

IN THIS ISSUE:

- 04 Francisco Javier Díaz Rodríguez y
Eva María Moreno López
Modelo predictivo de satisfacción
vital en personas mayores
institucionalizadas
- 14 Angel Moreno Toledo y
Almudena del Avellanal Calzadilla
Confabulaciones y demencia: A
propósito de dos casos únicos
- 23 Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Cecilia Popritkin,
Jesica Rosenthal y Maria Laura Sammana
Taller de reflexión para adultos
mayores: Relato para la construcción
de un espacio participativo
- 28 Sonia Pareja Jimenez
La influencia de la estimulación
cognitiva en la alteración cognitivo-
emocional: Un estudio de caso único
- 37 Lucía Pérez Sanchez, Roberto Oropeza Tena, Judith
López Peñazola y José María de la Roca Chiapas
Dos diseños para el tratamiento del
adulto mayor diabético

Nº — Vol

2 2

www.neurama.es
WEBSITE

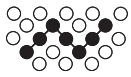
E-MAIL

info@neurama.es

20

DICIEMBRE

15



“Aquel que tiene un porqué para vivir se puede enfrentar a todos los cómo”

(Friedrich Nietzsche, 1844 -1900)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)

Laura Caballero Escamez (Murcia)

Nuria Carcavilla González (Salamanca)

Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)

Azucena Cuadrado Lorenzo (Madrid)

Marcos Díaz Díaz (Cáceres)

Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)

Santiago Granado Alcedo (Cádiz)

Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)

Estefanía Martin Zarza (Salamanca)

Rocío Medina Armenteros (Jaén)

Charo Pita Díaz (A Coruña)

Vera Santos Martínez (Madrid)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)

Analía Mendez (Argentina)

Anastasia Paschaleri (Reino Unido)

Brenda Avadian (Estados Unidos)

Carrie Peterson (Dinamarca)

Diana Orrego Orrego (Colombia)

Frederique Lucet (Francia)

Gary Glazner (Estados Unidos)

Graham Hart (Reino Unido)

Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)

Hugo Roberto Valderrama (Argentina)

Hugo Sousa (Portugal)

Javiera Sanhueza (Chile)

Joana de Melo E Castro (Portugal)

Joao Marques Texeira (Portugal)

Kerry Mills (Estados Unidos)

Maria Alejandra Ortolani (Argentina)

Maria Elena Ochoa (Argentina)

Marios Kyriazis (Reino Unido)

Mladen Davidovic (Serbia)

Narjes Yacoub (Francia)

Peter Gooley (Australia)

Raúl Andino (Argentina)

Rolando Santana (República Dominicana)

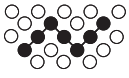
Rosana Cordova (Argentina)

Salvador Ramos (Estados Unidos)

Stephanie Zeman (Estados Unidos)

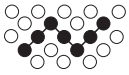
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 4 Modelo predictivo de satisfacción vital en personas
mayores institucionalizadas
Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López
- 14 Confabulaciones y demencia:
A propósito de dos casos únicos
Angel Moreno Toledo y Almudena del Avellanal Calzadilla
- 23 Taller de reflexión para adultos mayores:
Relato sobre la construcción de un espacio participativo
**Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Cecilia Popritkin, Jesica Rosenthal y
Maria Laura Sammana**
- 28 La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración
cognitivo-emocional: Un estudio de caso único
Sonia Pareja Jimenez
- 37 Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del
adulto mayor diabético
**Lucia Pérez Sánchez, Roberto Oropeza Tena, Judith López Peñazola y Jose
María de la Roca Chiapas**



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

Nuevas Perspectivas en Vejez y Calidad de Vida

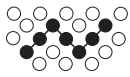
Emerge la longevidad como un nuevo fenómeno en ascenso en nuestro país. El informe reciente⁽¹⁾ de la OCDE sitúa a España en segunda posición (tras Japón) entre los países más longevos (83,2 años de edad siguiendo datos de 2013). Verdaderamente, constituye un desafío para la sociedad actual y a la vez nos perpetúa la buena condición de salud y la calidad de vida de la que gozan nuestros ancianos.

El envejecimiento activo es el paradigma del futuro, una nueva cultura del bienestar asociado a mejoras a nivel social, físico, emocional y ocupacional en nuestros mayores. El desarrollo y orientación de esta perspectiva, guía al anciano a ser autónomo así como su propio agente de participación social. Estrascendental a nivel generacional, el ascenso del envejecimiento poblacional, que representará una sociedad longeva, envejecida y numerosa.

Estudios demográficos cifran para 2030⁽²⁾ una tendencia progresiva en la esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres (81 y 87 años respectivamente). De este modo, nos enfrentamos a un reto y a un determinante avance en calidad de vida. Por ello, vincular vejez y decadencia está marcado por la obsolescencia, esta dicotomía prejuiciosa está dando paso a un concepto de vejez saludable, autónoma y activa. Trabajar en este aspecto, unificará los acontecimientos actuales a una perspectiva de envejecimiento en positivo, favorable y desmarcado de la dependencia y la enfermedad. En los albores de una nueva contingencia, identificar y valorar, potenciar y trabajar en calidad de vida, sin duda, llevará a una etapa definitiva para el progreso y los hábitos saludables en este colectivo.

(1) Caña Pita de la Vega, G. (4 de Noviembre de 2015). España escala hasta el segundo puesto de los países más longevos. El País. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/11/03/actualidad/1446575605_362967.html

(2) Ver Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo / coord. por Joaquín Giró Miranda, 2006, ISBN 84-96487-11-3, págs. 15-36



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

Francisco Javier Díaz Rodríguez¹, Eva María Moreno López²

Resumen

En el presente trabajo perseguimos definir un modelo que explique qué variables condicionan la satisfacción en personas mayores institucionalizadas. El modelo obtenido se ha llevado a cabo por el procedimiento de ecuaciones estructurales, y cumple todos los criterios que la literatura científica propone para considerarlo significativo, obteniéndose valores en diferentes índices de ajuste por encima de los puntos de corte recomendados.

Los resultados ponen de manifiesto la relación entre distintas variables analizadas como el deterioro cognitivo, el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, el riesgo de caídas, la insulino dependencia, el estado de ánimo, la salud general, la vitalidad, o la salud mental.

Las conclusiones permiten destacar la jerarquía que ciertas variables relacionadas con la salud mental tienen en la autopercepción de la propia satisfacción, y enfatizan la importancia que el profesional de la psicogerontología adquiere en los centros para mayores.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción; mayores; modelo predictivo; residencias.

Abstract

Predictive Model of Vital satisfaction Institutionalized Elderly

In this paper we seek to define a model to explain what variables influence the satisfaction institutionalized elderly.

The resulting model was carried out by the method of structural equations, and meets all the criteria that the scientific literature proposes to consider significant, resulting in different values adjustment indices above the recommended cut points.

The results show the relationship between different variables analyzed as cognitive impairment, performance in basic activities of daily life, the risk of falls, the insulin dependency, mood, general health, vitality, and mental health.

The findings highlight the hierarchy allow certain variables related to mental health have in the perception of self-satisfaction, and emphasize the importance that the professional must acquire psychogerontology senior centers.

Keywords:

Satisfaction; older; predictive model; residences.

1.Introducción

La sociedad española se halla inmersa en un proceso de cambios que están afectando de manera importante a un sector desfavorecido históricamente como el de los mayores. Si a esto le sumamos retos como el abordaje de los nuevos modelos de cuidado, o el aumento del gasto en la atención a las

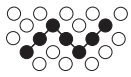
ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
01/11/2015

Aceptado:
20/11/2015

(1) Director de la Residencia Municipal de Mayores de Torrecampo. francisnojavierdiazrodriguez@yahoo.es

(2) Directora sección de formación e investigación Fundación ALFIMA. eml502@hotmail.com



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

personas en situación de dependencia, se abre un universo de incógnitas sobre las fórmulas para dotar a nuestros mayores de la calidad de vida que con tanto esfuerzo se han ganado.

En primer lugar, vamos a hacer referencia a la escasa investigación, y en ocasiones de poca calidad, que se ha generado en España en lo que al estudio de la satisfacción en el mayor institucionalizado se refiere (Aguado y Alcedo, 2003). A esta limitación debemos añadir que la edad adulta conlleva una serie de características diferenciales relevantes que hacen a este grupo de edad especialmente vulnerable a un uso no crítico de las medidas de calidad de vida (Grimley, 1992).

En este sentido, sólo un 35% de los modelos evaluados tiene un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no define los constructos, y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre calidad de vida y los factores que la influyen (Gill & Feinstein 1994). Esto evidencia que, desde que este concepto ha comenzado a atraer el interés de los investigadores, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas en la definición del concepto, en las dimensiones que lo comprenden, en su medición, y en los factores que lo pueden influenciar (Taillefer, Dupuis, Roberge y Lemay, 2003).

Actualmente, las discrepancias entre los factores que influyen en la calidad de vida del mayor (Gené et al., 1997; Meléndez, Montero, Jiménez y Blanco, 2001; Seculi et al., 2001; Wensing, Vingerhoets y Grol, 2001) siguen abriendo debates intensos sobre el peso de determinados ámbitos, como por ejemplo el afectivo en los distintos modelos de calidad de vida (Coleman, Philp, y Mullee, 1995; Sánchez del Corral et al., 1995).

Centrándonos en la población institucionalizada, autores como Gallo Estrada (2011), han demostrado recientemente que se dispone de pocos datos acerca de las condiciones de vida de la población en residencias. Blanca Gutiérrez (2011), incide en que son pocos los trabajos científicos en el espacio español e iberoamericano que aborden de forma fenomenológica-cualitativa la temática de las experiencias vitales de las personas mayores institucionalizadas.

Martínez Rodríguez (2009) pone de relieve la importancia y significado de un ciclo vital tan amplio, manifestando la necesidad de profundizar en este ámbito, y haciendo hincapié en que es fundamental que los centros residenciales se diseñen teniendo en cuenta el conocimiento científico existente, de modo que se optimicen las condiciones que favorezcan la

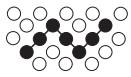
salud y el bienestar de las personas que allí viven, y los recursos se adapten a las necesidades de los residentes.

La falta de literatura especializada sobre la calidad de vida en mayores institucionalizados quizá no sólo sea debido a los numerosos prejuicios edadistas que sufre esta población, sino que sea también debido a los diversos interrogantes que plantea la predicción científica en las ciencias sociales en general y en la población mayor institucionalizada en particular.

En segundo lugar, hacemos también mención a la dotación de los recursos, proceso que se ha convertido en uno de los ejes de las políticas económicas y sociales, tanto a la hora de determinar su rentabilidad económica, como a la de determinar su capacidad de ajuste. Sin embargo, para que la dotación de recursos sea apropiada no bastará con determinar el aumento de población diana que pronostica la tendencia de la pirámide poblacional, será necesario saber cuáles son los cambios que se producirán en esta población, y como estos cambios, a través de determinados indicadores, van a influir en la calidad de vida de los mayores usuarios de los distintos recursos, que es al fin y al cabo la finalidad última de las políticas sociales.

En el presente trabajo tratamos de elaborar un modelo que nos permita determinar el valor predictivo de las variables clásicas en la población institucionalizada, partiendo de un marco que utiliza la satisfacción vital como criterio para determinar el envejecimiento saludable. Al mismo tiempo, tiene en cuenta los factores inherentes la población institucionalizada y a los propios centros a la hora de determinar las interacciones que se van producir entre las distintas variables.

Para determinar los valores que influyen en la calidad de vida del mayor institucionalizado, se ha tomado como referencia la Escala de Satisfacción vital de Philadelphia, elaborada por Lawton en 1972. Se trata de un instrumento basado en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo y con la realidad que le rodea. Así pues, el índice de satisfacción tiene un alto componente afectivo-emocional aunque no será una medida directa de dicho factor. Se trata, más bien, de la suma entre dicho componente y la interpretación que el sujeto haga de su propia situación (Mehlsen et al. 2005). Es en dicha interpretación donde determinados factores propios del mayor institucionalizado pueden influir considerablemente, convirtiéndose en el pilar básico de nuestra investigación.



Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

2. La Satisfacción vital

Como se ha comentado en el apartado anterior, la satisfacción vital va a ser el constructo que nos va permitir hacer una valoración global de la calidad de vida desde un punto de vista cognitivo y autopercebido. La satisfacción personal podría definirse, por tanto, como el grado en que la persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva (Blanco y Díaz, 2005).

Haciendo un pequeño análisis del constructo, diversos autores le presuponen un componente cognitivo sobre el que no sólo van a influir los aspectos objetivos de la situación de la persona, también será importante la evaluación de estos aspectos conforme a escala de valores personales (Diener et al., 2004). Para realizar esta estimación, la persona va a utilizar toda la información disponible en el momento de la evaluación, centrándose en la más accesible y relevante. Según Diener et al. (2004), esta información va a permanecer inalterable con el paso del tiempo, por lo que a la hora de responder siempre va a aflorar la información que aparezca en primer lugar en la escala de valores del propio sujeto. Por tanto, el componente afectivo y emocional va jugar un papel fundamental junto con el uso que el sujeto haga de la comparación con el resto de sujetos, y con otros momentos de su propia vida.

