles de intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirium: Ambientales: proveer ambiente seguro, evitar caídas, evitar traslado del paciente a otras áreas de hospitalización, proveer espacios iluminados naturalmente en el día y oscuros en la noche, ambiente tranquilo, sin ruidos, uso de calendarios y relojes de fácil lectura y comprensión, evitar uso de restricción mecánica, no interrumpir sueño, nocturno con procedimientos de enfermería, Clínicas: Revisar medicamentos diariamente, retirar los que no son necesarios, sustituir, disminuir o suspender medicamentos anticolinérgicos, retiro precoz de sondas y catéteres, estimular deambulación o, en su defecto, preferir sentado en vez de acostado, estimular ingesta de líquidos, evitar y tratar constipación, evaluar por hipoxia y optimizar saturación de oxígeno, controlar el dolor, buscar y tratar infecciones precozmente, considerar manejo farmacológico para insomnio si las medidas ambientales no lo controlan, Cognitivas: Orientar frecuentemente: fecha, lugar, diagnóstico, explicar de manera sencilla todo lo que se le haga, estimular cognitivamente: juegos de mesa, manualidades, rompecabezas, crucigramas, sopa de letras, estimular y permitir acompañamiento por familia y amigos de prevención: primaria, cuyas medidas están orientadas a evitar la aparición de la enfermedad identificando y controlando los factores de riesgo. Este ensayo clínico mostró la eficacia de los protocolos de intervención no farmacológica del delirium, enfocado en

seis factores de riesgo: reorientación y actividades terapéuticas para reducir la alteración cognitiva, movilización temprana para evitar la pérdida de condición física, aproximaciones no farmacológicas para minimizar el uso de medicamentos psicoactivos, intervenciones para prevenir la privación de sueño, métodos para mejorar la comunicación con el paciente, utilización de gafas y audífonos para corregir déficit sensoriales y corrección temprana de la depleción de volumen. En la actualización de 2010 de la guía para el diagnóstico, la prevención y el manejo de delirium del NICE, con la participación del HELP, se observa la inclusión de tres nuevos protocolos para prevenir el delirium: hipoxia, infección y dolor. Las estrategias farmacológicas son aún experimentales, si bien algunas de ellas podrían emplearse para premedicar a cierto grupo de pacientes con alto riesgo de sufrir delirium y las secuelas que se derivan de su aparición, por lo que aún no contamos con evidencia concluyente que permita definir con claridad si es útil o no el uso de fármacos para la profilaxis del delirium en pacientes hospitalizados. Los inhibidores de la colinesterasa, al aumentar la disponibilidad de acetilcolina en la hendidura sináptica, teóricamente podrían ser útiles para tratar o prevenir la aparición de delirium puesto que el déficit de acetilcolina y exceso de dopamina es uno de los factores que aumentan la probabilidad de padecer delirium.

MEMO ANALÍTICO No. 20

REFERENCIA:

Maldonado Briegas, J., & Fajardo Caldera, M., & Castro, F., & González Ballester, S. (2016). ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CASO DE ÉXITO DE UNA INICIATIVA EMPRENDEDORA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 57-62.

Keywords/ Palabras clave

Envejecimiento, jubilación, éxito, iniciativa, activo.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

La presente comunicación pretende describir la fase del adulto mayor y las formas de entender el envejecimiento a partir de la edad de jubilación de manera activa. Para ello se detalla un ejemplo exitoso de la participación del adulto mayor en la sociedad, donde prevalecen los intentos y deseos de desarrollar cambios en el entorno o la comunidad donde viven. Se analiza cómo ha surgido la iniciativa de un club de mayores, los perfiles de las personas que lo integran, las iniciativas que ponen en práctica, así como las acciones que

desempeñan relacionadas con el proceso cognitivo que derivan en un proyecto común, proponer ideas para mejorar la región que los vio nacer.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Maldonado Briegas, J., & Corrales Vázquez, J., & Ruíz Fernández, M., & González Ballester, S. (2016); Padilla Góngora, D., & Aguilar Parra, J., & Díaz López, P., & Manzano León, A. (2016);

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Según la OMS (2012), en las próximas tres décadas, el envejecimiento de la población mundial se verá incrementado de forma acelerada, de forma que a mediados del siglo XXI la población de mayores de 60 años se duplicará con respecto al año 2000, pasando del 11% al 22%, llegando en términos absolutos a 2000 millones de personas. La causa a esta situación se puede encontrar en diversos ámbitos, como el impulso de las políticas sociales, sanitarias, investigación, etc., en el ámbito del envejecimiento, que han permitido modificar el patrón de mortalidad de la población en su conjunto. La creatividad y la productividad en la vejez son causa, no sólo de estado saludable, sino también de las relaciones con su entorno (Stokes, 1992), de la apreciación y reconocimiento por parte de las personas con las que se relaciona. Muchos de ellos, en relación con la actividad física, muestran que el disponer de hábitos y estilos de vida saludables, favorecen la longevidad de la personas, por otro lado desde el punto de vista de la actividad mental aquellas personas mentalmente activas, con mayor gama de intereses, amplia perspectiva de futuro y mayor número de contactos sociales llegan a la vejez con una sensación mayor de bienestar psicofísico, por el contrario la reducción de la actividad mental puede acelerar el proceso de envejecimiento (Ursula Lehr, 1994). Así pues, aunque existen iniciativas encaminadas a potenciar la iniciativa empresarial del adulto mayor, este estudio quiso dar una visión de una iniciativa emprendedora original, orientada al emprendimiento social, la creación de una asociación cultural donde el adulto mayor participe de forma activa en la mejora de su región, impulsando el activismo social en la edad adulta, con el objetivo de desarrollar una actividad de denuncia, intentando dar una visión de un determinado problema o situación con el fin de influenciar al gobierno, a la ciudadanía, a los consumidores o trabajadores, en definitiva, al entorno, con el fin de que se realicen acciones directas para resolver un problema social y crear valor. En este sentido la Asociación Cultural del Club Senior de Extremadura tiene como fines principales el crear un ámbito de reflexión y de debate sobre la realidad de Extremadura en todos sus aspectos que redunde en beneficio de la Comunidad sin distinciones de clases e ideologías, y contribuir a ensanchar la base de la sociedad civil extremeña dinamizando las actividades solidarias a favor del desarrollo y el progreso de sus ciudadanos. Para la realización de este estudio descriptivo se realizó en primer lugar una revisión de la información que se detallada en la página de la Asociación Cultural Club Senior de Extremadura, estudiando la constitución de la Asociación, las

actividades que promueven, las entrevistas realizadas, los encuentros que desarrollan, y los documentos que generan en cada uno de los encuentros que realizan. En segundo lugar se ha realizado una revisión de la vida profesional de las personas que integran ésta Asociación analizando de forma cualitativa diversos aspectos de sus trayectorias profesionales y sus biografías. La organización de eventos, la dirección de equipos, la flexibilidad para entender otros puntos de vista, el establecimiento y el mantenimiento de relaciones sociales son característicos de este tipo de personas. La jubilación suele ser reconocida en la sociedad actual como un punto de inflexión en la etapa laboral, en la que persona jubilada deja de desarrollar una actividad laboral para comenzar el proceso de envejecimiento, lleno de inactividad, pasividad, desvinculación, retiro, en definitiva, un proceso con un marcado carácter negativo. Se encuentra una gran predisposición a realizar viajes fuera de nuestras fronteras para el desarrollo de sus trabajos, así como colaboraciones o estancias en países extranjeros. Es necesaria la participación activa en cualquier asociación, donde se desarrollen y amplíen las relaciones sociales, donde se ponga en práctica los conocimientos adquiridos, se fomente el desarrollo cognitivo, se compartan ilusiones, propuestas e ideas pueden favorecer al envejecimiento activo y al incremento de la longevidad de la persona.

MEMO ANALÍTICO No. 21

REFERENCIA:

JUSTEL, N., & O'CONNOR, J., & RUBINSTEIN, W. (2015). MODULACIÓN DE LA MEMORIA EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA MÚSICA EN ADULTOS MAYORES: UN ESTUDIO PRELIMINAR. *Interdisciplinaria*, 32 (2), 247-259.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave: Memoria, Música, Emoción, Modulación, Adultos mayores.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

Existen múltiples factores que pueden afectar la consolidación de la memoria de los eventos emocionales, fortaleciendo o deteriorando los recuerdos. Distintas investigaciones en neurociencia han demostrado que el nivel de arousal puede tener un efecto determinante en el almacenamiento y consolidación de la memoria. Además, las investigaciones señalan que la exposición a diferentes piezas musicales puede modular la memoria, ya sea aumentándola o disminuyéndola; sin embargo, no se encuentran estudios realizados hasta el momento con adultos mayores. El objetivo del trabajo realizado fue evaluar cómo diferentes estímulos auditivos, piezas musicales activantes y relajantes, así como ruido blanco como condición control, modulaban la consolidación de la memoria en adultos mayores. Participaron 27 sujetos, divididos en tres grupos experimentales, quienes observaron imágenes emocionales o neutras y evaluaron el grado de activación / emocionalidad que les producían. De manera inmediata y de acuerdo al grupo de tratamiento asignado, fueron expuestos a diferentes estímulos musicales: música activante y relajante para los grupos experimentales y ruido blanco para el grupo control. Luego se realizaron pruebas de recuerdo libre y reconocimiento de las imágenes, de forma inmediata y diferida (una semana después). Los resultados muestran que los sujetos expuestos a música relajante tuvieron un menor recuerdo y reconocimiento, mientras los que estuvieron expuestos a música activante mostraron un mejor rendimiento. Los hallazgos permiten concluir que la música modula la consolidación de la memoria emocional visual en adultos mayores, siendo la música una herramienta de gran utilidad para la estimulación de la memoria en poblaciones con o sin disfunciones mnésicas.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

JUSTEL, N., & O'CONNOR, J., & RUBINSTEIN, W. (2015).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

La memoria emocional es el resultado del almacenamiento de la información que estuvo acompañada por factores muy estresantes a través de los cuales pudo fijarse con más facilidad (Bermúdez-Rattoni & Prado-Alcalá, 2001; el estrés es uno de ellos, ya que las investigaciones indican que niveles moderados de estrés mejorarían el recuerdo de eventos emocionales, mientras que niveles bajos o elevados tendrían el efecto contrario dando cuenta de una curva de U invertida (Justel, Psyrdellis & Ruetti, 2013, 2014). Cahill, Gorski y Le (2003) demostraron que la potenciación en la consolidación de la memoria a partir de la segregación de hormonas de estrés no se da de manera uniforme, sino en relación con el nivel de arousal que se presenta en la codificación inicial del material. La música activante, tanto de valencia placentera como displacentera, al aumentar los niveles de arousal, potencia la consolidación de la memoria (Judde & Rickard, 2010), mientras que la relajante, al lograr el efecto contrario, atenúa la capacidad de la memoria emocional (Rickard, Wing Wong & Velik, 2012). Por lo tanto, se buscó indagar la influencia de los distintos estilos musicales en la consolidación de la información previamente adquirida en una tarea de memoria. Se utilizaron cuatro cuestionarios: uno para recolectar los datos sociodemográficos de los participantes, otro de evaluación de emocionalidad, un tercero de recuerdo libre de las imágenes y por último el de reconocimiento de los estímulos. Los elementos musicales que influyen a un efecto estimulante son los siguientes: cambios impredecibles en el tempo, cambios impredecibles o súbitos en volumen, ritmo, timbre, afinación (alturas) o armonía, amplias variaciones en la textura de la música, disonancias inesperadas, acentos inesperados, timbres duros, falta de la estructura y de la forma musical, acelerandos, ritardandos, crescendos y diminuendos inesperados y cortes inesperados en la música. Para el estímulo musical activante se utilizó la Sinfonía número 70 en D mayor, de Joseph Haydn (Kreutz, Ott, Teichmann, Osawa & Vaitl, 2008), para el relajante el Canon en D mayor de Pachelbel (Knight & Rickard, 2001), mientras que el estímulo para el grupo control fue ruido blanco (Rickard et al., 2012). Es decir que se usó este estadístico para una comparación intergrupo en las medidas de emocionalidad así como de recuerdo libre y reconocimiento, para la comparación de las imágenes emocionales por un lado y de las imágenes neutras por otro. La música potencia la experiencia emocional evocada por imágenes con contenido afectivo, aumentando o disminuyendo el nivel de arousal (Baumgartner, Esslen & Jancke, 2006), por lo tanto, tiene la capacidad de modular la consolidación de la memoria (Judde & Rickard, 2010). La música relajante disminuye el nivel de arousal, y de esta manera, como diversos estudios lo demuestran, atenúa la capacidad de la memoria emocional (Rickard et al., 2012). Los estudios que compararon la memoria potenciada por la emoción en adultos jóvenes con adultos mayores demostraron que a pesar de que los adultos mayores presentaron una declinación general de la memoria en relación a los adultos jóvenes, la memoria para los estímulos emocionales sigue siendo superior en comparación a la memoria para los estímulos

neutrales, y que el beneficio sigue siendo el mismo en adultos mayores como en los adultos jóvenes (Kensinger, Growdon, Brierley, Medford & Corkin, 2002). Es importante resaltar que no se encuentran en la literatura estudios de modulación de la memoria emocional a través de estímulos musicales específicamente en adultos mayores. Teniendo en cuenta los hallazgos de la literatura previa en relación a la modulación de la memoria a través de la música y los estudios de la relación entre la memoria y las emociones realizados con adultos mayores, es sumamente relevante realizar futuras investigaciones acerca de la música y la memoria emocional en adultos mayores. De esta manera, se podría ampliar y profundizar el conocimiento en el área, como también avanzar con la posible utilización de la música como herramienta terapéutica en patologías que presentan alteraciones en la memoria.

MEMO ANALÍTICO No. 22

REFERENCIA:

Plaza Carmona, M., & Requena Hernández, C., & Rosario, I., & López Fernández, V. (2015). La relación entre el tiempo no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. *European Journal of Education and Psychology*, 8 (2), 60-67.

Keywords/ Palabras clave

Personas mayores, Ocio, Memoria, Programas de psicoestimulación, Tiempo no estructurado.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

La jubilación desafía la preservación de las funciones cognitivas, ya que el tiempo no estructurado aumenta a medida que las obligaciones disminuyen. Objetivos: 1. Analizar las características del tiempo no estructurado en ancianos sanos. 2. Verificar la relación entre los tipos de ocio y las funciones cognitivas. Metodología: El estudio incluyó a 72 personas jubiladas distribuidas en tres grupos: Grupo G1 (participantes en programas de la Universidad para personas mayores), G2 (participantes en un programa de entrenamiento en memoria) y G3 (jugadores de juegos de mesa). Las mediciones aplicadas incluyen la prueba del reloj, registro de actividades diarias y varias pruebas cognitivas. Resultados: se realizaron análisis de varianza y comparaciones post hoc. Los grupos G1 y G2 dieron detalles más precisos sobre la distribución del tiempo, y ambos practican más actividades cognitivas que G3, que prefiere las actividades sociales. G1 practicó el "descanso activo", en oposición al descanso pasivo con G2 y G3, que consistía principalmente en mirar televisión o dormir la siesta. Las mediciones cognitivas son significativamente mejores en G1 que en cualquier

otro grupo, mientras que los resultados de G2 fueron significativamente más altos que G3. Conclusiones: el tipo de actividades de ocio es positivo y está significativamente relacionado con una planificación más rica e intensa del tiempo no estructurado y con un mejor nivel cognitivo.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Acosta Quiroz, C., & Vales García, J., & Palacio Cinco, R. (2015).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Durante más de 2 décadas, la investigación en el ámbito del envejecimiento sano se ha interesado por el efecto de la psico-estimulación sobre los procesos cognitivos. Este tipo de programas tiene como finalidad el entrenamiento de funciones como el procesamiento de información, la fluidez lingüística y el razonamiento, que atañen a la preservación de la memoria en las últimas etapas de la vida. Más allá de considerar la naturaleza y la frecuencia de las actividades de ocio, es relevante estudiar los factores que determinan la tasa de participación en actividades de ocio, con objeto de planificar estrategias que mantengan en el largo plazo los niveles de actividad de las personas mayores. Se analizan factores en sujetos que participan en las siguientes actividades de ocio: actividades físicas (nadar, jugar al gateball [práctica japonesa similar al croquet], caminar, senderismo, andar en bicicleta, caminar muy rápido, actividades de jardinería y estiramientos), actividades intelectuales (ver la televisión, leer el periódico, revistas o libros, jugar a las cartas u otros juegos de mesa, cantar en el karaoke, escribir haikus y viajar) y actividades de interacción social. Además de la edad, la dificultad en la movilidad explicaba la reducción de la tasa de participación en actividad física, así como los problemas de visión y audición explicaban el declive en la actividad social. La repartición de las horas estaba en función del ocio que practicaban (en casa o en la calle), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y tiempos de descanso (sin contar el número de horas que duermen).

El estudio se llevó a cabo en el curso 2013-2014 y fue presentado en 6 centros de día y 2 universidades de la experiencia de las ciudades de León y Ponferrada. Los voluntarios fueron distribuidos en 3 grupos de 24 participantes en función de 3 actividades cognitivas de práctica principal: grupo 1 (G1), Universidad de la Experiencia, actividad que consiste en clases magistrales impartidas por expertos con temática de disciplinas como la psicología, historia, sociología, literatura y el arte, a 25 personas mayores, durante 3 h por semana a lo largo de un curso escolar en instalaciones universitarias de León y Ponferrada; grupo 2 (G2), Entrenamiento de la memoria, actividad que consiste en sesiones de hora y media de duración 2 veces por semana durante un curso escolar, donde los sujetos realizan ejercicios relacionados con los 3 procesos de la memoria: registro (ejercicios de percepción y atención), retención (ejercicios de memoria a corto plazo, lingüísticos, numéricos) y recuperación (ejercicios de categorización, estrategias de almacenamiento), así como ejercicios de

razonamiento y velocidad de procesamiento. El entrenamiento se recibe de forma grupal (entre 12 y 15 personas, organizadas en 3 subgrupos) por psicólogos, en los Centros de Día municipales; y grupo 3 (G3), Juegos de cartas, la actividad consiste en la práctica de diferentes juegos de cartas (brisca, el cinquillo) en grupos de 4 personas con frecuencia de 2 veces por semana durante una hora y media a lo largo de un curso escolar. Además de la edad, la dificultad en la movilidad explicaba la reducción de la tasa de participación en actividad física, así como los problemas de visión y audición explicaban el declive en la actividad social. La repartición de las horas estaba en función del ocio que practicaban (en casa o en la calle), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y tiempos de descanso (sin contar el número de horas que duermen). La relación entre el tiempo no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. Los sujetos del G2, que participan en la actividad de Entrenamiento de memoria, tienen mejores puntuaciones que el resto de los grupos en 4 de las 12 variables medidas y muestra diferencias significativas, únicamente en una de ellas. El número de actividades que realizan es significativamente mayor en G1, mostrando diferencias significativas en el tipo de actividades que practican, que son más cognitivas, y no se aprecian diferencias entre grupos en la práctica de actividades físicas y sí en las de tipo social, más practicadas por el G3. Si atendemos a los datos de las pruebas psicológicas, a la variabilidad de las actividades, a la precisión en la planificación del tiempo, comprobamos que los resultados son coincidentes con los encontrados en la literatura científica que ponen de manifiesto que las funciones cognitivas se preservan durante más tiempo entre personas mayores que practican más tiempo de ocio y más variado; El escaso tiempo que el G2 y el G3 dedican a la práctica de ocio en casa podría explicarse porque este tipo de actividades en casa depende más de la voluntad personal que del grupo de pares que «arrastra», como ocurre en la práctica en la calle. Téngase en cuenta que los sujetos del G1 eligen un tipo de actividad infrecuente respecto a su vida presente y anterior a la jubilación, por lo que supone un esfuerzo cognitivo relacionado con aspectos de la inteligencia fluida como la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y enfrentarse a problemas de forma flexible, sin que la experiencia previa constituya una fuente de ayuda (Maselko et al., 2014). No obstante, esta aparente funcionalidad protectora de las actividades de ocio se debe tomar con cautela, ya que precisamente las personas con riesgo de trastornos de memoria no son habituales en este tipo de actividades (Requena y López, 2014), lo que podría explicar la menor proporción de alteraciones de memoria en este contexto. No obstante, las limitaciones del estudio, como el tipo de muestra, la presencia de una única medida y los mecanismos desconocidos entre la relación del ocio y el mantenimiento de niveles cognitivos en buen uso, requiere un largo periodo de investigación y observación antes de considerar demostrados los efectos de las formas de ocio sobre los procesos cognitivos en la vejez.

MEMO ANALÍTICO No. 23

REFERENCIA:

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34 (3), 183-189.

Keywords/ Palabras clave

Envejecimiento, deterioro cognitivo leve, indicadores tempranos, demencia.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

Este artículo presenta una breve reseña sobre el Deterioro cognitivo leve en adultos mayores, considerando los principales precursores que anuncian, y los factores de riesgo que aceleran los procesos de envejecimiento cognitivo, los cuales aumentan la probabilidad de recibir un diagnóstico de Dcl, a su vez, la presencia de Dcl aumenta el riesgo y eventual tránsito hacia la demencia, especialmente la demencia de tipo alzheimer. Por otra parte, en el artículo se describen las diferentes modalidades de presentación del deterioro cognitivo, revisando también el Dcl asociado a la sintomatología depresiva, a la enfermedad de parkinson y otras enfermedades degenerativas del SNC. La presente revisión, permite dar cuenta de hallazgos recientes y relevantes con relación a la disfunción cognitiva en adultos mayores, quienes representan una proporción cada vez mayor de la población nacional y mundial.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Alejandro Cervigni, 2015; José Calero, M^a & López-Cala, Guillermo & R. Ortega, Ana & J. Cruz-Lendínez, Alfonso. (2016). Restrepo Bernal, D., & Niño García, J., & Ortiz Estévez, D. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Dos de los cambios importantes ocurridos durante las últimas décadas son el aumento considerable en la expectativa de vida de la población y la reducción de la tasa de natalidad. El creciente estudio de los cambios y características de este segmento de la población, ha permitido concluir que las enfermedades asociadas al envejecimiento son diversas y se traducen en un deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen y de sus familias. En concreto, la evidencia de disfunción cognitiva estará dada, en primera instancia, por el tipo de DCL, sin embargo, existe un alto grado de acuerdo en que las principales funciones