Para otros autores como Felce & Perry (1995), la satisfacción es el resultado de comparar la situación actual con una ideal. Todas esas percepciones son subjetivas, y pueden depender de distintos factores educativos y culturales, por lo que la ventaja de utilizar la satisfacción vital como criterio para evaluar la calidad de vida es que parte de la propia percepción del sujeto a la hora de hacer la valoración (Diener et al., 2004).

Cuando se trata de predecir la satisfacción en la edad adulta, diversos autores inciden en la importancia tener en cuenta factores de carácter objetivo como la discapacidad física, u otros de tipo social y demográfico (Orfila et al., 2006). Otros, ponen el foco en el desempeño de las actividades instrumentales, el deterioro cognitivo, o la salud, y en hecho de complementar su análisis con aspectos subjetivos como el sentido de autonomía personal (Triadó y Villar (2006).

Estos datos dejan entrever que sería erróneo hablar de satisfacción sin tener en cuenta los numerosos factores que van a caracterizar a la población mayor institucionalizada. La necesidad de apoyos va a ser más alta que en la población general, y se va a producir una serie de pérdidas materiales, personales, y de roles, que van a hacer que la varianza respecto al grado de bienestar sea elevada en función de las características personales (Morgan, 1988; Due, Holstein, Lund, Modvig y Avlund, 1999). Tomaremos como referencia los grandes valores para determinar cómo el perfil general de cada usuario contribuye, positiva o negativamente, en el nivel de satisfacción.

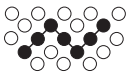
Estos datos tampoco deben dejarnos caer en el estereotipo, ya que hay estudios que demuestran que los niveles de satisfacción en los mayores no tienen por qué ser bajos (Witt, Lowe, Peek y Curry, 1980; Kozma y Stones, 1988). De hecho, autores como Mroczek y Kolarz (1998), demostraron que incluso pueden manifestarse como superiores si tenemos en cuenta que la mayoría de nuestros mayores han vivido en momentos más desfavorables, por lo que aunque su situación actual pudiera ser mejor, la manifiestan como satisfactoria en un claro efecto “fondo-figura” que ha venido a denominarse “paradoja de bienestar”.

2.1. Satisfacción vital en personas mayores

La mayoría de las veces que se hace referencia a la calidad de vida en la persona mayor se hace en relación con el nivel de discapacidad o el estado de salud de la persona, basando la evaluación en la enumeración de síntomas o enfermedades, así como en sus consecuencias o los efectos de los tratamientos (González y Salgado, 1995).

Enfoques más ecológicos, ponen su atención, además, en el estado de ánimo derivado de las experiencias vitales, incluyendo aspectos relacionados con el bienestar subjetivo, la red de apoyo social, el clima de la unidad de convivencia, o en aspectos relacionados con rasgos de personalidad (Dickinson y Philp, 1992).

Si tratamos de integrar las diversas teorías, la satisfacción vital en la persona mayor implica una evaluación que debería tener en cuenta los factores intrapersonales, culturales, ecológicos, y sociales, no sólo en el momento actual, sino haciendo también una revisión pasada, adelantando los factores que incidirán de manera significativa con el paso del tiempo. Además, diversos autores coinciden en la importancia



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

de evaluar distintas dimensiones como la conducta, el entorno, el estado cognitivo, y la percepción del sujeto sobre su propia situación (Lawton 1992).

En un exhaustivo estudio realizado en el año 2004, Walker analiza la satisfacción vital en los mayores de distintos países de Europa encontrando diferencias notables. Entre las más significativas se halla el grado de importancia que se da a la salud y a la percepción subjetiva del sujeto a la hora de determinar su calidad de vida. No existe la misma correspondencia entre condiciones objetivas de vida y condiciones subjetivas en los distintos países. En Reino Unido y Alemania pueden verse puntuaciones altas en satisfacción en la vejez. En Italia, por ejemplo la satisfacción en la vejez tiene mucha relación con la calidad de las relaciones, sobre todo familiares. En los países nórdicos, aparecen los factores de personalidad como el indicador que mejor predice la calidad de vida.

Se pone de manifiesto que existen diferencias culturales a la hora de determinar los indicadores de bienestar subjetivo, evidenciando que hay variables como el entorno, la historia de vida personal, o las características psicológicas del sujeto que correlacionan para explicarlo (Fernández-Ballesteros 2006). Según Bandura (2006), existen patrones a la hora de envejecer que son característicos de cada sociedad.

En el año 2004, Yaguas también hizo hincapié en la relación salud-calidad de vida en el mayor, y plantea un análisis de la calidad de vida que trata de agrupar las definiciones de “salud” (de la Organización Mundial de la Salud) y de “estado de salud” (de Bergner), integrando factores internos y externos para explicar la calidad de vida. La influencia de esta interacción ya la adelantaba Ericsson en 1993 al definir la calidad de vida como el resultado entre la longevidad y la influencia que los factores físicos y sociales ejercen sobre la misma.

Sin embargo, no puede decirse que la salud por sí sola pueda explicar la percepción subjetiva de la persona mayor sobre su nivel de bienestar. De hecho, como ya hemos adelantado, los estudios demuestran que la mayoría de las personas mayores se encuentran satisfechas con su vida a pesar de las limitaciones y pérdidas asociadas a la edad, incluso hay estudios en los que se ve que el bienestar en la etapa adulta es mayor que en otros momentos de la vida (Kozma y Stones, 1988). A pesar de que numerosos estudios sugieren que el hecho de haber sufrido los efectos de la guerra y posguerra ejerce un contraste que hace que se evalúe como positivo cualquier otro momento

vital, la mayoría de los estudios refutan esta hipótesis al demostrar que en la mayoría de las personas la satisfacción actual se corresponde con la que han manifestado en momentos anteriores (Mehlsen et al., 2005). Tampoco se puede afirmar que en países donde no hayan ocurrido episodios históricos de relevancia negativa, la adaptación a los cambios del envejecimiento sea peor.

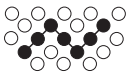
La satisfacción es un indicador de envejecimiento positivo, y es importante saber qué factores se relacionan con ella. La autodeterminación, el grado de discapacidad, la salud, el apoyo social, la autopercepción, o la vitalidad, han de ser elementos que tengamos en cuenta si queremos abordar el concepto en toda su plenitud (Birren y Dieckman, 1991; Arnold, 1991; Diener, 2000).

Así pues, si queremos evaluar la calidad de vida en mayores, no debemos hacer un enfoque reduccionista que se base únicamente en aspectos relacionados con la salud o del bienestar percibido en situaciones de enfermedad o dependencia. Debemos tener en cuenta aspectos cruciales como la historia de vida del sujeto, sus antecedentes, su estilo de vida, sus expectativas, o su capacidad de adaptación. Muchos de estos factores estarán relacionados con aspectos subjetivos de la persona, y en la mayoría de las ocasiones, dependerán del criterio que el sujeto utilice para hacer la valoración de su propio estado. Y aunque el concepto de calidad de vida ponga el énfasis en una evaluación cognitiva de las circunstancias propias del sujeto, será necesario, también, estudiar la incidencia que los valores y los aspectos relacionados con el estado de ánimo tienen en esta valoración, y cómo influyen en el sujeto a la hora de interpretar su entorno.

3. Método

3.1. Objetivos

El objetivo general del estudio es la creación de un modelo que nos permita predecir la evolución de la calidad de vida en mayores institucionalizados. Para ello será necesario identificar los factores que influyen en la satisfacción de las personas mayores que viven en centros especializados, el peso que cada una de estas variables tiene en la satisfacción final, y cómo evolucionarán con el paso del tiempo.



Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

3.2. Muestra

Para el presente trabajo se han recogido de forma prospectiva los datos de 402 sujetos elegidos aleatoriamente de entre un total de 18 residencias de la provincia de Córdoba (España). Las edades fluctúan entre los 61 y los 99 años. La muestra está constituida por 268 mujeres (67,7%) y 134 hombres (33,3%). Previamente, los sujetos dieron su aprobación para la utilización de los datos del cuestionario, y de aquellos que obraran en poder de la dirección del centro.

3.3. Material

El trabajo se ha llevado a cabo mediante la elaboración de un documento que integra toda la información que pretendemos extraer. Se ha confeccionado partir de la revisión bibliográfica, trabajos previos, objetivos propuestos, análisis estadísticos planteados, y con la intención de facilitar la labor de recogida de datos.

3.4. Variables

Género, nivel de estudios, tiempo de estancia en el centro, deterioro cognitivo, funcionamiento familiar, funcionamiento social, desempeño en actividades básicas de la vida diaria, desempeño en actividades instrumentales de la vida diaria, riesgo de caídas, persona insulinodependiente, estado de ánimo, capacidad económica, funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, y salud mental.

3.5. Instrumentos

Mediante el Índice de Barthel y el Baremo de Dependencia se ha evaluado el grado de dependencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. El estado emocional se ha evaluado mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1982, 1983) (GDS). Para la evaluación de la función social se ha utilizado la escala Duke-Unk Functional Social Support Scale. La calidad de vida relacionada con la salud ha medido con el Cuestionario de Salud SF-36, se ha factorizado y se han utilizado los valores de referencia con la intención de incrementar su interpretabilidad clínica. El riesgo de caídas se ha evaluado mediante la Escala de Riesgo de Caídas de

Tromp. El estado cognitivo se ha evaluado mediante el Mini-Mental de Folstein. La función familiar mediante el cuestionario APGAR de Smilkstein.

3.6. Procedimiento

Teniendo en cuenta las características del estudio, el diseño de la investigación ha sido descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional y aplicado. En la recogida de datos se han visitado numerosas residencias de la de la provincia de Córdoba. Se ha contado con la colaboración de personal técnico que ha colaborado a la hora de pasar determinados instrumentos y nos ha facilitado información relevante como el grado y la puntuación de dependencia. Antes de la recogida de datos, se ha realizado una entrevista con dicho personal para informar y orientar el proceso, y se ha cumplimentado por parte del sujeto, o representante familiar, un consentimiento informado a participar en el estudio.

También se solicitó la autorización de los responsables de los centros para que se pudiera hacer uso de las instalaciones. En ambas autorizaciones se hizo mención a los fines a los que hace referencia el estudio y a la garantía de confidencialidad.

3.7. Análisis estadístico

Los datos obtenidos se han almacenado en una base de datos creada para este propósito. Posteriormente, se han analizado mediante el programa estadístico SPSS versión v.18 (SPSS Inc., 2005).

Se ha realizado un estudio descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se han analizado mediante porcentajes, mientras que en las cuantitativas se han tomado como referencia la media y desviación estándar.

Con el fin identificar las variables que se relacionan con una buena calidad de vida y de analizar el peso de las mismas sobre la satisfacción, se han seleccionado aquellas que se han asociado significativamente en el estudio bivariante. Se han comparado medias para las variables cuantitativas, utilizando para la significación estadística el procedimiento ANOVA de un factor, y el procedimiento de comparación de medias basado en la prueba t de Student para muestras independientes.

A continuación, se han construido modelos de regresión jerárquica lineal con las variables. El método

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

utilizado para la inclusión de variables fue manual por pasos sucesivos (stepwise). Como su nombre indica, se han ido elaborando sucesivas ecuaciones de regresión en las que se fue añadiendo cada vez un regresor más. El primer paso ha consistido en seleccionar el regresor de máxima correlación simple con el criterio, y se ha definido, en consecuencia una ecuación de regresión simple con esa variable. Después, se ha elaborado una segunda ecuación de regresión añadiendo a la anterior otro regresor, esta vez el que más proporción de variabilidad explicada aporta sobre la ecuación anterior. Así hasta que no ha habido más regresores que aportaran nada sustantivo. Se pretende una continua reevaluación de los predictores incluidos en el modelo, de forma que si algún regresor queda explicado por los restantes (en el sentido de que carece de contribución específica propia) queda eliminado.

Para finalizar, el modelo mediante ecuaciones estructurales (MEE) se ha llevado a cabo mediante el Programa EQS 6.1. Los MEE son una metodología que prueba un modelo (o varios) hipotetizado de relación entre todas las variables, de forma simultánea en un solo análisis, para determinar si es consistente con los datos. En concreto, el modelo estructural probado era un modelo de Múltiples Indicadores Múltiples Causas (Multiple Indicators Multiple Causes, MIMIC) que tiene un buen funcionamiento en con datos que poseen diferentes curvas de normalidad (Chou y Bentler, 1995; Coenders, Satorra y Saris, 1997; Curran, West y Finch, 1996; Hoyle y Panter, 1995). Los modelos de ecuaciones estructurales descritos en este estudio se estimaron con EQS 6.1 (Bentler, 2005). El modelado se ha llevado a cabo con el programa Vensim 6.3D.

4. Resultados

De las variables anteriormente mencionadas, incluidos los factores del cuestionario SAF- 36, todas resultaron estadísticamente significativas en los análisis de varianza (sig. > 0,05) excepto el deterioro cognitivo y el tiempo que el mayor llevaba residiendo en el centro.