cognitivas que se alteran son: la memoria episódica, la cual se ha relacionado con la fase prodrómica de la demencia de tipo Alzheimer y con el DCL de tipo amnésico, según la clasificación de Petersen. Glymour y Manly (2008), plantean que circunstancias vitales de la temprana y mediana edad, podrían modificar el funcionamiento cognitivo en la adultez mayor, por la influencia de los patrones de estilo de vida, los que a su vez se correlacionan de manera directa con el nivel socioeconómico, variable que se asocia al nivel educativo y la etnia, resultando complejo delimitar el real influjo de cada variable (Brewster et al., 2014). La enfermedad de Parkinson, que corresponde a una alteración neurodegenerativa en la que existe un predominio de síntomas motores, ha sido sindicada como el trastorno más común y la segunda enfermedad neurodegenerativa de mayor prevalencia después de la Demencia de tipo Alzheimer. Diversas investigaciones han encontrado evidencia de la relación entre la demencia y la enfermedad de Parkinson, sin embargo, la asociación entre deterioro cognitivo y la enfermedad de Parkinson ha sido menos investigada, presumiblemente por el solapamiento y la dificultad diagnóstica que se genera con otros trastornos como, por ejemplo, la depresión, ya que ésta empeoraría el rendimiento de los sujetos en tareas que midan rendimiento en atención y función ejecutiva, procesos cognitivos que se evalúan para hacer el diagnóstico de Deterioro Cognitivo leve (ToribioDíaz y Carod-Artal, 2015). En un estudio realizado en el Hospital Universitario de Stavanger, donde participaron 72 sujetos, se encontró que un 62% de los pacientes diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Parkinson progresaron hacia la demencia en un período de 4 años, en cambio de los sujetos con enfermedad de Parkinson, pero intactos cognitivamente, sólo un 20% desarrollaron demencia, (Janvin, Larsen, Aarsland, y Hugdahl, 2006) estos hallazgos evidencian lo progresivo de la disfunción cognitiva y refuerzan la asociación entre el Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia de tipo Alzheimer. En consecuencia, es necesario que investigadores y clínicos incluyan en su evaluación el screening de depresión, utilizando instrumentos diseñados para estos fines, exclusivos para adultos mayores, considerando la presencia de otras enfermedades como por ejemplo la enfermedad de Parkinson que también se asocia con DCL y con depresión, y que en presencia de enfermedad de Parkinson y DCL, aumenta considerablemente el riesgo de progresión hacia la demencia. Respecto a considerar el DCL como un factor de tránsito a la demencia, es importante destacar que el desarrollo de estudios longitudinales, contribuirá a la comprensión del concepto de trayectoria de envejecimiento y disfunción cognitiva, además es importante destacar que no se debe unificar la disfunción cognitiva del adulto mayor, sólo en los déficit de la memoria, pues existe suficiente evidencia para afirmar que otros dominios cognitivos como la función ejecutiva, la atención y la percepción espacial, se ven implicados en la reducción del rendimiento cognitivo. Finalmente, teniendo en consideración los avances de la investigación especializada revisados en las secciones anteriores, es necesario destacar que el estado de avance logrado destaca la importancia que reviste la preservación del funcionamiento neurocognitivo en el proceso de envejecer, y que los esfuerzos de investigadores y clínicos deben centrarse en la identificación de los factores de riesgo para

generar medidas preventivas inclusivas y eficaces, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

MEMO ANALÍTICO No. 24

REFERENCIA:

Maldonado Briegas, J., & Corrales Vázquez, J., & Ruíz Fernández, M., & González Ballester, S. (2016). NUESTROS MAYORES ACTIVOS: INTELIGENTES Y EMPRENDEDORES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 85-92.

Keywords/ Palabras clave

Inteligencia, emprendimiento, adulto, mayor, cognitiva, habilidad.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

El presente artículo pretende dar una visión de la capacidad de logro de actividades que posee el adulto mayor y su relación con las distintas inteligencias que posee y las habilidades emprendedoras presentes en él. El interés fundamental se centra en analizar cómo influye la continuidad de las habilidades cognitivas al inicio de la vejez y el desempeño de las competencias adquiridas por el adulto mayor en el envejecimiento exitoso. A partir de un estudio de tipo empírico mixto donde se reflejan los resultados obtenidos en distintas personalidades relevantes que han alcanzado un nivel alto de éxito se han analizado las características de estos adultos mayores.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Maldonado Briegas, J., & Fajardo Caldera, M., & Castro, F., & González Ballester, S. (2016); Padilla Góngora, D., & Aguilar Parra, J., & Díaz López, P., & Manzano León, A. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

El estilo de vida de la persona o la actitud hacia determinados sucesos o acciones influyen de una forma determinante en el deterioro cognitivo, de este modo, situaciones rutinarias, apáticas y poco estimulantes que viven ciertos adultos mayores contribuyen de forma decisiva en este proceso. Así, personas que en la infancia han mostrado una elevada capacidad intelectual, con oportunidades educativas y de aprendizajes favorables, tienden en la vejez a tener un estilo de vida activo, comprometido con actividades de ámbito

intelectual y ocupaciones sociales complejas. Por todo esto, se ha llevado a cabo una investigación que pretende buscar la relación que existe entre las inteligencias múltiples, fundamentadas en la teoría de Gardner (1983), y las habilidades emprendedoras de distintas personas mayores de relevancia contrastada en diversos ámbitos, analizando las habilidades cognitivas presentes en cada uno de ellos. El objetivo general de esta investigación se ha orientado a dar una visión de la capacidad de logro de actividades que posee el adulto mayor en relación con las distintas inteligencias que posee y sus habilidades emprendedoras, analizando a su vez cómo influye la continuidad de las habilidades cognitivas en el envejecimiento exitoso. El estudio se centra en un grupo de personas de éxito relevantes de la región de Extremadura en el grupo etario próximo a la jubilación. A pesar de ello, la tasa de supervivencia a largo plazo de un emprendimiento de una persona de la tercera edad, es mayor si se compara con la de un emprendedor joven (Cressy y Store, 1995). El desarrollo de las personas a lo largo de la vida, posibilitando la adquisición y desarrollo de habilidades, conocimiento y valores son los que pueden ayudar al impulso de acciones emprendedoras de forma permanente. Dicho logro, que está afectado por el contexto socio-cultural, viene determinado por la suma de resultados positivos del trabajo y de la vida personal, y están relacionados con la experiencia profesional del individuo en cualquier momento de su carrera (SalettiCuesta et al., 2013) La metodología llevada a cabo en el desarrollo del estudio se ha basado en la atención a las distintas capacidades e inteligencias que fundamentan la teoría de inteligencias múltiples, realizando un estudio minucioso de las habilidades emprendedoras de los participantes y sus capacidades de logro, entendiendo estas como la suma de resultados positivos del trabajo y de la vida personal, y que están relacionados con la experiencia profesional del individuo en cualquier momento de su carrera (Salenti-Cuesta et al, 2003). Para llevar a cabo esta investigación se optó por un diseño del tipo empírico mixto de tipo transversal (Montero y León, 2007), con dos visiones diferenciadas una de tipo cualitativo, en la que se estudia el significado de las actuaciones de los individuos utilizando una metodología interpretativa, y otra de tipo cuantitativo, donde se recogen los aspectos observables mediante una metodología empírica analítica a través de pruebas estadísticas. La recogida de información realizada a través de este tipo de herramienta a través de preguntas precisas, sencillas y claras, ha permitido su posterior tratamiento y conversión en datos concretos (Martínez, 2014), siendo previamente evaluado a través de un juicio de expertos con una amplia experiencia en las preguntas abordadas, por lo que aunque no proporciona un resultado cuantitativo, sino a través de juicios, permite comprobar la validez y representatividad de las características que se pretenden medir (García y Cabero, 2011). Para la elección de los expertos, que desarrollan actualmente su actividad en España y Portugal, se consideró la experiencia docente, universitaria o no universitaria, relacionada con la psicología, el emprendimiento, la economía, la educación y la comunicación, la experiencia en la administración pública y la empresa privada, desde campos de trabajo relacionados con las inteligencias múltiples y el emprendimiento. En el estudio se analizó la relación entre las inteligencias múltiples y las habilidades emprendedoras, la relación entre las variables

sociodemográficas y las habilidades del emprendedor, y el vínculo entre las inteligencias en las edades tempranas y en edades adultas. Es la inteligencia interpersonal, la inteligencia que se desarrolla a medida que crece y madura la persona, la que más influencia posee en relación con las habilidades del emprendedor, entre otras la creatividad, el liderazgo, la iniciativa, la necesidad de logro, tolerancia al cambio, energía, capacidad de trabajo y manejo de problemas. La creatividad es la habilidad emprendedoras que más relación y más significatividad poseen con las inteligencias múltiples, entre ellas la verbal-lingüística, lógico-matemática, corporal kinestésica, naturalista, intrapersonal e interpersonal.

MEMO ANALÍTICO No. 25

Campos, A., & Ameijide, L. (2015). Mnemotecnia y metamemoria en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 15-24.

Keywords/ Palabras clave

Mnemotecnia, metamemoria, palabra clave, edad, memoria, juicios de aprendizaje.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

En esta investigación, se pretendió averiguar la influencia de la mnemotecnia de la palabra clave en el recuerdo y en los juicios metamnemónicos: juicios de facilidad de aprendizaje (EOL), juicios de aprendizaje (JOL) y juicios de confianza (CL), tanto en una lista corta de 16 palabras latinas (Experimento 1) como en una lista larga de 32 palabras latinas (Experimento 2). Tanto en el Experimento 1 como en el Experimento 2 se efectuó un diseño experimental de dos grupos independientes. En el Experimento 1 participaron 88 mujeres, con una media de edad de 74.34 años. En el 2, participó un grupo de 84 mujeres, de una edad similar al anterior. En ambos experimentos se realizó una prueba t de Student para muestras independientes. En el Experimento 1, se encontró que el método de la palabra clave fue superior al método de repetición en el recuerdo y en los juicios de confianza en la respuesta (CL). En el Experimento 2, se halló que el método de la palabra clave fue significativamente superior al método de repetición en el recuerdo y en todos los juicios metamnemónicos estudiados. El método de la palabra clave fue más eficaz que el método de repetición.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina, (2015); González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012); Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Una de las quejas más importantes que manifiestan las personas mayores es la pérdida de memoria, de ahí la gran cantidad de programas de entrenamiento de la memoria que se llevan a cabo en los distintos países (Bottiroli, Cavallini, Dunlosky, Vecchi, & Hertzog, 2013). El método más habitual para evaluar la exactitud o precisión de los juicios de facilidad de aprendizaje (EOL), juicios de aprendizaje (JOL), juicios de sensación de saber (FOK) y juicios de confianza (CL) es calcular una medida de exactitud relativa, mediante la correlación gamma de Kruskal-Goodman entre las puntuaciones de cada participante en cada uno de los juicios y su recuerdo (Campos & Ameijide, 2011, 2014) Los resultados también se suelen interpretar a la luz de la Teoría de la Codificación Dual de Paivio (1979), que afirma que los aprendizajes que utilizan imágenes mentales, como la mnemotecnia de la palabra clave, se recuerdan mejor porque se codifican mediante dos sistemas, el verbal y las imágenes mentales. En esta investigación, se pretende averiguar la influencia de la mnemotecnia de la palabra clave en el recuerdo y en los juicios metamnemónicos: juicios de facilidad de aprendizaje (EOL), juicios de aprendizaje (JOL) y juicios de confianza (CL), tanto en una lista corta de 16 palabras latinas (Experimento 1) como de una lista larga de 32 palabras latinas (Experimento 2). En otro folio, grapado al anterior, se presentaba la lista corta de palabras para que cada participante escribiera al lado de cada par (palabra latina y traducción española) el porcentaje de facilidad de aprender (juicios de facilidad de aprendizaje, EOL), una vez que se presentara cada palabra dos veces, siguiendo el modo de aprendizaje visto en el entrenamiento. Una vez presentados los pares de palabras para el aprendizaje y antes de mostrar la lista para el recuerdo, se presentaron, al azar, las palabras estímulo (palabras latinas) para que cada participante escribiese al lado de cada palabra, el porcentaje de probabilidad de recordar el significado de la palabra latina (juicios de aprendizaje, JOL). Las participantes que utilizaron la estrategia de repetición tuvieron una media de facilidad de aprender (EOL) de 45.54 (DE = 17.33) y las que utilizaron el método de la mnemotecnia de la palabra clave tuvieron una media de facilidad de aprender de 51.14 (DE = 20.79). La media obtenida en los juicios de aprendizaje por las participantes que utilizaron el método de repetición fue de 53.84 (DE = 15.19) y la media obtenida por las que utilizaron el método de la palabra clave fue de 57.41 (DE = 21.52). Posteriormente, para ver si la estrategia de aprendizaje (recuerdo y mnemotecnia de la palabra clave) influía en las correlaciones gamma entre la facilidad de aprender (EOL) y el recuerdo, se efectuó una prueba t para muestras independientes y se encontró que las participantes que utilizaron

el método de repetición = 0.61, DE = 0.35) tuvieron una mayor correlación entre la facilidad de aprender (EOL) y el recuerdo, $t(86) = 2.634$, $p = 0.01$, que las que utilizaron el método de la mnemotecnia de la palabra clave ($M = 0.39$, $DE = 0.43$). Se parte de que la mnemotecnia de la palabra clave, con listas largas de palabras, no solo influirá en el recuerdo de palabras, sino que influirá también en los juicios de facilidad de aprendizaje (EOL), en los juicios de aprendizaje (JOL) y en los juicios de confianza (CL). Las participantes que utilizaron la estrategia de repetición tuvieron una media de facilidad de aprender (EOL) de 37.59 ($DE = 14.3$) y las que manejaron el método de la mnemotecnia de la palabra clave tuvieron una media de facilidad de aprender de 63.07 ($DE = 8.58$). Para averiguar si la estrategia de aprendizaje influía en los juicios de confianza (CL), se llevó a cabo una prueba t para muestras independientes y se encontró que las participantes que utilizaron la mnemotecnia de la palabra clave ($M = 1.89$, $DE = 0.31$) tuvieron una media de recuerdo significativamente superior, $t(82) = 9.558$, $p < 0.001$, al grupo que aplicó el método de repetición ($M = 3.2$, $DE = 0.83$). La media de las puntuaciones gamma de las participantes que utilizaron el método de repetición fue de 0.99 ($DE = 0.01$) y la de las que utilizaron el método de la mnemotecnia de la palabra clave para el aprendizaje fue de 0.99 ($DE = 0.02$). En esta investigación, se examinó la diferencia entre el método de repetición y el método de la mnemotecnia de la palabra clave en el recuerdo y en los juicios metamnemónicos: juicios de facilidad de aprendizaje (EOL), juicios de aprendizaje (JOL) y juicios de confianza (CL), tanto en una lista corta de 16 palabras latinas (Experimento 1) como en una lista larga de 32 palabras latinas (Experimento 2). Las participantes comprobaron en el entrenamiento que el método de la palabra clave era más eficaz que el método de repetición, por lo que sus puntuaciones en los juicios de facilidad de aprendizaje (EOL) y juicios de confianza (JOL) fueron superiores a las obtenidas con el método de repetición, aunque la diferencia no fue significativa. No existió diferencia significativa entre los dos métodos de aprendizaje en las correlaciones gamma (juicios de facilidad de aprendizaje y recuerdo, juicios de aprendizaje y recuerdo, y juicios de confianza y recuerdo), ya que las obtenidas con los EOL y las que se obtuvieron con los JOL fueron bajas, tanto las conseguidas con el método de repetición como con el método de la palabra clave, lo que indica que las participantes tuvieron dificultad en predecir el rendimiento.

MEMO ANALÍTICO No. 26

REFERENCIA:

Fernández-García, T., & Ponce-de-León-Romero, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, XIII (1), 87-97.

Keywords/ Palabras clave

Envejecimiento activo; gestión de casos; recursos sociales; dependencia; programas de aprendizaje permanente.

Categoría de búsqueda

Base de datos

Idea central del documento

En el artículo se analizan las tendencias demográficas del envejecimiento de la población española, las necesidades sociales derivadas de las mismas y los recursos sociales disponibles para atenderlas, teniendo en cuenta la teoría del envejecimiento activo. Según los datos, el 17% de la población total es mayor de 65 años, y el 5% tiene más de ochenta. La independencia, autonomía, seguridad, pertenencia, competencia y relación social se consideran las principales necesidades de las personas mayores, ante las cuales los trabajadores sociales deberán enfocar su intervención desde la prevención del deterioro físico, psíquico y social; movilizándolo recursos sociales capaces de garantizar el mantenimiento de la independencia y el rol activo de los mayores. uno de los modelos de intervención que mejor se adapta a estos objetivos es el de gestión de casos, porque permite poner a disposición de los usuarios la utilización del catálogo de prestaciones básicas de servicios sociales de atención primaria y ofrecer asesoramiento sobre otros recursos como los programas de aprendizaje a lo largo de la vida, cuya combinación permite completar la gestión de recursos desde una perspectiva existencialista y fenomenológica positiva y activa, orientando los proyectos vitales de los usuarios hacia un envejecimiento exitoso. Los beneficios que se obtienen con esta combinación son principalmente un aumento de la satisfacción vital, motivación, autoestima, estado de ánimo y percepción de la salud; y en definitiva, una mejora de la calidad de vida, lo que puede ayudar a prevenir y retrasar la dependencia, con el consiguiente ahorro para la administración.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Quintero, S., & Trompiz, J. (2013); Cortés Recabal, J., & Flores Leone, P., & Gómez Muñoz, C., & Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012); Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. (2012).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2002: 16), los problemas que más preocupaban a los mayores eran la soledad, la enfermedad, el dolor, la pérdida de memoria y la dependencia, entre otros. Por lo tanto la intervención social durante el envejecimiento debería estar orientada a incentivar el desarrollo y crecimiento personal, facilitando entornos adecuados de contacto social y prevención del deterioro físico, psíquico y social, por lo que sería necesario disponer de la curiosidad y las ganas de iniciar nuevos proyectos que orienten la vida de las personas jubiladas hacia la búsqueda de nuevas inquietudes, traduciéndose en proyectos existenciales positivos, cargados de actividad y vitalidad, que requieren de nuevos recursos para ser atendidos. El término “envejecimiento activo” ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad en la vejez. Las últimas medidas europeas se han centrado en atender las necesidades del envejecimiento de la población, desarrollando estos determinantes para garantizar que las personas puedan vivir por más tiempo de manera activa e independiente, lo que a su vez repercute en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos mayores y en el consiguiente ahorro presupuestario de las administraciones. Con la edad se produce una evolución en la forma de interactuar de los mayores como así lo afirma la Teoría de la selección (Carstensen, 1993), que puede derivar en una reducción de las relaciones sociales, explicada desde la Teoría de la desvinculación (Cumming, Henry y Damianopoulos, 1961), pero también en una potenciación de otras nuevas según la Teoría de la actividad (Rosow, 1974). Para Fernández-García (2012:7), las políticas sociales intentan conseguir el desarrollo integral de los ciudadanos, garantizando la atención de las necesidades básicas, defendiendo la igualdad de oportunidades para prevenir la exclusión social como principal medida de desarrollo y potenciación de la inclusión. Su atención desde la red de unidades básicas de trabajo social y centros de servicios sociales generales, se pueden enfocar para el cumplimiento de los principios y valores del envejecimiento activo a través de los múltiples recursos que se ponen a disposición de los mayores: el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia domiciliaria, lavandería domiciliaria, tratamiento psicosocial, compañía y movilidad (voluntariado, cooperación y solidaridad), ayudas técnicas para adaptación del hogar, centros de mayores, entre otros (García y Meneses, 2009:356-360). Además de estos recursos, existen otros que han tenido una importante aceptación en los últimos 25 años, como el Programa de Termalismo (en el año 2010 recibió 330.000 solicitudes aproximadamente), o los viajes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en la temporada pasada recibieron dos millones y medio de solicitudes, siendo el segundo

más utilizado después de los centros sociales, hogares y clubs de jubilados), que han permitido que muchas personas mayores pudieran viajar, logrando equilibrar los periodos turísticos de temporada baja de numerosas localidades españolas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, (2010). También se han puesto en funcionamiento los programas para la Preparación de la Jubilación (PPJ) que ayudan a prevenir y asimilar las consecuencias de los cambios inevitables que sobrevienen tras la finalización de la vida laboral, interviniendo sobre la participación en los programas de las Universidades y Aulas para Mayores que proporcionan innumerables beneficios que contribuyen a aumentar la calidad de vida, la creación de vínculos, la ampliación de la proyección social, el mantenimiento de la integración social y la participación social (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011: 277-315). Atendiendo a la necesidad de completar el tiempo de ocio y dentro del apartado de la integración y la cooperación, existe un recurso de-nominado bancos de tiempo, en los que no solo pueden participan personas mayores, sino también otras personas de cualquier edad que dispongan de tiempo y habilidades que deseen compartir. En los bancos de tiempo se intercambian habilidades y competencias, activando las redes sociales y la comunicación intergeneracional, siendo un apoyo recíproco entre vecinos de una localidad y una tendencia en auge en España, como un sistema de intercambio de servicios por tiempo, es decir, favores por favores: por ejemplo, una persona mayor recibe clases de inglés cinco horas a la semana y a cambio cuida a los hijos de la profesora los sábados por la tarde. Esta complementación de la intervención centrada en la gestión, conlleva un esfuerzo añadido para el profesional, ya que necesita más horas de atención para poder realizarla, y precisamente el ambiente laboral que rodea actualmente a los profesionales no es el más proclive debido a la crisis económica, que ha producido una reducción de la plantilla, un aumento de la demanda, un recorte en los presupuestos y una reducción del salario. Ante esta realidad se espera que en el futuro se dé la mejora y ampliación de la oferta educativa existente, un mayor uso de las Tics y una participación más activa en la sociedad que acabe con el prejuicio hacia las personas mayores, ya que a veces se olvida la encomiable labor que están realizando apoyando a sus hijos en el cuidado de los nietos, asesorando a jóvenes empresarios, o incluso, abandonando los recursos residenciales para regresar a sus domicilios familiares, añadiendo su pensión a los ingresos económicos de la unidad.

MEMO ANALÍTICO No. 27

REFERENCIA:

Padilla Góngora, D., & Aguilar Parra, J., & Díaz López, P., & Manzano León, A. (2016). PERSONAS MAYORES: INNOVACIÓN Y EMPRENDIMIENTO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 63-71.