Realizada la aproximación por pasos sucesivos, en el análisis de regresión resultan significativas las siguientes variables predictoras: Salud Mental, Riesgo de Caídas, Deterioro Cognitivo, Persona Insulinodependiente, Salud General, AVDs, Vitalidad, y Estado Emocional.

Como puede verse en el cuadro que se muestra a continuación, si tomamos como referencia el coeficiente de determinación, la satisfacción queda

explicada casi en un 70% por las variables explicativas según el modelo considerado.

Tabla

Resumen del Modelo de regresión paso a paso (stepwise) para la predicción de la satisfacción vital

Modelo	R	R cua- drado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
	,817(a)	,667	,660	1,8694

En la siguiente tabla vemos que el modelo resulta explicativo de la variable actual (sig. ,000).

Tabla
Análisis de Varianza del Modelo

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Regresión	2747,304	8	343,413	98,263	,000(a)
	Residual	1373,470	383	3,495		
	Total	4120,774	401			

A continuación mostramos los coeficientes del modelo de regresión. Las puntuaciones T nos indican que las variables tenidas en cuenta aportan significación al modelo de predicción, permitiendo generalizar los valores obtenidos a la población. También podemos observar el factor de varianza inflada dentro de los parámetros que nos indican que se cumple el supuesto de no colinealidad entre variables.

El ajuste de los modelos confirmatorios se ha evaluado mediante diferentes indicadores según el método de máxima verosimilitud. Así se ha obtenido, entre otros, el “índice de adecuación comparativo” (CFI Comparative Fit Index), uno de los índices relativos de mayor uso y mejor comportamiento, oscila entre 0 y 1, considerándose un valor de 0.9, el mínimo requerido para defender el modelo. Por último, el error se ha cuantificado mediante la raíz media cuadrática del error de aproximación, el RMSEA, que se interpretan de forma que un modelo con RMSEA menor de 0.08 indicaría que es un modelo razonable, mientras 0.05 indicaría un modelo con buen ajuste.

Tras la fase de análisis exploratorio y correlacional, se han generado y valorado diferentes modelos, el

Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

Tabla
Estadísticos

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig. P	Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.				SemiP.	T	FIV	B	Error típ.
Constante	6,430	,861		7,469	,000					
MEC	,040	,012	,122	3,277	,001	,106	,163	,095	,610	1,640
Insulina	,500	,239	,063	2,092	,037	,217	,105	,061	,931	1,074
Caidas	,134	,098	,040	1,362	,174	,138	,069	,040	,964	1,037
Estado Anímico	-,715	,041	-,689	-17,329	,000	-,779	-,658	-,505	,537	1,863
AVDB	,016	,004	,178	4,667	,000	-,106	,229	,136	,581	1,720
Salud General	,037	,008	,141	4,381	,000	,389	,216	,128	,823	1,216
Vitalidad	-,010	,006	-,070	-1,788	,075	,451	-,090	-,052	,558	1,793
Salud Mental	,025	,006	,160	3,902	,000	,587	,193	,114	,505	1,978

que presentamos a continuación, ha sido el que ha mostrado los índices de ajuste más satisfactorios, todos ellos por encima de los puntos de corte recomendados por la literatura especializada tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla

Indicador de Ajuste	Valor
COMPARATIVE FIT INDEX (CFI)	.989
BENTLER-BONETT NON-NORMED FIT INDEX	.999
BOLLEN'S (IFI) FIT INDEX	.992
MCDONALD'S (MFI) FIT INDEX	.996
ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA)	.035
90% CONFIDENCE INTERVAL OF RMSEA	(.000, .047)

Tabla

Prueba Chi-Square

Tabla

Prueba Chi-Square

CHI-SQUARE = 3.510 BASED ON 6 DEGREES OF FREEDOM
PROBABILITY VALUE FOR THE CHI-SQUARE STATISTIC IS .74269
THE NORMAL THEORY RLS CHI-SQUARE FOR THIS ML SOLUTION IS 3.495.

Según el modelo de ecuaciones estructurales obtenido, la satisfacción en personas mayores residentes en instituciones, se ve explicada de manera directa por el deterioro cognitivo, el desempeño en actividades básicas de la vida diaria, la insulinodependencia, el estado de ánimo, la salud general, la vitalidad, y la salud mental.

Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

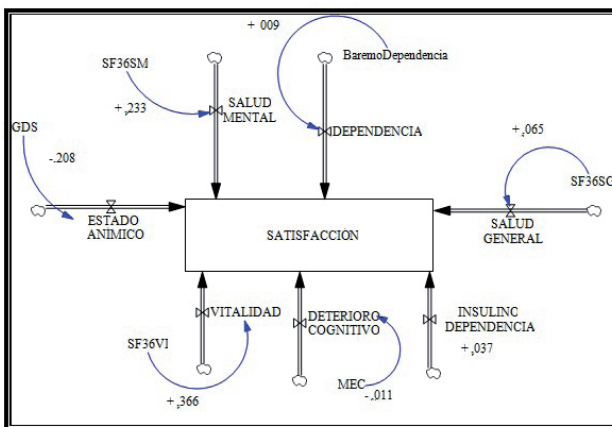
Tabla

Ecuación Satisfacción

VARIABLE	ECUACION	R-SQUARED
SATISFACCION	$-.208 * V4 + .233 * V5 + .009 * V6 + .065 * V7 + .366 * V8 + .037 * V - .011 * V2 + .697 E9$.514

Gráfico 1

Modelo Predictivo de Satisfacción en Mayores Institucionalizados



El modelo también tiene en cuenta las ecuaciones para el resto de relaciones entre variables, que pueden verse en la siguiente tabla:

5. Discusión y conclusiones

Tabla

Ecuaciones Variables Independientes

VARIABLE	ECUACION	R-SQUARED
RIESGO CAIDAS (RC)	$.136 * V2 + .991 E3$.019
ESTADO ANIMO (EA)	$-.086 * V3 - .100 * V1 - .176 * V2 + .974 E4$.052
SALUD MENTAL (SM)	$.052 * V3 - .758 * V4 + .033 * V1 + .065 * V2 + .620 E5$.615
ABVD	$.372 * V4 + .267 * V5 - .602 * V1 - .094 * V2 + .750 E6$.438
SALUD GENERAL (SG)	$.012 * V4 + .371 * V5 - .145 * V6 - .028 * V1 + .069 * V2 + .909 E7$.174
VITALIDAD (V)	$-.514 * V4 - .028 * V5 + .052 * V6 + .190 * V7 + .122 * V1 - .011 * V2 + .809 E8$.345
SATISFACCION (S)	$-.208 * V4 + .233 * V5 + .009 * V6 + .065 * V7 + .366 * V8 + .037 * V - .011 * V2 + .697 E9$.514

Señalamos, en primer lugar, que el presente trabajo

arroja luz sobre un tema tan poco referenciado como es el de la calidad de vida de personas mayores residentes en centros especializados. Como vemos, aunque las variables estudiadas nos ayudan a predecir en torno al 70% de la satisfacción de mayores institucionalizados, queda demostrado que los modelos que tratan de predecir la calidad de vida relacionada con la satisfacción personal basándose en variables tradicionales no explicarían la totalidad de la varianza que surge en los centros de atención especializada.

Se hace necesario, por tanto, adaptar los modelos existentes a la realidad de los centros, incluyendo nuevas variables que tengan en cuenta la realidad concreta de cada centro y de sus modelos de gestión.

Se puede apreciar como el factor “vitalidad”, el factor “salud mental”, y el “estado de ánimo”, son las variables que más contribuyen a esta predicción. Le seguirían la “salud general”, la “insulinodependencia”, el “deterioro cognitivo” y el “desempeño en las actividades básicas de la vida diaria”.

Vemos como la variable que mejor nos permite predecir el riesgo de caídas en centros es la insulinodependencia, y si analizamos la ecuación referente al estado de ánimo, el deterioro cognitivo es el máximo exponente a la hora de predecirlo. Ambos, estado de ánimo y deterioro cognitivo, van a determinar en gran medida la salud mental del residente.

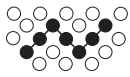
Puede apreciarse como el deterioro cognitivo va a ejercer una fuerte influencia en el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria, sobre el que también van a incidir significativamente factores relacionados con el estado anímico.

Por otro lado, la salud mental y el desempeño en las ABVD, ejercen de predictores principales de la salud general, evidenciando nuevamente la estrecha relación entre fenómenos físicos y psíquicos.

La vitalidad, que a la postre es el mejor predictor de la satisfacción, va a estar marcada en gran medida por el estado de ánimo, seguido la salud general y el deterioro cognitivo.

Como ya hemos adelantado se evidencia claramente que las variables de tipo anímico van a determinar un porcentaje alto de la satisfacción personal de nuestra muestra. Así pues, observamos que la vitalidad, la salud mental, y el estado de ánimo, por este orden, son los predictores de mayor peso en la ecuación.

Queda de manifiesto que, si bien la satisfacción va a depender en gran medida de variables objetivas, son las



Francisco Javier Díaz Rodríguez y Eva María Moreno López

variables de tipo perceptivo las que van a determinar la mayor parte del constructo.

En este sentido, es importante destacar que variables como el género, el nivel de estudios, el tiempo en el centro, el funcionamiento familiar, funcionamiento social, desempeño en actividades instrumentales de la vida diaria, o la capacidad económica, que han sido significativas en estudios con otras poblaciones, no han resultado relevantes en la población mayor institucionalizada de nuestro trabajo.

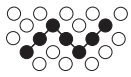
Por último, señalar que en cuanto a la relación entre el modelo presentado y su aplicación terapéutica, esta conclusión se asocia a la importancia de valorar e intervenir en variables de tipo subjetivo que parecen ejercer una influencia notable en la percepción del sujeto.

Si hacemos un análisis desde una perspectiva macroasistencial, se percibe un escenario donde, a pesar del impacto de la crisis económica actual, los centros deben orientar sus servicios hacia aspectos relacionados con la salud psicológica y emocional, sin olvidar, por supuesto, otros relacionados con el cuidado y la salud física. Para ello, es de vital importancia dotar a los equipos del personal técnico y de la formación necesaria para llevar a cabo dichas intervenciones.

Es importante, también, poner también el foco en las distintas administraciones, que habrían de velar tanto por el cumplimiento y reajuste de la ratio referente a este tipo de personal, como por la implantación a través de las programaciones de planes y protocolos encaminados a potenciar una buena salud psicológica en nuestros residentes, como modo de influir directamente sobre su satisfacción general.

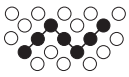
Referencias bibliográficas

- ALONSO, J., PRIETO, L. y ANTÓ, J.M. (1995). «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Medicina Clínica* 104 (20), 771-776.
- BELLÓN, J.A., DELGADO, A., LUNA, J.D., LARDELLI, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18 (6), 289-295.
- BENTLER, P.M. (1995). EQS Structural equations program Manuel. Encino, CA: Multivariate Software.
- BENTHER, P.M. & LIANG, J. (2003). Simultaneous mean and covariance structure analysis for two level structural equation models on EQS. In H. Yanai, A Okada, K. Shigemasa y Kano & J.J. Meilman (Eds). *New developments in psychometrics*, 123-132. Tokyo: Springer-Verlag.
- BERGNER, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical Care*, 27, 1485-1496.
- BIRREN, J.E. y DIECKMANN, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: An overview. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, y D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 344-360). San Diego, CA: Academic Press.
- BLESA, R., PUJOL, M., AGUILA, M., Et al. (2004). Clinical validity of the "MiniMental State" for Spanish-speaking communities. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos*. Barcelona: Masson, 31-5.
- BRAZIER, J.E., HARPER, R., JONES, N.M.B., O'CATHAIN, A., THOMAS, K.J., USHERWOOD, T. y WESTLAKE, L. (1992). «Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: New outcome measure for primary care». *British Medical Journal*, 305(6846), 160-164.
- BROADHEAD, W. E., GEHLBACH, S. H., DE GRUY F. V., Et al. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-23.
- CHOU, C.P. y BENTLER, P.M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DEYO, R. A., and CARTER, W. B. (1992). Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. *Medical Care* 30(5), 176-186.
- DUE, P., HOLSTEIN, B., LUND, R., MODVIG, J., AVLUND, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*. 48, 661-673.
- ERICKSON, P. y PATRICK, D. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York.
- FELCE, D. y PERRY, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004): *Evaluación psicológica. Conceptos, Métodos y Estudio de casos* Madrid: Ed. Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2006). *GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century*. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R., FANJIANG, G. (2001). MMSE. MiniMental State Examination. User's Guide. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- GONZÁLEZ, J.I. y SALGADO, A. (1995). La evaluación de la calidad de vida: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 30 (1), 9-15.
- KOZMA, A. & STONES, M.J. (1988). Social desirability in measures of subjective well-being-age comparisons. *Social Indicators Research*, 20, 1-14.
- LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- LAWTON, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in the frail elders. En J.E. Birre, J.C. Lubben, J.C. Rowe y D.E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Nueva York: Academic Press.
- LETURIA, F. J. et al. (2001). La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. *Manual Práctico*, Cáritas Española Editores.
- LOBO, A. et al. (1979): "El Mini-examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos", *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, n) 3, págs. 189-202.
- LOBO, A. et al. (1999): "Revalidación y normalización del