Keywords/ Palabras clave

Personas mayores, innovación, emprendimiento, esperanza de vida, jubilación.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

En este trabajo partimos de la realidad de nuestra sociedad longeva que, como se viene diciendo desde hace tiempo, supone un desafío para este siglo XXI, valoramos las consecuencias del aumento de la esperanza de vida y analizamos los parámetros de lo que entendemos que es una “nueva jubilación” que requiere nuevas herramientas y nuevas estrategias de intervención. Con esta base proponemos un cambio en los procesos de preparación para la jubilación, en los currículos de los programas educativos y en las actividades programadas para el desarrollo del envejecimiento activo, además de apostar por el trabajo de las personas mayores que lo deseen y por la potenciación del emprendimiento en los inicios de la jubilación.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Maldonado Briegas, J., & Fajardo Caldera, M., & Castro, F., & González Ballester, S. (2016); Maldonado Briegas, J., & Corrales Vázquez, J., & Ruíz Fernández, M., & González Ballester, S. (2016).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

El número de personas mayores jubiladas crece de manera exponencial como consecuencia del envejecimiento de la población, acercándose cada vez más en número al de la población activa, lo que da lugar a que las administraciones públicas y la sociedad en general trabajen en la búsqueda de soluciones adecuadas para que las personas mayores puedan disfrutar de su jubilación sin sobresaltos. Partiendo de la base

de que las personas mayores tienen derecho a disfrutar de su tiempo de júbilo en las mejores condiciones y a realizar actividades que les gratifiquen después de una larga e intensa vida laboral, las soluciones que se buscan van encaminadas a facilitar la viabilidad del sistema de pensiones y nuevos modelos de trabajo. Las consecuencias del aumento de la esperanza de vida tiene implicaciones en todas las áreas a la hora de planificar la jubilación, especialmente en lo que se refiere a los costes de salud y en los nuevos modelos de trabajo y, de forma muy concreta, a las estrategias innovadoras a llevar a cabo en el área de la educación, pues como dice Vaupel (2009) “si las personas supieran que pueden vivir hasta los 100 años, tal vez organizarían su vida de otra manera”. En el futuro próximo las personas mayores tendrán que seguir activas no sólo por encima de los sesenta años, sino también entre los setenta y ochenta años, por otra parte, al mundo laboral no le va a quedar más remedio que cambiar, en el sentido que sea más receptivo a los empleados más mayores, adecuando las condiciones de trabajo para que, a medida que las personas trabajen más años en su vida y menos horas, el lugar de trabajo sea más agradable y adaptativo. De acuerdo con Christensen (2009) “la introducción de mejoras relacionadas con la salud en el funcionamiento del lugar de trabajo, así como el cambio de un trabajo que exige esfuerzo a otro que requiere conocimiento, significa que un porcentaje creciente de personas en la franja de los sesenta y los setenta son capaces de contribuir mucho a la economía. Por ejemplo en EEUU, donde no es obligatorio jubilarse, salvo en profesiones muy concretas, en 1994 el 26,8% de la población de entre 65 y 69 años permanecían activas, porcentaje que aumentó hasta 36,1% en 2014 y las predicciones apuntan a que habrá un 40% de personas de esta edad que permanecen activas. En otros países como Reino Unido la tasa de hombres de entre 65 y 69 años activos laboralmente era de un 24,2% en 2014, en Israel era de un 50,2%, mientras que en España podemos hablar sólo de un 10% de personas mayores de esta edad en plena actividad laboral. En este momento, muchos trabajadores y trabajadoras de mediana edad y mayores de 60 años trabajan y desarrollan su actividad en un empleo a tiempo completo, creen que les vendría bien buscando una transición antes de dejar completamente de trabajar. Esto determina el papel de las personas en la sociedad, regula el ritmo y la actividad cotidianos, facilita y potencia las relaciones sociales, aumenta la autoestima, favorece el hecho de que la persona “se sienta bien”, pues tiene la percepción de que hace algo que le gusta y es útil para los demás, se realiza personalmente. Durante algunos momentos de la época laboral se puede tener la sensación de que se está sometido a horarios muy rigurosos, a una cierta presión y que se carece de tiempo para realizar ciertas actividades de ocio que nos gustaría hacer, pero también es cierto que muchas personas prejubiladas o jubiladas, pasada la fase de euforia, comienzan a tener dificultades para “organizar su tiempo”, para estar satisfechos con lo que hacen, echan de menos el papel que tenían en la sociedad, se pierden relaciones, etc. Se entiende por emprendimiento referido a personas mayores a la iniciativa empresarial manifestada por algunos hombres y mujeres de 60 años o más, para poner en marcha su propio negocio, como una estrategia más

para hacer frente a los retos propios de su proceso de envejecimiento. Kibler, Wainwright, Kautonen y Blackburn (2015) afirman que el emprendimiento de personas mayores tiene grandes beneficios sociales ya que reduce los costes del sistema de pensiones, hace decrecer la tasa de desempleo entre las personas mayores y se aprovecha el capital humano de los trabajadores y trabajadoras de más edad. Como señalan Maritz, Zolin, de Waal, Fisher, Perenyi y Eager en su estudio de 2015, las personas mayores parten de un mayor desarrollo humano, social y financiero que los más jóvenes, por lo que consideran que: Hay ventajas a la hora de perseguir la puesta en marcha de proyectos emprendedores cuando se es mayor respecto a cuándo se es joven. Muchas personas mayores se han pasado la vida trabajando en un empleo remunerado y no son conscientes de los beneficios del autoempleo ni han tenido acceso a una formación emprendedora. Se parte de la idea de que no todas las personas mayores quieren dejar de trabajar llegados a una edad aunque es cierto que muchas de ellas no desean depender de otra persona o mantener trabajos rígidos y rutinarios, sensación que se incrementa cuando tienen responsabilidades familiares que requieren independencia y flexibilidad, por lo que prefieren utilizar toda su experiencia personal y profesional en nuevos retos.

MEMO ANALÍTICO No. 28

REFERENCIA:

González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology, 6 (1), 84-102.

Keywords/ Palabras clave

Deterioro Cognitivo Leve, Funciones Cognitivas, Memoria, Entrenamiento Cognitivo, Intervención Cognitiva por Ordenador, Intervención Cognitiva por Computador, Demencias, Envejecimiento, Nuevas Tecnologías de Intervención Cognitiva.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

Debido al incremento en el porcentaje de adultos mayores, así como de las enfermedades degenerativas, existe un creciente interés en la determinación de métodos psicosociales eficaces dirigidos a sujetos con Deterioro Cognitivo leve. Recientes estudios experimentales exponen efectos positivos de las intervenciones cognitivas dirigidas a esta población, tanto en métodos tradicionales y como en estrategias de intervención por

medio de nuevas tecnologías. La presente revisión proporciona un análisis sistemático de la literatura existente en miras de valorar el efecto y los alcances de las intervenciones cognitivas no farmacológicas existentes en la actualidad, dirigidas a adultos mayores con Deterioro Cognitivo leve.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Monica Janneth Guido Silva, Víctor Manuel Zamudio Rodríguez, Héctor José Puga Soberanes, Juan Martín Carpio Valadez, María del Rosario Baltazar Flores, (2015); Campos, A., & Ameijide, L. (2015); Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina, 2015; Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Debido al fenómeno emergente del envejecimiento de la población mundial, así como al incremento del porcentaje de enfermedades degenerativas, existe un creciente interés en la determinación y comprensión de los efectos de las intervenciones psicosociales en población mayor con primeros signos de deterioro cognitivo. Gran parte de la investigación en demencias y envejecimiento desarrollada hasta la fecha, se ha focalizado en el concepto de Deterioro Cognitivo leve (Dcl), el cual representaría una posible etapa de transición entre envejecimiento normal y las fases más tempranas de la demencia (Bennett et al., 2002) los estudios prospectivos recientes reportan índices de conversión de Deterioro Cognitivo leve Amnésico (Dcl-A) a Demencia tipo Alzheimer (AD) (Barnes, Alexopoulos, López, Williamson, & Yaffe, 2006). A pesar de la diversidad en las características metodológicas empleadas en la actualidad para los estudios de intervenciones psicosociales en DCl, los resultados de varios estudios son de gran importancia. El programa incluye entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, técnicas de relajación, manejo de estrés, entrenamiento cognitivo en memoria, entrenamiento en el uso de estrategias compensatorias de memoria y ejercicios motores. La importancia de los hallazgos de los programas de intervención cognitiva no se limitan a la memoria de sujetos con DCl, sino que se complementan además con cambios en otras medidas objetivas de funciones cognitivas tales como la función ejecutiva (Wenisch, et al., 2007), la fluencia verbal (de Rotrou et al., 2010), la velocidad de procesamiento (Londos, et al., 2008). El alcance de estas técnicas apunta incluso a lograr efectos en medidas de calidad de vida, de ansiedad, de depresión, de estado de ánimo, de habilidades funcionales y/o en actividades de la vida diaria de esta población (Belleville, 2008) En cuanto a la eficacia de los programas de intervención cognitiva por medio del uso de ordenadores. (2003), se llevó a cabo un tratamiento de rehabilitación por medio de ordenador, que incluía entrenamiento en atención, en percepción viso-motora, en memoria, en percepción visoespacial y en lenguaje, los

resultados reportaron una mejoría en memoria de trabajo, en memoria visual y espacial y en velocidad de procesamiento de la información. Tal como los programas de intervención tradicionales, el interés de las estrategias de intervención por medio de tecnologías ya no solo radica en las áreas cognitivas, sino en también en los alcances que estas pueden tener en otras áreas en sujetos con DCI, se encontró luego de intervención por medio del ordenador, tanto mejoras en funciones cognitivas, como disminución de síntomas de ansiedad y depresión, mejorías en praxias constructivas, en memoria visoespacial a largo plazo, en fluencia verbal, en atención, en memoria episódica. Dada la alta progresión que los pacientes con DCI tienen hacia la demencia, se requieren mayores estudios que incluyan datos de seguimiento, en miras de determinar la eficacia de los programas en la mejoría a largo plazo y el enlentecimiento de la progresión hacia la demencia. Pero el seguimiento de los efectos de los tratamientos identificados en este estudio llega en la mayoría de los casos hasta los 12 meses, de modo que no se cuentan con antecedentes respecto a si estos se mantienen o se van extinguiendo con el paso del tiempo. Faucounau (2010), en una reciente revisión de estos métodos de intervención cognitiva dirigidos a DCI, expone que los programas por ordenador ofrecen la ventaja de brindar intervención en mayor escala, así como individualizar el tratamiento al perfil neuropsicológico de cada paciente. Tal como se ha visto en esta revisión, tanto los métodos tradicionales como aquellos programas basados en el uso del ordenador, tienen un efecto positivo en las habilidades cognitivas, en el conocimiento y uso de estrategias de memoria, en la percepción subjetiva de memoria y/o en los estados emocionales de los sujetos con DCI. Cid No obstante, para determinar la efectividad real de cada técnica de intervención, son probablemente necesarios estudios con mayor grado de homogeneidad, mayor tamaño de muestra, inclusión de grupo control aleatorio y determinación del tipo de diagnóstico de DCI incluidos en cada investigación. De tal manera que, si bien los resultados son prometedores y apoyarían la hipótesis de existencia de plasticidad cerebral en población mayor, sólo la inclusión de estas características metodológicas permitiría valorar la actuación en la práctica clínica y posibilitaría la creación de tratamientos efectivos orientados a la población con primeros signos de deterioro cognitivo. El uso de nuevas tecnologías permitiría la aplicación de intervenciones a gran escala y con bajos requerimientos de tiempo y personal, además de la facilitación del acceso a los servicios a poblaciones espacialmente distanciadas, y la posible descentralización de estas intervenciones en el sistema sanitario.

MEMO ANALÍTICO No. 29

REFERENCIA:

Pérez Fuentes, M., & Molero Jurado, M., & Osorio Cámara, M., & Mercader Rubio, I. (2014). PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA MAYORES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 477-487.