Modelo predictivo de satisfacción vital en personas mayores institucionalizadas

- Mini-examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-mental State Examination) en la población general geriátrica", *Medicina Clínica* (Barcelona).
26. MAHONEY, F. I., WOOD, O. H., Y BARTHEL, D. W. (1958). Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J.*, 51, 605-609.
27. MAHONEY FI, BARTHEL DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.*, 14, 61-65.
28. WALKER, H. R. (2000). An analysis of the relationship of human sexuality knowledge, self-esteem, and body image to sexual satisfaction in college and university students. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 45-60
29. WALKER, A. (2004). Towards a political economy of old age. *Ageing and Society*, 1, 73-94
30. MEHLSSEN, M., KIRKEGAARD-THOMSEN, D., VIIDIK, A., OLESEN, F. Y ZACHARIAE, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Ageing and Mental Health*, 9 (3), 281-290.
31. MEHLSSEN, M., KIRKEGAARD-THOMSEN, D., VIIDIK, A., OLESEN, F. Y ZACHARIAE, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Ageing and Mental Health*, 9 (3), 281-290.
32. MORGAN, D.A. (1988). Age differences in social network participation. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 43, 129-137
33. MROCZEK, D.K. Y KOLARZ, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
34. ORFILA, F., FERRER, M., LAMARCA, R., TEBE, C., DOMINGO-SALVANY, A. Y ALONSO, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine*, 63 (9), 2367-2380.
35. REAL DECRETO 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
36. SMILKSTEIN, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231- 1239.
37. SMILKSTEIN, G., ASHWORTH, C., MONTANO, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*, 15, 303-11.
38. SPSS Inc., (2005). *Statistical Package for the Social Sciences: PC Edition (SPSS Versión 17.0)*. Chicago: SPSS Inc.
39. TRIADÓ, C. Y VILLAR, F. (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y modelos. En C. Triadó y F. Villar (Coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 23-62). Madrid: Alianza Editorial.
40. TROMP AM Et al. (2001). Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clinical Epidemiology*, 54, 837-844.
41. Vensim 6.3D Released
42. WITT, D.D., LOWE, G.D., PEEK, C.W. Y CURRY, E.W. (1980). The changing association between age and happiness: emerging trend or methodological artifact? *Social Forces*, 58 (4), 1302-1307.
43. YANQUAS, J. et al. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología*, Cáritas Española Editores.
44. YANQUAS, J. J. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39 (3), 54- 66.
45. YESAVAGE, J. A., BRINK, T. L., ROSE, T.L., y LUM, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17(1), 37-49.



Confabulación y demencia : a propósito de dos casos únicos*

Angel Moreno Toledo ¹, Almudena del Avellanal Calzadilla ²

Resumen

La enfermedad de Alzheimer en estadios moderados afecta considerablemente a la recuperación del recuerdo. El procesamiento de la información se encuentra mermado, la desfragmentación del recuerdo y las preguntas adecuadas para suscitar dichos episodios, conducen al anciano a relatar un “pseudorecuerdo” (Korsakoff, 1955). Éste es ficticio, descontextualizado e inverosímil pero sin embargo, factible para sortear la ansiedad generada ante una evidente laguna mnésica. Tras la verbalización en ocasiones tiene lugar una representación conductual en sintonía. Se presentan dos casos únicos uno establecido en episodios confabulatorios espontáneos y otro orquestado mediante episodios provocados.

PALABRAS CLAVE: Alzheimer, Demencia, Confabulación, Confabulación ejetiva, laguna mnésica, producción narrativa

ABSTRACT

Alzheimer's disease in modern stadiums considerably affects the recovery of memory. The processing of information is depleted, memory defragmentation and appropriate questions to elicit such episodes, leading the elderly to report a “pseudo-reminiscences” (Korsakoff, 1955). This is fictional, decontextualized and improbable but nevertheless possible to overcome the anxiety before a mnemonic clear lagoon. After verbalization sometimes a behavioral representation in sync occurs. Two cases in confabulation caused an established and spontaneous episodes are presented.

Keywords: Alzheimer Disease, Dementia, confabulation, executive confabulation, memoristic lagoon, narrative production.

Digamos que existen dos tipos de mentes poéticas. Una apta para inventar fábulas y otra dispuesta a Creerlas.

(Galileo Galilei, 1564-1642)

INTRODUCCIÓN

El paciente confabulador habitualmente confecciona su recuerdo en base a retazos basados en su historia vital y acontecimientos cotidianos. El resultado es ese pseudorecuerdo que le proporciona la historia adecuada para evadir la ansiedad generada por su incapacidad de recordar la información solicitada. La laguna memorística percibida produce ansiedad y frustración, la incapacidad para rescatar ese recuerdo, consume que el sujeto elabore una cadena de acontecimientos ficticios (reales para él) que para el

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
15/10/2015

Aceptado:
16/11/2015

(*) Comunicación presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Alzheimer. Del 15 al 17 de Octubre de 2015. Centro de convenções CBC/ Río de Janeiro/RJ/ Brasil.

1. Psicogerontólogo, Formador y Escritor. Experto en Gestión y Dirección de centros geriátricos.

2. Psicóloga Sanitaria, Formadora. Especializada en Envejecimiento, Neurodegeneración y Alzheimer. Consultor en dolor.

Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos

oyente pueden ser producciones incoherentes o inadmisibles (afirmaciones desmentidas en contraste empírico con la realidad) o bien pueden constituir una elaboración razonable, coherente y cargada de detalles, siendo mostrada y vivenciada de modo fehaciente y genuino por el confabulador, la cual puede en muchos casos, engañar al oyente. Esto no sucedería, y por el contrario sería de gran utilidad terapéutica para los profesionales, si a la hora de realizar la historia del paciente, esta fuese minuciosamente detallada, por parte de un familiar, en la que se incluyesen datos tales como; trabajos realizados, lugares en los que ha vivido, amistades, familia, hobbies, música preferida, hijos (profesiones de los mismos). Es decir todo aquello que en un momento de confabulación, el profesional pudiera proseguir la misma, dando confianza a la persona y a su vez pudiendo desarrollar un proceso de reminiscencia terapéutico.

En muchas ocasiones el recuerdo elaborado tiene un matiz autobiográfico (hechos significativos de la vida del sujeto), describe un acontecimiento o hábito cotidiano. Es importante considerar, reiteramos, que el sujeto no tiene ninguna intención de engañar a su oyente, son episodios generados por la demencia cuya naturaleza puede ser espontánea (disociadas de provocación o requerimiento, fácilmente desmentidas) o provocada (suelen ser una respuesta normal a una memoria defectuosa, desfragmentada, constituyen únicamente alteraciones en la recuperación de la información).

EL DISCURSO CONFABULATORIO

Las falsas verbalizaciones constituyen confeccionados acontecimientos que desvirtuados en su línea temporal (Kopelman, 2010), están cimentados en acontecimientos y eventos autobiográficos (Schnider y otros, 1996), o recuerdos episódicos (Dalla Barba y otros, 1998), cuyo objetivo es llenar un vacío memorístico a nivel cognitivo.

Los esquemas sociales vinculados a experiencias vitales componen el recuerdo simulado en acontecimientos pasados. Ocasionalmente, el confabulador institucionalizado³, distorsiona su realidad para construir un pseudorecuerdo válido ante la pregunta *¿Qué hizo ayer?*, la miscelánea de eventos (pasados/presentes) junto a la vieja rutina desempeñada con anterioridad (Attali y otros, 2009), entrelazan el recuerdo en ese sentido.

Este guión elaborado es adecuado para responder a la pregunta inquisidora del investigador, cumpliendo el cometido de rellenar el vacío de la laguna memorística que padece el confabulador (Serra-Mestres, 2007). La demanda de información al paciente, advierte a este que no recuerda ese acontecimiento en concreto, por lo que acto seguido elabora una cadena de hechos concebida para dar respuesta a dicha cuestión.

La naturaleza del suceso autobiográfico, está basada en acontecimientos significativos, efemérides que de algún modo marcaron al sujeto o forman parte de su historia vital.

Siguiendo a Boyano (2012), la memoria autobiográfica de elevada implicación emocional y durabilidad, organiza jerárquicamente los eventos vitales que canalizan una recuperación de vivencias subsistémica, basadas en procesos de recuperación vinculados a la familiaridad y la experiencia recolectiva. Interesante la vinculación del recuerdo a la emoción, lo que facilita su recuperación con lo cual subyace un componente significativo asociado.

En algunos de los casos, dotan de coherencia al discurso esporádicamente y la aparente veracidad de la verbalización, dependiendo del sujeto hablante y de la competencia en la narrativa oral, prevalece un discurso útil para evitar la laguna memorística y para convencer al oyente. Sin ánimo de premeditación del engaño con la producción (Talland, 1965), el sujeto elabora una denominada mentira honesta (Pérez y otros, 2012), que le libera del sentimiento de frustración ante el olvido o laguna mnésica.



Fig.2. Afiche del VIII Congreso Iberoamericano de Alzheimer. Del 15 al 17 de Octubre.

Angel Moreno Toledo y Almudena del Avellanal Calzadilla



Fig.1. El hilo argumentativo ¿Qué hizo ayer? / ¿Con quién estuviste? La ausencia de recuerdo y la laguna memorística causada por la demanda del recuerdo, induce a la elaboración de un acontecimiento irreal, pero coherente que evita la frustración ante dicha pregunta. (Caso1).

SOBRE LA CONFABULACIÓN PROVOCADA Y ESPONTÁNEA: LA GÉNESIS Y DELIMITACIÓN

Rescatando la clasificación de Kopelman (1987), la más aceptada actualmente, la confabulación se puntualiza en espontáneas y provocadas. La confabulación espontánea es aquella organizada sin la aparente finalidad, propósito o requerimiento por el sujeto. En cambio la provocada es consecuencia de la proposición al sujeto hablante de un recuerdo específico, basadas en recuerdos falsos debido a un problema de recuperación de la información, asociado a patologías vinculadas con la edad y las demencias, (Lorente-Rovira y otros, 2011).

Espontáneas por tanto, se identifican por ser estables en cuanto a temática (Pérez y otros, 2012), grandiosas y fantásticas (Berlyne, 1972), acontecidas sin elicitación

(Kopelman, 1987). En cambio, las confabulaciones provocadas son caracterizadas como momentáneas (Pérez y otros, 2012), de intensidad leve (DeLuca y Cicerone, 1991), fenómenos comunes en las pruebas de memoria como errores o distorsiones del material proporcionado para el recuerdo (Llorente-Vizcaíno, 2008).

CONDUCTA Y GUIÓN NARRATIVO, LA CONFABULACIÓN EJECUTIVA: CONCEPTO (MORENO Y DEL AVELLANAL)

Hay casos en los que sucesiva a la confabulación, el acontecimiento verbalizado es representado conductualmente. Esta proyección ejecutiva correlaciona en sintonía con la confabulación emitida. Es de esta forma, que el contenido de la verbalización – o guión– arbitra la ejecución de la conducta en el confabulador, produciendo a su vez un doble sentimiento de reafirmación de la misma y por consiguiente de serenidad y confianza en su conducta realizada, evitando en muchos casos los estados de deambulación errática.

Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos



Fig 3. La confabulación ejecutiva. Representación conductual de la confabulación.

Una aproximación al concepto puede derivar en la definición de confabulación ejecutiva como: “Representación motora, corporal y ejecutiva de un acto verbalizado a consecuencia de una confabulación”.

El contenido temático es consumado conductualmente, siendo habituales las desatadas por antiguos quehaceres o viejos desempeños. Regularmente tienen lugar similares a una representación teatral de elementos de una escena (una situación /experiencia relacionada al desempeño laboral o a una vivencia significativa del ciclo vital)

Esta representación o *performance* acompasada por el confabulador, encarna un ritual de conducta que evoca un acontecimiento. Aportando un símil simbólico en términos escenográficos, la teatralidad de esta acción, materializa una representación espacial, visual y expresiva de una escena. El confabulador procede como si estuviese allí, realiza en términos conductuales su confabulación. Tal y como, afirma Villegas (1996)

en artes escénicas, análogo vinculado de modo representativo a este fenómeno, para explicarlo, este comportamiento se realiza como si se estuviese en un escenario. Con lo cual, cualquier conducta puede transformarse en teatral cuando es interpretada por otros como tal. Enfatizar que su interrupción, negación o atropello puede originar una reacción catastrófica o de enfado en el enfermo.

EXPOSICIÓN DE CASOS (CASO 1 Y CASO 2)

Caso I: Paciente mujer, 76 años, estudios medios, viuda. Usuaria de centro de día. GDS-6. Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado. Confabuladora (Tipo de confabulación provocada). Registrados en video los episodios elicitados de confabulación mediante las preguntas *¿Qué hizo ayer? ¿Donde estuviste? ¿Con quién?*. La paciente titubea, entra en un estado de confusión y frustración (no encuentra el recuerdo solicitado) y a continuación formula una confabulación cimentada en su memoria episódica. Los recuerdos de hechos vitales cotidianos

3. Consideramos en el artículo aquellos ancianos usuarios de residencias o unidades de estancia diurna. En nuestro trabajo, las observaciones recaen en estos últimos.

Angel Moreno Toledo y Almudena del Avellanal Calzadilla

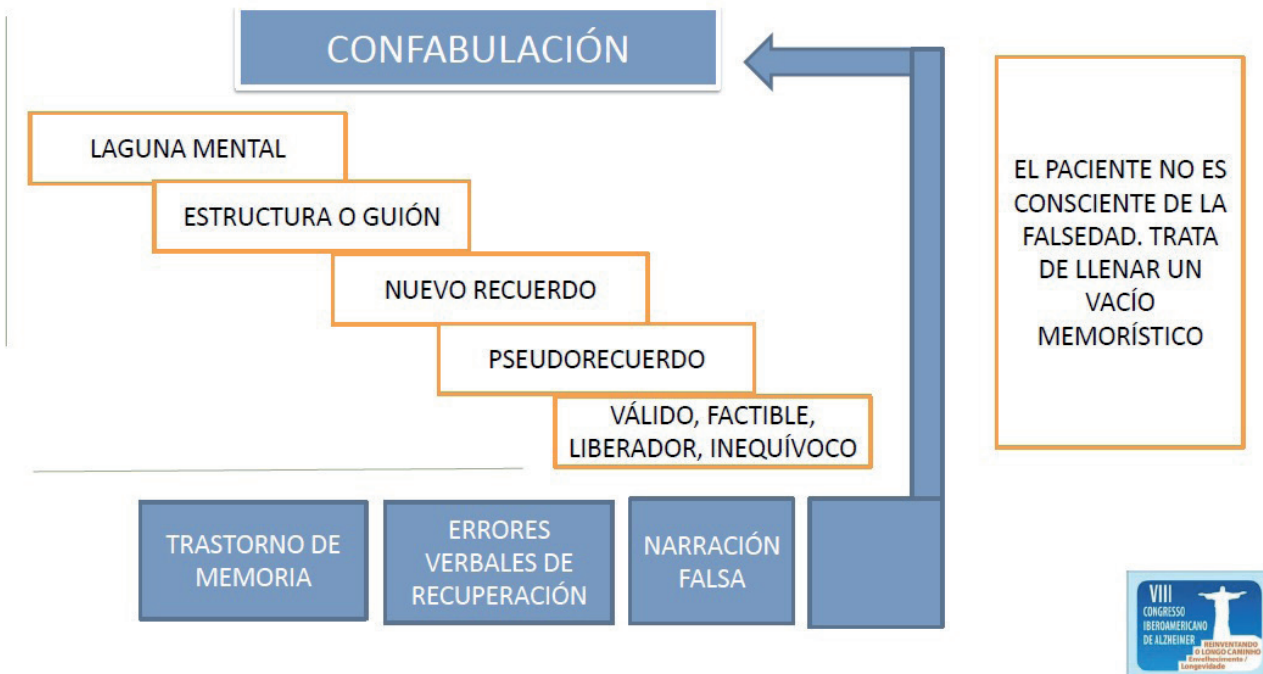


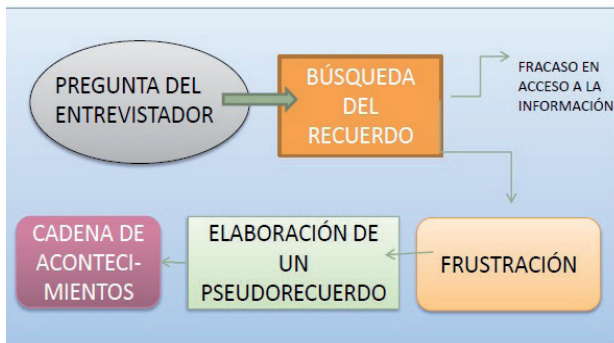
Fig.4. Que es la confabulación y cuáles son sus bases



Fig.5. Génesis de la confabulación.

Fig.6. Caso1. Confabulación provocada. Proceso de formación.

Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos



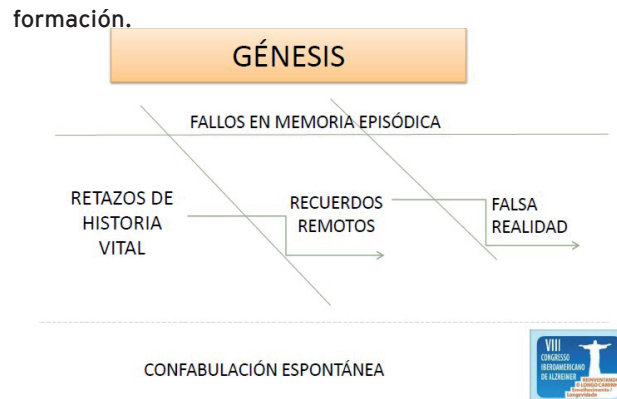
se entretujan y crean ciertas circunstancias ficticias pero a su vez resultan verídicas. Quedan desbaratadas en el contraste de hechos con la realidad. La confabulación generada se basa en hechos cotidianos “(...) Por algún sitio, no podía dejar a la niña sola (...) estuve todo el día de compras, de ropa y todo eso (...). Estuve con E. y G., estuve con ella, con su hermana, con la ilusión que nos hizo”

Caso II: Varón 81 años, estudios superiores, casado. Usuario de centro de día GDS-5. Enfermedad de Alzheimer en estadio severo. Confabulador (Tipo de confabulación espontánea). Transcripción de confabulación “Hay una forma difícil de entender que hace la materia, la velocidad, y... el tío que viene. Porque se mezclan una cosa con la otra.

Se ha mirado porque tienen que ir por aquella orbita los animales, y porque no pueden ir por otra, esto ya lo decía Newton. Entonces imagínate que estamos volando por un ambiente que no se sabe como se ha llegado allí, y hay bichos. Imagínate que tienes dos tazones o 3.. coges los dos tazones, y pero que no podemos ir por aquí? entonces el astronauta le dice, pues no, por donde le llevo es el único lugar que podemos movernos con la masa, alcanzando las órbitas que no sabemos que son. Entonces lo que hacen estos, le dan marcha al cohete, de mas masa a menos masa, y entonces entra (doblando un papel). Este es el elemento y cortamos por aquí, nosotros estamos en este punto, y entonces decide que se va a el medio o a un lado y fuerza que esté cerrado en este sentido, y con la fuerza de 7... 70 km por hora... Me habéis llamado cogiéndome con las bridas!

Entonces tanto Newton como la gente que había llegado a estos niveles de investigación para volar al Atlántico estaba bastante enterado. es laborioso para todos los

Fig.7. Caso2. Confabulación espontánea. Proceso de



que han intentado entrar dentro de la maraña de nube que tiene energía y tiempo, y esto es lo que suma.. la suma energética que suma para los dos.

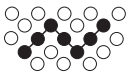
Imagínate que quiero ir de aquí hasta allí, tendré que medir la distancia. Si tu tienes dos vasos que sean parte de la materia, no podrías moverlos. si inventas un descubrimiento que pueda transformarse en energía actual, será materia para nosotros. Lo tienes que unir con una especie de imaginario velocímetro”.

En este caso, al igual que el anterior la confabulación se encuentra articulada a la historia vital del sujeto y a su antiguo quehacer profesional (navegación aérea, profesiones técnicas). Los recuerdos remotos se conjugan y crean una falsa realidad donde uno de ellos está vinculado a retazos de historia vital. Este tipo de confabulaciones son fantásticas, imposibles, sorprendentes y fácilmente contradichas en confrontación con la realidad.

DISCUSIÓN

Pretendemos mostrar la discrepancia teórica entre los dos tipos de confabulación y su fundamento prestando especial énfasis en los procesos de producción. La elaboración permite al paciente disputar la ansiedad y encajar un nuevo recuerdo para rellenar/completar la laguna mnésica. Observamos que el contenido temático queda trabado firmemente a la trayectoria vital del sujeto. De esta manera, el hilo argumentativo instruye al sujeto para remediar las preguntas del investigador, cuyo único objetivo es revelar el modo en que el confabulador elabora la cadena de acontecimientos que origina la confabulación.

La divergencia espontánea-provocada que encarnada una confabulación dispareja, específica que sin duda deja entrever que operan mecanismos diferentes



Angel Moreno Toledo y Almudena del Avellanal Calzadilla

en cada una de ellas. Consideramos reveladora la proyección conductual regida por el contenido verbal de la confabulación. La naturaleza de esta conducta desempeñada, se lleva a cabo como si el sujeto estuviese allí, en tiempo y lugar, normalmente supeditadas a un viejo quehacer lo cual, envuelve un componente vital importante a la génesis de este fenómeno.

Autores como Dalla Barba y Boisse (2010), admiten la confabulación como distorsiones de memoria leves, coincidiendo con las afirmaciones de Berlyne (1972) y Mercer (1977) en clasificar este episodio como déficits de memoria. Lorente- Rovira y otros (2011) la discurren entre recuerdos falsos adheridos a un problema de recuperación que está determinando estas manifestaciones. Otros autores como DeLuca (1993), equiparó este problema a un cambio de personalidad, la denominada “personalidad confabulatoria”, citada en algunas referencias monográficas.

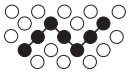
La inventiva, esa capacidad manifiesta de ingeniar hechos o acontecimientos simulados ha sido correlacionada en algunas investigaciones con el síndrome de anosognosia en las demencias. La confabulación parte de un fracaso en la recuperación del recuerdo (procesamiento de la información) y está condicionada a esquemas de la trayectoria vital que alimentan el hilo argumentativo de las emisiones. La enfermedad de Alzheimer en estadios moderados con la pérdida memorística y el déficit en la recuperación del recuerdo dado, facilita el origen de este fenómeno. Esta incapacidad para recordar, siendo más evidente en la búsqueda (o requerimiento) de un recuerdo en concreto, predispone a que el paciente improvise y confeccione esos recuerdos infundados o auxiliares para evitar la ansiedad ante la pesquisa del recuerdo y la incapacidad de respuesta.

Las huellas de memoria y el marco personal (a)temporal surgido de esa memoria difusa altera las líneas temporales para “crear” un nuevo recuerdo. Pasado y presente se encuentran fusionados para aplicar el recuerdo en una elaboración completamente nueva pero competente para facultar la confabulación. Es por ello que ambas perspectivas temporales juegan un papel importante como fuentes de origen de vivencias y acontecimientos distorsionados que mediante trazos y episodios imprecisos, fragmentados y variados, esbozan un nuevo pseudorecuerdo que cubre el vacío memorístico. De la misma manera, la emoción y el valor significativo y afectivo de un suceso o acontecimiento autobiográfico lo sitúan en primera línea para confeccionar un argumento ficticio. Por tanto, en consonancia con las conclusiones de Pérez y

otros (2012), el factor motivacional es un determinante en el proceso elaborativo del pseudorecuerdo.

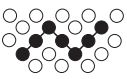
REFERENCIAS

1. Attali, E., De Anna F., Dubois, B. y Dalla Barba, G. Confabulations in Alzheimer’s disease: poor encoding and retrieval of over-learned information. *Brain* 2009: 132; 204-212
2. Berlyne, N. (1972). Confabulation. *Br J Psychiatry*, 9 (31) 120.
3. Boyano, J. T. (2012). Bases neuropsicológicas de la memoria autobiográfica. *Neurociencia. Revista Chilena de Neuropsicología*, 7 (3), 98-101.
4. Dalla Barba G, Mantovan MC, Cappelletti YJ, Denes G. Temporal gradient in confabulation. *Cortex* 1998; 34: 417-26.
5. Dalla Barba, G. y Boisse M.F. Temporal consciousness and confabulation: is the medial temporal lobe “temporal”? *Cogn Neuropsychiatry*. 2010 Jan;15(1):95-117.
6. DeLuca, J. y Cicerone K.D. (1991). Confabulation following aneurysm of the anterior communicating artery. *Cortex*. 27: 417-423.
7. DeLuca, J. Predicting neurobehavioral patterns following anterior communicating artery aneurysm. *Cortex* 29, 639-647 (1993).
8. Kopelman, M.D. (1987). Two types of confabulation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 50, 1482-1487.
9. Kopelman, M. D. (2010) 'Varieties of confabulation and delusion', *Cognitive Neuropsychiatry*, 15: 1, 14 - 37, First published on: 14 September 2009 (iFirst)
10. Korsakoff, S.S. (1955). Psychic disorder in conjunction with multiple neuritis. Translation from the Russian by M. Victor and P.I. Yacoblev. *Neurology*, 5, 394-406.
11. Lorente-Rovira, E., Berrios, G., McKenna, P., & Villagrán-Moreno, J. (2011). Confabulaciones (I): Concepto, Clasificación y Neuropatología. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 251-259.
12. Lorente Vizcaíno, A. I. (2008) Confabulación en la demencia de Alzheimer en fase leve, La. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Barcelona, España.
13. Mercer, B., Wapner, W., Gardner, H., & Benson, D. (1977). A study of confabulation. *Archives of Neurology (Chicago)*, 34, 429-433
14. Moreno, A. (2010). La confabulación en demencia. Terminología, propiedades y fundamentos. *Revista Psicología Científica*. com, 12 (20).
15. Pérez, F., Orozco, G., Galicia, M., Gómez, M., Ortega, L., García, N. Y Pérez, H. (2012). Confabulaciones: Más allá de un déficit mnésico. *Rev. Chil. Neuropsicol.* 7 (3): 134-140.
16. Schnider, A., von Däniken, C. & Gutbrod, K. The mechanisms of spontaneous and provoked confabulations. *Brain* 119, 1365-1375 (1996)
17. Serra-Mestres J. Valoración neuropsiquiátrica en las demencias y otros trastornos cognitivos. Barcelona: Editorial Glosa; 2007.
18. Talland, G.A. (1965). *Deranged Memory*. New York: Academic Press.
19. Villegas, J. (1996). De la teatralidad como estrategia



Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos

multidisciplinaria», (Monographic Issue «Theatricality as Multidisciplinary Strategy») Gestos, 21, pp. 7-19.