Keywords/ Palabras clave

Inteligencia Emocional, Mayores, Calidad de Vida, Satisfacción Vital, Estimulación Cognitiva.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

La realidad sociodemográfica actual, con un elevado número de personas de edad avanzada y demás variables, conlleva algunos cambios en cuanto a las demandas de la población en atención socio-sanitaria. Así, aparece una demanda relacionada con la estimulación de las capacidades cognitivas, existiendo prácticamente en todos los Centros de Día y Programas de Envejecimiento Activo este tipo de actividades. En los últimos años, ha cobrado auge también, dentro de la Psicología de la Vejez, el estudio de los cambios emocionales que experimentan los individuos de edades avanzadas, el estudio del denominado “Envejecimiento Emocional”. Así, el presente proyecto pretende conjugar ambos aspectos, la estimulación cognitiva junto con la educación de las emociones. Teniendo como objetivo general elaborar e implementar un Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores sin deterioro cognitivo, del centro de la Ciudad de Almería. Permitirá, no sólo, evaluar y analizar la relación entre diferentes conceptos como son Calidad de Vida, Inteligencia Emocional, Satisfacción Vital, Atención y Memoria Cotidiana; sino también, constatar la mejora en las tareas cognitivas del propio programa (tiempo y aciertos) y los beneficios para la Calidad de Vida, Inteligencia Emocional, Satisfacción Vital, Atención y Memoria Cotidiana, de acercar ambos aspectos, incluyendo las Nuevas Tecnologías, a las personas mayores del centro de Almería, mejorando también la actividad e integración social de estas, así como, la igualdad de oportunidades.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Monica Janneth Guido Silva, Víctor Manuel Zamudio Rodríguez, Héctor José Puga Soberanes, Juan Martín Carpio Valadez, María del Rosario Baltazar Flores, (2015); Campos, A., & Ameijide, L. (2015); Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina, (2015); González Palau, F., & Franco, M., & Jiménez, F., & Bernate, M., & Parra, E., & Toribio, J., & Solis, A., & Losada, R., & Cid, T. (2012).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

La realidad sociodemográfica actual, con un elevado número de personas de edad avanzada y demás variables (Eurostat, 2012), conlleva algunos cambios en cuanto a las demandas de la población en atención socio-sanitaria. Por ejemplo, el hecho de que el deterioro cognitivo sea el segundo motivo de consulta más frecuente en los servicios de Neurología (Barrero-Hernández, VivesMontero y Morales-Gordo, 2006), plantea la necesidad de una mejora, tanto en el diagnóstico, como en la intervención a nivel preventivo (Conde-Sala et al., 2012). Así, la revisión de instrumentos, sobre todo aquellos que se utilizan para el cribado del deterioro cognitivo en personas mayores, constituye una tarea necesaria para el desarrollo o la mejora de instrumentos libres de la influencia de variables asociadas a la edad (Carnero-Pardo et al., 2007) o de índole cultural (Mesquita y Frijda, 1992). De ahí, que se haga un mayor hincapié en el diseño de intervenciones basadas en estrategias de tipo psicológico y social, que enlentecen el declive intelectual del anciano (Tárraga et al., 2006) y potencian, en muchos casos, los efectos parciales del tratamiento farmacológico (Requena, Maestu, Campo, Fernández y Ortiz, 2006). Incluidos en esta área, destacan tres enfoques teóricos que pretenden describir y explicar el desarrollo de las emociones en la vejez: el Modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer (1990), la Teoría de la Selectividad Emocional y la Resolución de problemas cotidianos de Alta Saliencia Emocional. Uno de los cambios en la memoria que tienen lugar en la vejez, del mismo modo que ocurre con la atención como ya se ha mencionado, consiste en una probabilidad mayor de recordar la información positiva frente a la negativa, durante esta etapa (Singer, Rexhaj y Baddeley, 2007). Y lo que resulta más llamativo es el hecho de que este sesgo a favor de las emociones positivas tenga lugar durante una etapa de la vida en la que la frecuencia de eventos negativos suele ser más elevada (Rothermund y Brandtstadter, 2003). Algunas de las mejoras que se persiguen con la inclusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (Tics) hacen referencia a la presentación de contenidos heterogéneos y significativos para el sujeto (Farina et al., 2006), donde la ejecución de las actividades sea interactiva y el sujeto obtenga un refuerzo inmediato (Pontes, 2005). La hipótesis de partida es, que la implementación de un programa de estimulación cognitiva, que integre la Inteligencia Emocional y las Nuevas Tecnologías, supondrá una mejora en la Calidad de Vida, en la capacidad cognitiva del sujeto, en la ejecución de las actividades de dicho programa (tanto en tiempo como en aciertos), en la atención, en las diferentes subescalas de la Inteligencia Emocional, así como, en la Satisfacción Vital de las personas mayores

que participen en dicho programa. Se constata la mejora en las tareas cognitivas del propio programa (tiempo y aciertos), y los beneficios, para la Calidad de Vida, Inteligencia Emocional, Satisfacción Vital, Atención y Memoria Cotidiana, de acercar ambos aspectos, incluyendo las Nuevas Tecnologías, a las personas mayores del centro histórico de Almería, mejorando también la actividad e integración social de estas, así como, la igualdad de oportunidades de los mayores que viven en el caso histórico de Almería. El programa de entrenamiento se desarrolla en tablet, y por tanto, en dos dimensiones y mediante la manipulación directa de los sujetos a través de la pantalla táctil que la tablet tendrá. Su objetivo es trabajar, por un lado, la conservación y mejora del rendimiento en personas mayores en tareas que requieren la puesta en marcha de las funciones ejecutivas y, por el otro, la mejora y el aprovechamiento de las estrategias en el manejo de las emociones. Entre los objetivos de esta fase se incluye dotar de una mayor sensación de seguridad y control en la persona mayor, especialmente relevante en los casos en los que el sujeto no ha tenido contacto previo con las nuevas tecnologías. La segunda fase consta de varias sesiones de juego en las que se presentan diferentes actividades o juegos, adaptando el nivel de dificultad a las características y necesidades de los jugadores. Por otro lado, la respuesta basada en la manipulación directa de los cubos supone una evolución con respecto a los métodos tradicionales en los que el sujeto se presenta como un mero receptor de contenidos y donde su respuesta se reduce a la única acción de presionar una tecla. Así este nuevo formato de interacción proporciona al jugador una sensación de mayor control sobre la tarea, lo que se traduce en mayor seguridad y confianza en sí mismo, una mejora de la autoestima, incremento de la motivación, etc. Se hace referencia sobre los beneficios de este tipo de programas sobre la inclusión de las personas mayores en el mundo de las nuevas tecnologías como una de las líneas de actuación en las políticas actuales de envejecimiento activo.

MEMO ANALÍTICO No. 30

REFERENCIA:

Rey Cao, A., & Canales Lacruz, I. (2012). Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontología*, 15 (1), 27-39.

Keywords/ Palabras clave

Memoria, Movimiento, Cognitivo, Envejecimiento, Autoestimulación, Anciano.

Categoría de búsqueda

Readlyc

Idea central del documento

Este artículo tiene como objetivo mostrar los efectos cognitivos y perceptivo-motrices obtenidos tras la aplicación de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores llamado “Memoria en Movimiento”. Se trata de una investigación cuasi-experimental en la que participaron 234 personas mayores con una media de edad de 69.92 ± 7.23 distribuidas en grupo experimental inactivo físicamente y grupo control practicantes de Tai-chi y Gimnasia. La evaluación se realizó antes de la aplicación del programa y tras su finalización. Se utilizaron el Mini Examen Cognoscitivo, el Test de Dígitos – Total, Directo e Inverso –, una Prueba de Memoria Motriz y una Prueba de Orientación Espacial – Total, 1 y 2 –. Se constató una mejoría significativa (≤ 0.05) del grupo experimental en todas las mediciones de estudio excepto en Dígitos Directo y Orientación Espacial 2. El grupo control consigue mejoras significativas (≤ 0.05) exclusivamente en Orientación Espacial Total y Espacial 1 y deterioro significativo (≤ 0.05) en Memoria Motriz. El programa “Memoria en Movimiento” mejora la atención, la memoria, la conciencia corporal y la estructuración espacial de las personas mayores mediante tareas cognitivas con implicación motriz integral.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Gualdrón M, Valencia J, Monsalve A, Correa-Bautista JE, 2015; Maria Begoña Garín Gómez, Soledad Ballesteros Jiménez, Alfredo Briones Aranda, (2013), Rey Cao, A., & Canales Lacruz, I. (2012).

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

El grado de deterioro se relaciona con los niveles de práctica habitual de las funciones cognitivas, por lo que una intervención sistemática puede ayudar a contrarrestarlo. Concretamente, la investigación de Fabre et al, 2002, compara los efectos de un entrenamiento aeróbico, un entrenamiento mental y la combinación de ambos sobre las funciones cognitivas. El componente motriz de los programas de entrenamiento cognitivo-motriz integrado no está centrado en el trabajo físico-condicional, como es el caso de las investigaciones que evalúan fundamentalmente la relación entre el ejercicio físico y la mejora cognitiva utilizando métodos básicamente aeróbicos y/o calistenias, sino que incorporan tareas perceptivo-motrices en las que lo relevante son las operaciones cognitivas que deben realizarse para su resolución. El grupo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte de la Universidad de Vigo (España) y financiado por la Obra Social Caixa Galicia (España) realizó un estudio donde participaron 234 personas con una media de edad de 69.92 ± 7.23 procedentes de ocho Centros de Mayores de diferentes núcleos urbanos de la comunidad autónoma gallega (España), distribuidas en grupo experimental (n=185)

y grupo control (n=49). El grupo control participaba en otros programas de actividad física ofertados por el propio Centro de Mayores – Tai-chi y Gimnasia –, los cuales no eran regulados por el propio grupo de investigación. Fueron cuatro unidades didácticas, con un total de 26 sesiones de una hora de duración y 120 tareas en torno a cuatro bloques de contenidos: conciencia corporal, atención, estrategias para recordar y estructuración espaciotemporal. Estas características hacen necesario que las tareas se adapten al enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, ya que suele afectar notablemente y de forma generalizada a las personas mayores. En consecuencia, los problemas derivados de la falta de atención y concentración – función inhibitoria –, y los derivados de la entrada de la información – enlentecimiento de la velocidad de procesamiento y problemas en los órganos de los sentidos –, son los principales aspectos que determinan el análisis de la aplicabilidad del programa. Los contenidos y sesiones de las Unidades Didácticas de “Memoria en Movimiento” fueron técnicas mnésicas de pares asociados, método de la cadena, método Loci, método del agrupamiento y método de la historia. La expansión de la conciencia espacial se realiza partiendo de la consolidación de la conciencia corporal iniciada a través de tareas que incorporan la locomoción. La conciencia temporal se trabaja con ejercicios de adecuación del movimiento que necesitan de la percepción de la duración y el orden. Se evaluó por medio del WAIS III que consta de una prueba directa e inversa y evalúa la atención, la memoria inmediata y la memoria de trabajo; Tanto los trabajos anteriores como aquellos que incorporan programas mixtos – entrenamiento cognitivo y entrenamiento físico –o programas integrados entrenamiento cognitivomotriz corroboran los resultados de la presente investigación y ratifican la importancia de programas específicos para la mejora de las funciones cognitivas. Diversos autores apuntan que el funcionamiento cognitivo no se correlaciona directamente con un único factor, sino que es sistémico y susceptible de la influencia combinada de varios factores: edad, nivel de estudios, género y estilos de vida. Los destinatarios que obtienen los mayores beneficios de la participación en el programa son personas mayores de 60 años, sin deterioro cognitivo, sin problemas de movilidad y sin institucionalizar. El programa “Memoria en Movimiento” consigue a través de 26 sesiones el desarrollo de la atención, la memoria y las funciones perceptivo-motrices de la conciencia corporal y de la estructuración espacial de las personas mayores a partir de tareas de carácter lúdico y social que requieren la implicación motriz de los participantes.