Angel Moreno Toledo y Almudena del Avellanal Calzadilla



Certificamos que o trabalho

"CONFABULACIONES Y DEMENCIA, A PROPOSITO DE DOS CASOS UNICOS"

dos autores: ALMUDENA DEL AVELLANAL CALZADILLA; ANGEL MORENO TOLEDO, foi apresentado na modalidade COMUNICAÇÃO ORAL - ORAL COMMUNICATION, no VIII Congresso Iberoamericano de Alzheimer ocorrido de 15 a 17 de outubro de 2015 na Centro de Convenções do CBC em Rio de Janeiro/R.J.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2015

PROMOÇÃO

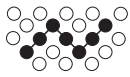



JERSON LAKS
PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA


MARIA APARECIDA GUIMARÃES
PRESIDENTE DO CONGRESSO

APOIO





Taller de reflexión para adultos Mayores: Relato sobre la construcción de un espacio participativo*

Luciana Ferraris¹, Marina Guzzetti², Cecilia Popritkin³
Jesica Rosenthal⁴, Maria Laura Sammana⁵

Resumen

El presente trabajo describe las características propias de un Taller de reflexión para adultos Mayores, el cual funciona en una institución barrial de la ciudad de Buenos Aires y es coordinado por un Equipo Interdisciplinario de Salud. Define su estructura y objetivos. Luego se resaltan ciertos ejes de análisis a los fines de explicar el proceso de transformación del Taller a lo largo de su desarrollo intentando finalmente transmitir al lector el impacto del Taller, no solo sobre los participantes, sino también sobre las coordinadoras del mismo.

PALABRAS CLAVE: Taller de reflexión, Adultos Mayores, grupo.

Abstract

This paper describes the characteristics of a Reflection Workshop on Older Adults which works in a neighborhood institution of the City of Buenos Aires and is coordinated by an interdisciplinary team of health professionals. It also defines the Reflection Workshop structure and its objectives. Then highlights certain lines of analysis for the purpose of explaining the process of transformation of the Workshop, along its development, finally trying to transmit to the reader the impact of the Workshop, not only on users but also on the coordinating team.

Key words: Reflection Workshop- Older Adults - group

Introducción

Desde el año 2012 en el marco de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) desarrollamos un Taller de Reflexión en el Centro de Jubilados "Suyai", ubicado en el barrio de Floresta (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), destinado a adultos y adultas mayores de 60 años en adelante. El mismo se incluye dentro del conjunto de talleres enmarcados en el Programa de Salud del Adulto Mayor (ProSAM) que funcionan en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 36 (CeSAC 36), con la particularidad de tratarse del único dispositivo del Programa que se desarrolla en una institución barrial.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
30/10/2015

Aceptado:
11/11/2015

(*Comunicación científica. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de Gerontología "Trabajo con adultos mayores. Un puente hacia la salud colectiva". 22 y 23 de Octubre 2015. Hospital Ramos Mejía.

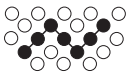
(1)Lic. y Prof. en Psicología. Ex Residente de Salud Mental Htal Castex de San Martín, Prov. de Buenos Aires, Argentina. R1 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

(2)Lic. En Psicología. Ex residente de Salud Mental del HIGA Dr. Paroissien de La Matanza, Prov. de Buenos Aires, Argentina. R2 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(3)Lic en Terapia Ocupacional. Ex residente del Htal gral de agudos dr E. Tornú. R1 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(4)Lic. en psicología. Ex residente de Salud Mental del Htal Belgrano de San Martín. Instructora de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(5)Médica. Ex residente de Medicina General del Centro de Salud num. 10 de San Martín, Prov. de Buenos Aires, Argentina. R2 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Ferraris, Guzzetti, Popritkin, Rosenthal y Samanna

Se trata de un taller abierto que permite el ingreso de nuevos participantes en cualquier momento del año, de frecuencia semanal y requiriendo una entrevista de admisión para su ingreso. Está organizado en módulos temáticos de cuatro encuentros, utilizando el último de ellos para evaluar conjuntamente con los participantes el desarrollo de los mismos.

El objetivo del taller está orientado a favorecer procesos crecientes de autonomía (Czeresnia, 2006) de las y los participantes, problematizando temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento, intercambiando puntos de vista y experiencias. El taller propone contribuir al desarrollo de un modelo de cuidado de carácter integral, procurando la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. Pretende generar un espacio donde abordar cuestiones ligadas al proceso de envejecimiento y dar lugar a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y del ciclo vital, y co-construir herramientas para transitar activa y protagónicamente dicho proceso. Asimismo se busca propiciar que lo reflexionado en cada encuentro pueda exceder los límites del taller y generar nuevos posicionamientos en diferentes ámbitos cotidianos.

La estructura del taller

Cada encuentro comienza con el grupo de Adultos Mayores junto con los coordinadores sentados en círculo, siendo este un momento de intercambio informal sobre lo acontecido durante la semana, así como de información de interés sobre actividades sociales y culturales. Se conversa también sobre el motivo de la ausencia de aquellos participantes que no se encuentran en el espacio ese día. Posteriormente se comparte lo escrito en un cuaderno que circula entre los participantes, llamado “*cuaderno viajero*”, producción colectiva que recibe aportes de cada participante que se lo lleva a su casa semana tras semana.

Después de este momento inicial, se introduce un disparador relacionado con la temática del módulo y se trabaja sobre el mismo en pequeños grupos a partir de una consigna determinada. Se propicia el intercambio de opiniones y la reflexión sobre los

materiales. Posteriormente, se pasa al plenario donde se comparte lo trabajado al interior de los subgrupos y se profundiza sobre las producciones en relación a la temática.

A lo largo de los tres años y medio de existencia del taller, se ha trabajado con todo tipo de materiales: películas o cortometrajes, cuentos, poesías, viñetas, novelas, humor gráfico, noticias de actualidad, audios de entrevistas a personalidades, publicidades de la actualidad y del pasado y material de apoyatura teórica. Asimismo se ha trabajado con diversos recursos como dramatizaciones grupales, diseños de afiches publicitarios, filmación de videos, juegos de debate y argumentación, actividades corporales.

Ejes para pensar el Taller de reflexión

Debido a la estructura de la residencia, de dos años de duración, el taller cambia de coordinadores conforme las sucesivas cohortes de residentes que ingresan a la institución. Esto le da al taller de reflexión una característica muy particular: es un dispositivo que se hereda, que pasa “*de mano en mano*”, y que al transmitirse se transforma. Cada nueva coordinación escucha lo que tienen para decir los coordinadores salientes, lee sus planificaciones, sus evaluaciones, sus crónicas. Al principio observa, escucha a sus compañeros, escucha a los participantes, y después se apropia del espacio, y al hacerlo le imprime su propio sello.

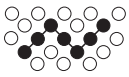
A medida que fueron pasando los años, quienes tuvimos y tenemos el placer de coordinar el taller de reflexión asistimos a la transformación de un espacio que hoy nos invita a pensar desde diferentes ejes sus movimientos.

“Desde el agrupamiento hacia la constitución del grupo”

Las múltiples definiciones que encontramos en el diccionario de la Real Academia Española no nos facilitan el significado de la palabra Grupo. En la

1La RPIG se trata de un sistema remunerado de capacitación en asistencia, a tiempo completo, con actividades programadas y supervisadas, siendo un objetivo fundamental el de formar recursos humanos para el sistema de salud en beneficio de la comunidad (Burlando Páez, 2014)

2 Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) son Instituciones de Salud conformadas por Equipos Interdisciplinarios que trabajan según los principios de Atención Primaria de la Salud. Implementan acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.



Taller de reflexión para adultos Mayores: Relato sobre la construcción de un espacio participativo

materia que nos compete nos encontramos con varias acepciones: “Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto”, pero también “Al que se adscribe un individuo por compartir comportamientos, valoraciones y creencias”. ¿Cómo definirlo entonces? La multiplicidad de teorías que lo abordan nos obliga a ir a los orígenes del término, para empezar a pensar.

En la reflexión sobre los grupos etimológicamente se desprenden dos líneas de fuerza:

“nudo” y “redondo”, la primera en relación al grado de cohesión entre los miembros de un grupo; y la segunda en torno a la idea de círculo de gente, de una reunión de personas.

Pero vayamos más allá. Citando a Anzieu (1971), quien distingue diferentes tipos de Grupo, ciertas personas que se reúnen con cierta frecuencia y para tratar objetivos comunes, no importa el número de miembros sino el interés común (academia, círculo, partido, sindicato), conforman un Agrupamiento. Sin embargo, otros autores, como Ana María Fernández (1985), sostienen que un mero agrupamiento no constituye un grupo en sí mismo, sino que algo tiene que darse para que un grupo devenga tal.

Podríamos decir, desde una visión sistémica, que un grupo es un conjunto de personas singulares e independientes, donde lo “uno” y lo “múltiple” se conjugan y se entrecruzan.

Se ha visto ya que el mero “juntarse” no constituye un grupo, sino tal vez un mero agrupamiento; entonces: ¿De qué tipo de Grupo hablamos en el caso del conformado en función del espacio de Reflexión del Centro Suyai? Y aquel de los comienzos del ciclo... ¿es el mismo?

Será necesario entonces contextualizar estos aportes teóricos en nuestra experiencia de trabajo en el Grupo de Reflexión que nos convoca.

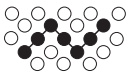
En los momentos que distingue Pichón-Rivière (1985) (pre tarea, tarea y proyecto) la tarea, en su arista explícita consiste en trabajar sobre un determinado tema, y esto es lo que harían los participantes en dicha ocasión.

En los albores del Grupo de Reflexión, desde coordinación, se proponía una actividad, una tarea en torno a la cual los participantes se agrupaban para trabajar. Finalizado lo cual, dicho “agrupamiento” se disolvía hasta el próximo encuentro, hasta la siguiente consigna.

Paulatinamente, desde la coordinación se observó un pasaje desde dicho “agrupamiento” hacia lo que podía considerarse un grupo consolidado. Esto se hizo evidente en más de una forma. Una de ellas fue la manera en la que los participantes abrazaron la idea de la “tarea para el hogar”. Entrevistas hechas a los participantes del taller en ciclos anteriores habían dejado como saldo un cuestionamiento sobre la soledad y la falta de intercambio extra taller. Incorporando ese emergente, se pensó desde la coordinación que una propuesta posible podría ser la inclusión de una consigna de carácter grupal, que los reuniera por fuera del espacio institucional. De esta manera se configura la “tarea para el hogar”.

Desde la coordinación dicha consigna constituía un artificio, una excusa que tenía como finalidad última la transformación del cotidiano de los participantes mediante la creación de nuevos lazos. Los participantes tomaron con ganas esta propuesta, y sin ser ingenuos y sospechando las intenciones de la coordinación, se dispusieron a pasarse los números de teléfono, preguntarse por la disponibilidad horaria, por el barrio en el que cada uno vivía, buscando afinidades, cercanías. De ese “más allá” del taller nos enterábamos en el encuentro que seguía a una “tarea para el hogar”. Así fue como empezaron a surgir las risas, las complicidades, las tardes compartidas. “*En media hora hicimos lo que teníamos que hacer y después nos quedamos toda la tarde tomando mate, comiendo cosas ricas, charlando*”- nos contaban risueños.

La otra forma en la que se hizo evidente el surgimiento del grupo fue en la extensión del momento inicial de cada taller. Al principio este momento se concebía como una mera presentación de los participantes, los coordinadores y del tema a tratar en el encuentro. Con el paso del tiempo, los participantes fueron usando este momento inicial para transmitir alguna información o alguna noticia. Desde la coordinación se optó por incluir dentro de las planificaciones aquello que comenzó de forma espontánea, y se extendió la duración del momento inicial. Con el devenir de los encuentros, aquellas personas que sólo compartían aquel trabajo en común, comenzaron a intercambiar cuestiones de otra índole. Ya sea programas posibles para el fin de semana, experiencias diversas en su tiempo libre, actividades de ocio, lo cual fue dando lugar a que se conformara un “más allá” de la consigna propuesta. Más de una vez hubo que acortar alguna actividad del taller porque lo que sucedía en ese momento era de una riqueza inigualable.



Ferraris, Guzzetti, Popritkin, Rosenthal y Samanna

Siguiendo a Pichón-Rivière (1985) podríamos sostener que se fue dando poco a poco lugar al Proyecto, que sería el momento en el cual el grupo se plantea objetivos que van más allá del aquí y el ahora, es lo que surge cuando se ha logrado una pertenencia de los miembros.

“De participantes a ‘protagonistas’: la apropiación creciente del espacio”

Desde sus comienzos, el taller de reflexión tuvo como objetivo favorecer procesos crecientes de autonomía de las y los participantes y procurar la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. Pero durante mucho tiempo este objetivo se presentaba como demasiado ambicioso, si bien válido para marcar la orientación de la coordinación.

Se buscaba que los participantes tuvieran un rol cada vez más activo en el taller, pero esto no siempre sucedía. Se invitaba a los adultos mayores a definir las temáticas a trabajar, a evaluar conjuntamente las actividades y la modalidad de trabajo, pero frecuentemente sólo se escuchaba “*lo que ustedes elijan está bien*”. Con el transcurso del tiempo y en forma correlativa al fortalecimiento de los vínculos entre los participantes, ciertas transformaciones comenzaron a gestarse. A principios del corriente ciclo la coordinación propuso una innovación: un “*Cuaderno Viajero*”, producción colectiva que a modo de narrativa contara la historia del acontecer del espacio. Inicialmente se había pensado que el Cuaderno serviría para hacer una crónica atravesada por las subjetividades de los participantes de lo que acontecía en el taller, a diferencia de la crónica “objetiva” que realizaba en cada encuentro alguno de las coordinadoras. Se presentó de ese modo al Cuaderno, añadiendo que también podía servir para agregar en él impresiones personales, textos, noticias, canciones, poesías o cualquier otra cosa referida al tema del módulo que se estuviera tratando. La idea de que el Cuaderno viajero sirviera para realizar una crónica nunca se concretó ya que los participantes se apropiaron de él con otras expectativas: lo hicieron depositario de sus reflexiones por fuera del taller, espacio de juego y de creación, transcribieron canciones, poesías, artículos periodísticos y hasta chistes y dibujos en él. Quien se lo lleva no sólo deja su huella sino que aprovecha para leer lo que otros escribieron antes. De mano en mano, de casa en casa, el cuaderno crece y junto con él crece el espacio que se le dedica cada encuentro para compartir lo que allí se escribe.

Algo similar sucedió con los materiales con los que se trabajaba. Siendo que los participantes habían manifestado en reiteradas ocasiones su preferencia por los materiales literarios, desde la coordinación se comenzó a llevar cuentos, artículos periodísticos, novelas. Los Adultos Mayores comenzaron a fotocopiar los materiales que llevábamos para tenerlos, para volver a leerlos, para compartirlos con un/a amigo/a o vecino/a o con un familiar. Alguna vez trabajamos con capítulos de libros y pidieron el libro entero para fotocopiar y hacerlo circular, encontrándose durante la semana para pasárselo de uno a otro para que todos pudieran leerlo.

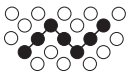
Del mismo modo comenzaron a involucrarse en forma creciente en la definición de las temáticas a trabajar, e incluso sugiriendo modalidades para abordar cierto tema o algún material para utilizar como disparador.

Contemplando el proceso en su conjunto creemos ser testigos de un apropiamiento deseante del espacio por parte de quienes ya no pueden llamarse participantes sino protagonistas del taller de reflexión.

“Complejización de los materiales y transformación del grupo y de la coordinación”

En el comienzo del taller, los materiales utilizados eran más acotados, tal vez adaptados en sus contenidos y formas de expresión, siendo las temáticas abordadas referidas específicamente a la franja etaria en cuestión. Poco a poco, todo fue tomando otra forma, otro tenor, algo de las temáticas comenzaba a expandirse, traspasando los límites de lo trillado, volviéndose abstracto, más amplio, representando un mayor desafío intelectual para los participantes, lo cual también requería de un redoble de esfuerzo desde la coordinación. El armado de los materiales y actividades ya no podía ser simple, concreto, estanco, era hora de subir la apuesta, atreverse. Esto dio lugar a un intercambio enriquecedor que fortalece en cada encuentro las ganas de ir, de participar, de poner el cuerpo.

A su vez, esta característica mencionada anteriormente, donde el equipo de coordinación va cambiando junto con la renovación de la residencia, hizo que se fuera transmitiendo de equipo a equipo la potencialidad que contemplaba el trabajo con estos adultos mayores, garantizando así cierta profundidad en las reflexiones. Resulta importante destacar que esto también conllevó



Taller de reflexión para adultos Mayores: Relato sobre la construcción de un espacio participativo

un trabajo para las coordinadoras respecto de sus propias representaciones y prejuicios sobre la vejez. Es en este punto que creemos necesario librarse de preconceptos para acercarse a trabajar con los Adultos Mayores. Y destacamos esto porque consideramos que aún si se piensa que no operan en uno ciertas representaciones estereotipadas de la vejez, es necesario bucear en las profundidades para encontrar que tal vez en las penumbras haya alguna idea, algún temor que existe, que es real y que se manifiesta como un obstáculo en nuestro trabajo diario con los ancianos. Y pensamos que siempre es mejor interrogarse, dar lugar a la pregunta por lo incómodo, lo temido, en lugar de permitir que eso opere silenciosamente, generando efectos no deseados en nuestra práctica.

En este punto Mariana Kesselman trabaja el concepto de “psicopatología vincular”, que “fue una propuesta contra el mito de la neutralidad del observador en relación con lo observado y muestra que tanto el terapeuta como el coordinador de grupos comparten patologías con los pacientes o coordinados. Y que la tarea del coordinador de grupos, desde la creación de los dispositivos, el establecimiento de los encuadres, la propuesta de actividades, las intervenciones, lo que recoge, las evaluaciones, etc. está atravesada por su propia psicopatología, su personalidad de base, sus ansiedades predominantes y defensas frente a ellas, o para decirlo de una forma más sencilla, su modo de ver el mundo y moverse en él.” (Mariana Kesselman, 2012).

¿Para qué ancianos/as estábamos planificando? ¿Qué temas eran apropiados o específicos para los ancianos? ¿No es acaso cualquier tema plausible de ser abordado junto con ellos? ¿Qué ideas previas o temores estaban actuando en la coordinación cuando proponíamos materiales simples y acotados? Tener presente estos cuestionamientos, fue lo que nos permitió a las sucesivas coordinaciones, evolucionar hacia lo que se tradujo en la complejización de los materiales para profundizar problematizaciones y temáticas a trabajar.

A modo de conclusión

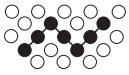
En este escrito buscamos transmitir algo del proceso y del camino transitado en los años de existencia del taller de reflexión. Pensamos cada una de las transformaciones que trabajamos en cada eje como resultado de un continuo interjuego de subjetividades: de las nuestras, como coordinadoras y de la de los ancianos y ancianas, como protagonistas del taller.

Sostenemos que la evolución del espacio depende del “entre”, es decir, no es ni de uno ni de otro, sino que sigue el ritmo y la cadencia de aquello que se produce en el devenir de cada encuentro.

Creemos que la clave en este recorrido consistió en dejarse enseñar por los ancianos/as, estando dispuestos a permitir afectarse por aquello que en el espacio sucedía. Pensamos esto como una posición de apertura al acontecimiento, a lo no calculado. En este punto se trata de un ir y venir entre lo rígido y lo flexible. Sabemos que los proyectos, las planificaciones, el encuadre, ordenan nuestra práctica, pero deben considerarse como un marco flexible, que permita una escritura en los márgenes. Por eso, al hablar de la “construcción del espacio” (como reza el título del presente trabajo), resulta pertinente preguntarse por el agente de dicha acción: ¿Quién construye? Ellos, nosotras, todos. Y si todos construimos es porque pudimos hacer una apropiación deseable del espacio, piedra fundamental de este trabajo colectivo.

Bibliografía

1. Anzieu, Didier (1971). “La dinámica de los grupos pequeños”. (1 (Ed). Buenos Aires, Argentina. Editorial Kapeluz.
2. Bórquez, M.J., Gurman L., Paniagua Fernández V. & Portela A. (2011) “El taller Literario en el Hogar de Día N 17”.
3. Burlando Páez, A. (2014). Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología. *Neurama*, 1 (2), 25–30.
4. Czeresnia, D. (2006) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia & C. Machado de Freitas (Eds.), “Promoción de la Salud”. Conceptos, Reflexiones y Tendencias (1 (Ed., pp 47–63). Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
5. Darriba M., Del Luca C., Pinto C., Portela A. & Rosenthal J. (2012) “Proyecto Grupo de Reflexión ‘Encuentro de vida’”.
6. Del Cueto, A. & Fernández, A. M. (1985) “El dispositivo grupal”. En E. Pavlovsky, *Lo Grupal* 2. (1 (Ed., pp 13–56). Buenos Aires, Argentina. Ediciones Búsqueda.
7. Kesselman, M. (2012) Clase inaugural La vejez vincular. Ponencia presentada en Curso anual Coordinar Grupos en el Campo de la Tercera Edad, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
8. Pichón-Rivière, E. (1985) “El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social”. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva Visión.
9. Samanna, M. L. (2015) Grupo de Reflexión en Adultos Mayores “Encuentro de vida”: una experiencia de Promoción de la Salud en Gerontología. Ponencia presentada en Espacio de Formación Residencia Posbasica Interdisciplinaria en Gerontología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

Sonia Pareja Jimenez¹

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 78 años, con un ligero deterioro cognitivo y con una depresión leve, a la que se ha aplicado un programa de estimulación cognitiva durante ocho semanas. Este programa ha consistido en dos sesiones semanales presenciales de 90 minutos y tareas diarias para casa. Para comprobar la eficacia de la estimulación cognitiva, se establecen medidas de las pruebas psicológicas objetivas antes y después del programa y tras dos meses de seguimiento. En la exploración cognitiva se han utilizado diferentes test: Mini-Examen Cognoscitivo, Test de Alteración de la Memoria y Test del Dibujo del Reloj. Para valorar el funcionamiento afectivo se ha utilizado la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica. Los resultados obtenidos coinciden con los de otros autores (Montejo, 1999; Panza, 1996; De Vreese, 1998), pudiendo ser la estimulación cognitiva una clave importante en la ralentización del deterioro cognitivo y, por ende, en la elevación del estado de ánimo de los ancianos.

PALABRAS CLAVE: estado de ánimo, estimulación cognitiva, depresión leve, deterioro cognitivo leve.

Abstract

The influence of the cognitive stimulation in cognitive-emotional disorder: a unique case study. The case that has been studied is about a 78-year-old woman, with a mild cognitive impairment and with a slight depression, who has completed a programme of cognitive stimulation for eight weeks. This programme consisted of two weekly in-class course of 90 minutes each class and daily tasks as homework. Some psychological measures which must be objective before and after the programme are laid down to check the efficiency of the cognitive stimulation. These measures must be taken into account in three times: pre-treatment, post-treatment and post-monitoring. The programme will be followed for two months. In the cognitive exploration they have been used different tests: Cognitive Mini-

examination, The Memory Alteration Test and the Clock Drawing Test. The Abbreviated Yesavage Geriatric Depression Scale has been used to evaluate the emotional operation of the person studied. The obtained results match up with those of other authors, (Montejo, 1999; Panza, 1996; De Vreese, 1998). That is why cognitive training may be an important key in the slowing down of the cognitive deterioration and so, to lighten the elders' mood.

Keywords: cognitive stimulation, mild cognitive impairment, mood, slight depression.

Con el paso de los años el cerebro, al igual que los demás órganos, va envejeciendo, caracterizándose en el ámbito poblacional por un declive natural de las funciones cognitivas (memoria, habilidades visoespaciales y velocidad de procesamiento de

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
29/09/2015

Aceptado:
23/10/2015

(1)Psicóloga sanitaria especialista en personas mayores y demencias .Miembro fundador del grupo de trabajo "Psicología, Alzheimer y otras demencias" del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid .Máster en Gerontología y Atención a la Tercera Edad, Experto Universitario en Neuropsicología y Demencias, Experto en Intervención Social en la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Experto en Terapia Asistida con Animales. Contacto psicologiageriatrica@gmail.com



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

la información). Este deterioro provoca que el rendimiento intelectual disminuya.