MEMO ANALÍTICO No. 31

REFERENCIA:

Menéndez González, Manuel & Martínez Rivera, Marta & Fernández, Benjamín & López-Muñiz, Alfonso. (2011). Estilo de vida y riesgo de padecer demencia.

Keywords/ Palabras clave

Demencia, estilo de vida, deterioro cognitivo, hábitos saludables, Alzheimer, deterioro cognitivo leve

Categoría de búsqueda

Google Scholar

Idea central del documento

A pesar de la escasez de estudios aleatorizados, la evidencia acumulada hasta la fecha procedente de estudios observacionales ya permite definir con cierta claridad la existencia de hábitos relacionados con el estilo de vida que actúan como factores de riesgo y hábitos protectores para el desarrollo de demencia. La dieta Mediterránea, la actividad física regular, hábitos de sueño regulares, la estimulación cognitiva y una vida socialmente activa son los factores relacionados con el estilo de vida que permitirían enlentecer el desarrollo de demencia y serían especialmente aconsejables a la población en general y especialmente a pacientes con deterioro cognitivo leve. Estas conclusiones deberían ser trasladadas en forma de recomendaciones generales a las políticas de protección de salud de los organismos sanitarios. Son necesarios estudios aleatorizados que permitan confirmar los resultados de los estudios observacionales, conocer los mecanismos de acción y definir recomendaciones concretas del estilo de vida para prevenir el desarrollo de demencia.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Menéndez, et al., (2011), Bilyk, Ventura & Cervigni, (2015) Gualdrón, Valencia, Monsalve, (2015) Rey & Canales (2012), González, et al., (2012) y Garín, Ballesteros & Briones, (2013)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En esta revisión bibliográfica se ha encontrado que entre los factores protectores para prevenir el deterioro cognitivo están: tener un peso intermedio, una dieta balanceada como el no consumo de grasas saturadas, sino de una dieta mediterránea, consumo de ácidos grasos omega3, vitaminas del grupo B y antioxidantes, realizar actividad física frecuentemente, dejar el sedentarismo, mantener las relaciones sociales puesto que las personas que son introvertidas o viven solas tienen riesgo de padecer demencia, mantener vida social activa, participar en actividades mentalmente estimulantes, , moderar el consumo de alcohol en no portadores de alelo ε4, regular el sueño, de igual forma, haber recibido en la juventud una educación formal reduce el riesgo de demencia. Igualmente, puede considerarse como la estrategia más directa para aumentar la reserva cerebral mediante la inducción de neurogénesis y sinaptogénesis, Los efectos beneficiosos de la cafeína pueden generarse a través de mecanismos que reducen la producción de Aβ o mediante el aumento del nivel de proteínas cerebrales importantes para el aprendizaje y la memoria, como el factor neurotrófico derivado del cerebro.

Tabaquismo es un factor de riesgo vascular que incrementa el riesgo de demencia con componente vascular.

Mantener la salud cognitiva en la vejez es una prioridad de salud pública, ya que la población de personas mayores crece a un ritmo sin precedentes.

MEMO ANALÍTICO No. 32

REFERENCIA:

MENÉNDEZ MONTAÑÉS, M., & BROCHIER KIST, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10 (1), 179-192.

Keywords/ Palabras clave

Actividad física. Psicomotricidad. Envejecimiento activo. Envejecimiento satisfactorio

Categoría de búsqueda

Google Scholar

Idea central del documento

El envejecimiento demográfico de la población a nivel mundial ha provocado una alerta sobre la importancia de garantizar que las personas mayores puedan vivir mejor y con mayor independencia a partir del mantenimiento de sus capacidades funcionales. En este artículo presentamos los beneficios bio-psico-sociales de la actividad física para el fomento del envejecimiento activo y saludable, y la importancia de la Psicomotricidad

como una técnica El envejecimiento demográfico de la población a nivel mundial ha provocado una alerta sobre la importancia de garantizar que las personas mayores puedan vivir mejor y con mayor independencia a partir del mantenimiento de sus capacidades funcionales. En este artículo presentamos los beneficios bio-psico-sociales de la actividad física para el fomento del envejecimiento activo y saludable, y la importancia de la Psicomotricidad como una técnica de intervención corporal que puede influir de manera positiva en la competencia personal y eficiencia motora, la cognición, la afectividad, el bienestar y la socialización de las personas mayores, reduciendo los riesgos de deterioro y marginación social. De intervención corporal que puede influir de manera positiva en la competencia personal y eficiencia motora, la cognición, la afectividad, el bienestar y la socialización de las personas mayores, reduciendo los riesgos de deterioro y marginación social.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

Rey & Canales (2012), González, et al., (2012), Garín, Ballesteros & Briones, (2013)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

En cuanto a la importancia de la actividad física en las personas mayores, uno de los grandes desafíos de las sociedades en la actualidad consiste en posibilitar estrategias de intervención que contribuyan para el envejecimiento activo con el fin de prevenir las situaciones de dependencia que pueden ser ocasionadas por factores físicos o biológicos pero que, en general, tienen que ver con cuestiones psico-afectivas de estos individuos. Por tanto, la valoración de la capacidad funcional presupone la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades físicas de la vida diaria (la higiene personal, alimentarse, vestirse, moverse dentro y fuera de casa, etc.) y las IADL –Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (el mantenimiento de la casa, cocinar, hacer recados fuera de casa, utilizar transportes públicos, entre otros). Envejecimiento prematuro. La OMS señala que además de los efectos que la actividad física puede tener en la coordinación física (resistencia, equilibrio, movilidad de las articulaciones, velocidad en el caminar, entre otros) presenta efectos favorables sobre el metabolismo, tales como: movilidad: es uno de los factores más importantes para determinar la capacidad funcional puesto que el deterioro osteomuscular provocado por la edad aumenta los problemas de movilidad generando dificultades en la capacidad de manejarse de forma independiente y de relacionarse con otras personas. En el caso de las personas mayores, es posible afirmar que existe una conexión entre la actividad física, la salud mental y factores socioeconómicos, pues la realización de una actividad física moderada con frecuencia puede reducir la aparición o la existencia de problemas mentales, repercutiendo en la capacidad funcional, la salud y la conservación de la calidad de vida. De modo general, se observa que la caminata es la actividad física más corriente entre las personas de edad avanzada, pues significa la forma de movimiento más natural de

los seres humanos que puede incluirse en la vida cotidiana y doméstica y, además, cada individuo tiene la capacidad de controlar su intensidad, duración y frecuencia. Los efectos de la caminata van desde el aumento de la fuerza muscular, la minimización de la inmovilidad, la preservación de la independencia y la capacidad de manejarse por uno mismo, hasta la posibilidad de establecer contacto y relaciones con otras personas por el hecho de caminar acompañadas. En España el surgimiento de la psicomotricidad fue a partir de los años setenta mediante la publicación de obras de autores franceses y la realización de cursos y seminarios que llevaron a la ejecución del Congreso Internacional de Psicomotricidad realizado en Madrid, en el año de 1980. A partir de la definición de la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español (FAPEE) se amplía la perspectiva de la psicomotricidad a través de una visión global de la persona que integra las interacciones cognitivas, simbólicas, emocionales y sensoriales de los individuos en un contexto psicosocial que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad. Interesa la aplicación del término Psicomotricidad en un doble sentido (Menéndez, 1989): (a) Como un ámbito del comportamiento, como área del desarrollo, como un entramado de funciones cuyo núcleo fundamental es el movimiento, y (b) Como concepción y como técnica educativa, recreativa y terapéutica que parte de la importancia de la unidad de la persona y de la mediación corporal. En el caso de que las personas estén en un estado de confusión y/o de demencias, en cualquiera de sus fases, es muy eficaz la aplicación de esta técnica que pretende abordar el área cognitiva a través de las actividades físico motoras, las coordinadas espacio-temporales y la toma de conciencia de la unidad psicofuncional. Es fundamental la actuación de los profesionales sociosanitarios en la búsqueda de estrategias para que las personas mayores comprendan y reconozcan la importancia de la actividad física para la conservación de su capacidad funcional, de su independencia y de las posibilidades de interacción con otras personas.

MEMO ANALÍTICO No. 33

REFERENCIA:

López Pérez-Díaz A, Jiménez-Jaimez J, (2011) La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez: estudio de revisión. *Psicogeriatría* 319-28.

Keywords/ Palabras clave

Palabras clave. Demencia. Deterioro cognitivo. Estudios longitudinales. Estudios transversales. Factor de riesgo. Hipertensión arterial.

Categoría de búsqueda

Google Scholar

Idea central del documento

Introducción. En la actualidad, existe una tendencia hacia el envejecimiento progresivo de la población. Uno de los problemas más habituales asociados a la edad es el deterioro cognitivo, entre cuyos predictores encontramos factores de riesgo cardiovascular como la tensión arterial elevada y la diabetes. Desarrollo. En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica no sistemática, pero especializada, que relaciona la hipertensión arterial y el deterioro cognitivo en la vejez. Las investigaciones transversales señalan que podría existir una relación directa entre la hipertensión arterial y el deterioro cognitivo posterior, aunque los resultados en este sentido han sido dispares. Sin embargo, los estudios longitudinales son más consistentes y corroboran casi siempre estos mismos resultados.

Además, tales estudios relacionan la hipertensión con el pobre desempeño en habilidades cognitivas específicas. En esta revisión se muestran también algunos estudios que relacionan la hipertensión arterial con la incidencia de la demencia en etapas tardías de la vida. Conclusiones. Probablemente el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial pueda reducir el riesgo de deterioro cognitivo posterior. En definitiva, controlar la hipertensión podría ser otra de las estrategias clave de cara a la prevención del deterioro cognitivo en los ancianos.

Otros autores que trabajan este concepto o categoría

(Qiu, et al., 2003), (Murray, et al., 2002) (Hatazawa, et al., 2004)

Al contrastar con otros autores, cuál es el concepto que se ajusta al contexto

Los autores encontraron que la tensión arterial definida como óptima en las personas mayores (120/80 mmHg) se relacionó con un mejor desempeño cognitivo en sujetos < 80 años. La HTA y la presión de pulso elevada estuvieron siempre relacionadas con el peor rendimiento cognitivo en el test minimental (MMSE) en todos los grupos de edad, salvo en los mayores de 80 años, en quienes el patrón parece invertirse de manera que los normotensos obtienen un peor rendimiento cognitivo que aquellas otras personas

con una HTA moderada. De hecho, según otros estudios, el riesgo de deterioro cognitivo entendido como la disminución del desempeño en pruebas cognitivas a lo largo del tiempo podría ser incluso 2,8 veces mayor entre las personas hipertensas después de un periodo corto de seguimiento.

La tensión arterial diastólica elevada se asocia con un pobre desempeño cognitivo en todas las habilidades exploradas. Se ha visto que no hay diferencias significativas en la ejecución cognitiva de los participantes en función de la duración de la hipertensión arterial. En la misma línea, en un estudio longitudinal de casos y controles que realizó un seguimiento a 15 años a diferentes grupos de edad, se demostró que la presión arterial a los 70 años de edad es más alta entre quienes desarrollan demencia en un periodo de 10-15 años de seguimiento frente a quienes no han desarrollado dicho estado demencial. De hecho, los primeros análisis del estudio Rotterdam revelaron que la tensión arterial se asociaba negativamente con la puntuación total en el MMSE, pero sólo entre los ancianos menores de 75 años, porque a partir de esa edad la relación se invierte, siendo la tensión arterial baja el mejor predictor del deterioro propio de la demencia, especialmente en el grupo de personas de 85-94 años de edad. Asimismo, según este estudio, la disminución de la tensión arterial durante la noche parece proteger frente al deterioro cognitivo en el anciano, por su relación positiva con el funcionamiento cognitivo en la vejez. Los autores concluyen por tanto que la tensión arterial sistólica elevada en 24 horas (especialmente durante el sueño) y la no disminución de ésta durante la noche son indicadores fiables de la disminución del volumen cerebral y del deterioro cognitivo en las etapas tardías de la vida. Otras hipótesis explicativas de la relación entre HTA y deterioro cognitivo en el anciano apuntan que la HTA podría inducir cambios estructurales en el hipocampo y en zonas adyacentes implicadas en los principales procesos mnésicos, además de la disminución de los niveles de noradrenalina tanto en el sistema nervioso central como en el periférico, o incluso cambios en el flujo cerebral que se producen conforme aumenta la edad de las personas. Debido a su enorme relevancia clínica, en múltiples ocasiones se ha tratado de investigar también si el tratamiento farmacológico de la HTA puede atenuar o retrasar la aparición del deterioro cognitivo leve en etapas tardías de la vida. Así, algunos autores encuentran que el tratamiento de la HTA reduce significativamente la incidencia del deterioro cognitivo leve y de la demencia en el anciano (Qiu, et al., 2003), (Murray, et al., 2002), mientras que otros investigadores no han podido hallar los mismos resultados. En este sentido, y en otra investigación similar en la que se siguió durante cinco años a más de 1.600 ancianos, se observó que el tratamiento de la hipertensión redujo en un 38% el deterioro cognitivo frente a aquellos otros ancianos que no habían recibido tratamiento. En diabéticos hipertensos se ha visto también que el candesartán (un antagonista de los receptores de angiotensina) mejoraba significativamente el flujo sanguíneo en la arteria carótida interna y en las arterias cerebrales medias en comparación con no diabéticos (Hatazawa, et al., 2004). Al realizar los oportunos análisis de regresión, se comprobó de hecho que la disminución de la tensión arterial sistólica podría ser una de las variables que mejor predice la pérdida de las capacidades cognitivas observada en el MMSE, junto con la edad y la tensión sistólica inicial. Por ejemplo, Gupta et al., (2008) comprobaron

si los betabloqueantes y los antagonistas de los canales del calcio tenían alguna influencia sobre el desempeño cognitivo de las personas de edad avanzada, además del efecto beneficioso que produce, claro está, sobre el control de la tensión arterial.

Referencias

- Acosta, C., Vales, J., & Palacio, R. (2015). Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (3), 316-325.
- Agustín, S., & Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Therapeia*. 6. 73-93.
- Avila, O., Marcia, M., Vázquez, E., & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13, 1-11.
- Bartrés, D., Clemente, I., & Junqué, C. (1999). Alteración cognitiva en el envejecimiento normal: nosología y estado actual. *Revista de neurología*, 29, 64-70.
- Bergado, J., Almaguer, M., (2000). Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. *Revista de Neurología*; 31: 1074- 95.
- Bilyk, E., & Ventura, A., & Cervigni, M. (2015). Caracterización de la producción científica iberoamericana sobre intervenciones en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. *Psencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7 (2), 383-396. /7.2.23
- Campos, A., & Ameijide, L. (2015). Mnemotecnia y metamemoria en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 15-24.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34 (3), 183-189.
- Correa, A. (2007). El estado del arte. Leo y escribo en la Universidad: Módulo de tecnologías lectoescriturales. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cortés, J., Flores, L., Gómez, C., Reyes, K., & Romero, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y enfermería*, 17 (3), 73-81.
- Quintana, D., & Miró, M. (2015). Estimulación basada en mindfulness para personas mayores con enfermedad de alzheimer u otras demencias. Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. Universidad de La Laguna.

Papeles del Psicólogo, Vol. 36(3).

Domínguez, M., Mandujano, M., Quintero, M., Sotelo, T., Romero, J., & Valencia, J. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12 (2), 391-402.

Fernández, M., & Herrera, M. (2016). Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *Psykhé*, 25 (1), 1-14.

Fernández, T., & Ponce-de-León, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, XIII (1), 87-97.

García, B., González, A., Quiroz, A., Velásquez, A., & Ghiso, A. (2002). Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. Medellín: Funlam.

Garín, M., Briones, A., & Ballesteros, S. (2013) Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Temas d'estudi* nº 106, pp. 41-53.

Gómez, L. (2000) Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Rev Neurol (Barcelona)*; 31: 749-56.

González, F., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J., Solis, A., Losada, R., & Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6 (1), 84-102.

Grinell, R. (1997). *Social work research & evaluation: Quantitative and qualitative approaches*. E.E. Peacock Publishers, 5.ed. Illinois.

Gualdrón, M., Valencia, J., Monsalve, A., Correa, J. (2015) Actividad física y función cognitiva: una comparación en dos grupos de adultos mayores, un estudio piloto. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá.*; 2:106-115.

Guzmán, J., Villalva, A., Bernal, J. (2015). Cambios en la estructura y función cerebral asociados al entrenamiento aeróbico a lo largo de la vida. Una revisión teórica. *Anuario de Psicología*, Septiembre-Sin mes, 203-217.

- Requejo, H. (2016). Nutrición y deterioro cognitivo. *Nutrición Hospitalaria*, 49-52.
- Hoyos, L. (2013). Plan de protección geronto-neuropsicológico (PPGN). Gimnasio mental. Por un envejecimiento activo y exitoso. Alcaldía de Medellín. Amauta, Centro vida gerontológico. Orientación neuropsicológica.
- Izquierdo, M., Cadore, E., Casas, A. Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia, Volumen: 13, Número 1 del año 2014.
- Calero, J., López, G., Ortega, A., Cruz, A. (2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 6. 10.1989/ejihpe.v6i2.160.
- Justel, N., O'Connor, J., & Rubinstein, W. (2015). Modulación de la memoria emocional a través de la música en adultos mayores: un estudio preliminar. *Interdisciplinaria*, 32 (2), 247-259.
- Korman, G. (2010). Esquemas y creencias. El origen del eclecticismo técnico y la integración en terapia cognitiva. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- González, L. (1997). Salud mental y comunidad. Monografía. Ciudad de La Habana; p.11-3.
- León, J., Oña, A., Ureña, A., Bilbao, A., & Bolaños, M. (2011). Efecto de la actividad física sobre el tiempo de reacción en mujeres mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 11 (44) pp. 791-802.
- López, O. (2003). Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Rev Neurol* 37: 140-144.
- López, A., Jiménez, J. (2011). La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez: estudio de revisión. *Psicogeriatría*; 3:19-28.
- López, M., Aurtinetxe, S., Pereda, E., Cuesta, P., Castellanos, N., Bruña, R., Niso, G., Maestú, F., & Bajo, R. (2014). Cognitive reserve is associated with the functional organization of the brain in healthy aging: A MEG study. *Frontiers in Aging*

Neuroscience. 6..10.3389/fnagi.2014.00125.

López, S., Vilalta, J., Llinàs, J. (2001). Manual de demencias. Barcelona: Prous Science; p.44-7.

Lorenzo, J., Fontán, L. (2003). La frontera entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. Revista Médica de Uruguay 19: 4-13.

Maldonado, J., Corrales, J., Ruíz, M., & González, S. (2016). Nuestros mayores activos: inteligentes y emprendedores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 85-92.

Maldonado, J., Fajardo, M., Castro, F., & González, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 57-62.

Begoña, M., Ballesteros, S., Briones, A. (2014). Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados, DOI: <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC..106.4>

Mayordomo, T., & Sales, A., & Meléndez, J. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, 31 (1), 310-316.

Menéndez, M., Martínez, M., Fernández, B., López, A. (2011). Estilo de vida y riesgo de padecer demencia.

Menéndez, M., & Brochier, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10 (1), 179-192.

Guido, M., Zamudio, Víctor., Puga, H., Carpio, J., Baltazar, M. (2015). Monitoreo de emociones aplicadas a terapias basadas en juegos y lógica difusa para adultos mayores, *Research in Computing Science* 92.

Novoa, A., Juárez, O., & Nebot, M. (2008). Efectividad de las intervenciones cognitivas

- en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 474-482. Recuperado en 09 de octubre de 2017, vol.22, n.5, pp.474-482. ISSN 0213-9111.
- Padilla, D., Aguilar, J., Díaz, P., Manzano, A. (2016). Personas mayores: innovación y emprendimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 63-71.
- Parales, C., Dulcey, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, - 1(0) 107-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534209>.
- Pérez, M., Molero, M., Osorio, M., & Mercader, I. (2014). Propuesta de intervención cognitiva en personas mayores: programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 477-487.
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2) Recuperado en 06 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es&tlng=es.
- Perlmutter, D., & Loberg, K. (2013). *Cerebro de Pan*.
- Perneczky, R., Wagenpfeil, S., Komossa, K., Grimmer, T., Dile, J., Kurz, A. (2006). Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating. *Am J Geriatr Psychiatry* 14: 139-144.
- Petersen, R. (2003). *Mild Cognitive Impairment*. Primera Edición. New York: Oxford University Press p3.
- Plaza, M., Requena, C., Rosario, I., López, V. (2015). La relación entre el tiempo no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. *European Journal of Education and Psychology*, 8 (2), 60-67.
- Quintero, S., & Trompiz, J. (2013). El adulto mayor como transmisor de tradición y cultura de la corianidad. *Multiciencias*, 13 (1), 39-45.
- Ramírez, M., & Lee Maturana, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 11 (33), 1-15.

- Restrepo, D., Niño, J., Ortiz, D. (2016). Prevención del delirium. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 37-45.
- Rey, A., & Canales, I. (2012). Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo- motriz. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (1), 27-39.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill Interamericana. México D.C.
- Sánchez, I., & Perez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. vol.24, n.2, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.
- Sergeeva, A., Jansen, H. (2009). Neuroanatomical plasticity in the gonadotropin-releasing hormone system of the ewe: seasonal variation in glutamatergic and gamma-aminobutyric acidergic afferents. *J Comp Neurol*; 515: 615-28.
- Sevilla Caro, M., & Salgado Soto, M., & Osuna Millán, N. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. . *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6 (11)
- Thickbroom, G. (2007). Transcranial magnetic stimulation and synaptic plasticity: experimental framework and human models. *Exp Brain Res*; 180: 583-93
- Vargas, G., & Calvo, G. (1987). Seis modelos alternativos de investigación documental para el desarrollo de la práctica universitaria en educación. el caso del proyecto de extensión REDUC -Colombia en la Universidad Pedagógica Nacional. *Revista Educación superior y desarrollo* 5. 9.
- Vásquez, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (1), 5-11.
- Vélez, A., Calvo, G. (1992). Estado del Arte Maestría en Educación. Bogotá: Universidad de La Sabana.
- Wilson, B. (1991). Theory, assessment and treatment in neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychology*; 5: 281- 91.