Por otro lado, el declive cognitivo no sólo depende de factores fisiológicos. Los factores ambientales influyen en la pérdida de habilidades cognitivas. El funcionamiento cognitivo se estimula por el ritmo de vida de cada persona. Al llegar a la vejez y reducirse las demandas del entorno comienza un proceso de desentrenamiento de las habilidades cognitivas (Jodar, 1994) que podrán compensarse con programas de estimulación cognitiva. Salthouse (1989) señala en su metaanálisis que la práctica, el adiestramiento o el entrenamiento de determinadas habilidades cognitivas mejoran el rendimiento. Además, como señala Ballesteros (2007), el deterioro cognitivo que se produce con la edad puede ralentizarse o disminuirse si el sujeto tiene un estilo de vida activo que incluya ejercicio físico, dieta equilibrada, en general, un estilo de vida saludable.

El entrenamiento de la memoria, al generar una estimulación cognitiva, puede poner en marcha la reserva cognitiva no ejercitada, presente en la persona con deterioro cognitivo leve. Stern (2002) definía la reserva cognitiva como la capacidad del individuo para hacer frente a las alteraciones del sistema nervioso ocurridas en la vejez, usando estrategias cognitivas compensatorias, empleando redes neuronales alternativas. También, como señala Haan et al. (2000), las relaciones sociales incrementarían la reserva cognitiva al exigir a los sujetos una mayor y más eficiente capacidad comunicativa, así como la participación en tareas complejas que exigen la puesta en marcha de recursos y capacidades cognitivas.

Los programas desarrollados para potenciar las destrezas cognitivas de los ancianos con deterioro cognitivo leve se basan en la estimulación sistemática y continua de funciones, capacidades, destrezas y habilidades cognitivas aún preservadas mediante un conjunto de actividades y estrategias dirigidas a potenciar la neuroplasticidad (Íñiguez-Martínez, 2004). La intervención cognitiva engloba tareas dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo global (memoria, lenguaje, atención, razonamiento, abstracción, cálculo y praxias).

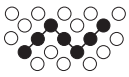
La creencia popular indica que la afectación de la memoria en la edad adulta es síntoma inicial de demencia; sin embargo, no todas las quejas subjetivas de memoria u objetivada mediante pruebas neuropsicológicas indican el comienzo de una demencia.

La primera nosología de las alteraciones cognitivas del envejecimiento fue ideada por Kral (1962) al distinguir entre envejecimiento cognitivo benigno y maligno. Posteriormente, aparecieron otras definiciones que reunían distintos criterios, entre ellos destacamos: “alteración de la memoria asociada a la edad” (Crook et al., 1986) que incluía personas que muestran problemas puros de memoria, es decir, personas sin problemas neurológicos, psiquiátricos o médicos que muestran unos cambios de memoria debidos a la edad, significativos y suficientes para generar quejas subjetivas; “deterioro cognitivo ligero” (Petersen et al., 1997), definiéndolo como estado transitorio entre la normalidad y la demencia que no interfiere significativamente en la adaptación social y personal del sujeto; y, “declive cognitivo asociado al envejecimiento” (Asociación Internacional de Psicogeriatría en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, 1994), incluyendo personas con quejas subjetivas de memoria, déficit objetivos de memoria y aprendizaje y otras funciones cognitivas.

De forma general, podríamos definir el deterioro cognitivo como una alteración cognitiva cuya intensidad no es suficiente para ser catalogada como demencia, caracterizándose por quejas subjetivas, con frecuencia de alteración de la memoria, confirmado por una valoración objetiva. Ciertas funciones cognitivas se encuentran preservadas o escasamente alteradas, no estando alterada la autonomía funcional de las actividades de la vida diaria.

La aplicación de pruebas de rastreo cognitivo puede ayudar a detectar síntomas de forma temprana, pudiendo iniciar un programa completo de intervención para ralentizar el posible deterioro del anciano. La finalidad de las pruebas utilizadas (Mini-Examen Cognoscitivo, Lobo, 1979; Test de Alteración de la Memoria, Rami, 2007; Test del Dibujo del Reloj, Thalman, 1996; Escala Abreviada de Depresión Geriátrica, Yesavage, 1986), de fácil y rápida aplicación y corrección, es facilitar la detección de esas manifestaciones provocadas por la alteración de alguna de las funciones superiores.

En la vejez se produce una especial asociación entre la depresión y el deterioro cognitivo, llegando incluso a confundirse. Reifer et al. (1982) afirman que los ancianos con deterioro cognitivo presentan, en muchos casos, depresión lo que indica la especial interacción entre las variables cognitivas y afectivas durante la ancianidad. Algunos autores intentan dar explicación al problema planteado en la interrelación entre depresión y deterioro cognitivo. Deptula et al.



Sonia Pareja Jimenez

(1993) señala que los estados emocionales, como depresión o ansiedad, tienen un especial impacto sobre el rendimiento cognitivo en la vejez a diferencia de otras edades.

En este estudio, la hipótesis planteada es que el programa de estimulación cognitiva mejorará el rendimiento del sujeto, observándose un aumento progresivo en las puntuaciones de las pruebas neuropsicológicas utilizadas y, al mismo tiempo, disminuyendo las puntuaciones obtenidas en la valoración afectiva. Todo ello señala que la estimulación cognitiva ha puesto en funcionamiento habilidades cognitivas desentrenadas consiguiendo además mejorar el estado de ánimo del sujeto.

MÉTODO

Participantes. El estudio se ha realizado con una mujer de 78 años de edad, casada, con un nivel de estudios medio (Bachillerato elemental, estudió hasta los 15 años), de profesión ama de casa. Convive sola con su marido en casa de su propiedad, sin problemas económicos, es independiente para las actividades de la vida diaria, aunque apenas cocina (dice no acordarse de las recetas), no recibe ayudas externas de ningún tipo. Tiene una red social bastantes escasa. Uno de sus tres hijos vive en la misma ciudad que ella.

El sujeto presenta quejas subjetivas de memoria desde hace casi dos años, corroboradas por su marido, con desorientación temporo-espacial objetiva, uso de palabras ómnibus y anomia.

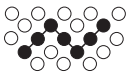
Materiales. Para la realización de los talleres de estimulación cognitiva se han confeccionado dos cuadernillos personalizados, con fichas elaboradas por la autora del estudio, a partir de diferentes programas de entrenamiento cognitivo. Cada cuadernillo contenía tareas para estimular diferentes funciones cognitivas (atención, gnosias/praxias, lenguaje, cálculo, funciones ejecutivas y memoria), un registro semanal de actividades lúdicas (dentro y fuera de casa), ejercicio físico y descanso (Anexo I) que tenía que rellenar a diario. Además se confeccionó un registro de actividades diarias relacionadas con la función cognitiva estimulada (Anexo II). Para la realización de las fichas, el sujeto disponía de diferente material para colorear y escribir (lápices de colores, bolígrafo, goma de borrar). En las sesiones presenciales se usaban postales antiguas, fotografías. La mayor parte de las sesiones de reminiscencia se hicieron en la calle.

Los programas utilizados en la elaboración de las fichas han sido:

- “Volver a empezar”. Tárraga, L. y Boada, M: (1999). Nos presentan estrategias de intervención de un programa de estimulación cognitiva que abarca las funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria. Se encuentra incluido dentro de un programa de psicoestimulación integral, presentado en diferentes cuadernos según la fase de la enfermedad.
- “Activemos la mente”. Peña-Casanova, J. (1999). Proyecto creado con el objeto de mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer, familiares y cuidadores. Está formado por un conjunto de materiales teórico-prácticos presentados en una caja de tres cajones con material de manualidades y seis libros que informan y ofrecen diferentes estrategias sobre la enfermedad.
- “Estimulación cognitiva: guía y materiales para la intervención”. Martínez, T. (2002). Se presenta una compilación de instrumentos y materiales técnicos para el desarrollo de programas de estimulación cognitiva, proporcionando a los profesionales una guía en su labor atendiendo a las personas mayores con deterioro cognitivo o demencia.
- “Estimulación cognitiva para adultos: cuadernos de introducción y ejemplos”. Sardinero, A. (2009). Está constituida por seis talleres diferentes (atención, funciones ejecutivas, lenguaje, memoria, percepción y lectoescritura y visoconstrucción), ordenados en cinco niveles de dificultad.
- “Córtex”. Maroto, M. A. et al. (2012). Compuesto por un conjunto de ejercicios desarrollados para mantener y conservar las capacidades cognitivas de personas afectadas con algún tipo de demencia. Está formado por setecientas fichas con formato digital, organizados en dos niveles, según el grado de deterioro (leve/moderado), con ocho módulos diferentes (atención, cálculo, lenguaje, funciones ejecutivas, memoria, gnosias, praxias y orientación).

Los test utilizados para valorar las funciones cognitivas fueron:

Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, A. et al., 1979). Es la versión validada y adaptada en España del MMSE de Folstein (1975). Se trata de un test de rastreo general cuya finalidad es hacer un cribado del estado cognitivo global. Este instrumento de screening consta de 35 ítems y se utiliza en la detección del deterioro cognitivo, explorando de una forma rápida



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

y estandarizada un conjunto de funciones cognitivas que pueden estar alteradas en las personas mayores (orientación temporo-espacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias). El punto de corte óptimo para establecer la presencia de deterioro cognitivo en población mayor de 65 años y bajo nivel educativo es 24 puntos; cuando el nivel educativo es medio-alto, el punto de corte es 27 puntos. La edad y los años de escolaridad influyen en el resultado final.

Test de Alteración de la Memoria (Rami, L. et al., 2007). Es un test breve, de fácil aplicación, que evalúa memoria episódica de tipo verbal y memoria semántica, incluyendo preguntas de orientación espacio-temporal. Se ofrece una puntuación global, además de la obtenida en cada uno de los cinco apartados de los que consta (memoria inmediata, de orientación temporal, memoria remota semántica, de evocación libre y de evocación con pistas). Discrimina deterioro cognitivo leve de tipo amnésico y enfermedad de Alzheimer en la población general. Su puntuación máxima es 50 puntos. Para distinguir el deterioro cognitivo leve tipo amnésico de quejas subjetivas de memoria se establece el punto de corte en 37. El punto de corte óptimo para la enfermedad de Alzheimer es de 31.

Test del Dibujo del Reloj (Thalman, B. et al., 1996). Test de rastreo específico. Es una prueba sencilla, que se utiliza para el screening de demencia, ya que proporciona información sobre múltiples dominios cognitivos (comprensión, concentración, memoria visual y abstracción, planificación, inhibición de respuesta y visoconstrucción). Su puntuación máxima es 10 puntos; una puntuación menor de 6 permite discriminar a pacientes con enfermedad de Alzheimer leve de sujetos sanos con una eficacia global del 93% (Contador, I. et al., 2010). En este estudio, se utiliza el formato de aplicación "a la orden", aplicando los criterios de puntuación de Cacho (1999).

Test utilizado para valorar el funcionamiento afectivo:

Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (Yesavage, J. et al., 1986). Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en los ancianos. Consta de 15 preguntas, diez positivas y cinco negativas, que requiere de cinco a siete minutos para ser completada, con respuestas dicotómicas (sí/no). El punto de corte indicativo de depresión es 6; puntuaciones de 0 a 5, sujeto sin depresión; de 6 a 9,

depresión leve; puntuaciones mayores de 10, depresión establecida.

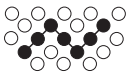
Procedimiento. Unos días antes de iniciar los talleres de estimulación cognitiva se realizan en el domicilio del sujeto los test para valorar su funcionamiento cognitivo y afectivo, en el marco de una entrevista clínica. Se utiliza una entrevista dirigida semiestructurada, de modo que, al recoger la información deseada, el sujeto se sintiese motivado a contestar con la mayor sinceridad posible, explicándole en todo momento en qué consistían los test que iba a realizar, reforzándole con sus respuestas, favoreciendo la interacción, sirviéndome de la escucha activa.

Se repetirán los test en dos ocasiones: al concluir el programa de entrenamiento de ocho semanas y tras los dos meses de seguimiento.

Los talleres comienzan el día 19 de marzo. Se le entrega el primer cuadernillo con las actividades correspondientes a las cuatro primeras semanas, acompañado del material que ha de utilizar e instrucciones orales para su elaboración (dichas instrucciones también aparecen escritas en cada cuadernillo). Se le insiste en que, ante cualquier duda, se dirija a mí, no pida ayuda a su marido ni deje que otros hagan las actividades por ella. Le indico que es muy importante que sea ella quien las realice; no hay actividades mal hechas, todas están bien, lo fundamental es su trabajo.

El registro de actividades lúdicas, ejercicio físico y descanso semanal que se incluye en cada cuadernillo servirá para descartar la influencia de posibles variables extrañas en la mejora del rendimiento en las pruebas. Este tipo de actividades las realiza el sujeto desde hace tiempo.

En los talleres presenciales semanales, que duraban una hora y media aproximadamente, se estimuló la expresión oral, realizando actividades de fluencia verbal, cálculo y memoria (palabras encadenadas, operaciones matemáticas mentales), praxias (usando objetos cotidianos y relacionándolos con distintas partes de su cuerpo), dictados y resúmenes escritos de párrafos leídos por el sujeto. En otras ocasiones, se colocaban sobre la mesa una serie de objetos (reloj de pulsera, mando de televisor, libro, gafas, teléfono móvil), nombrándolos en voz alta. Se cubrían con una tela y posteriormente, tenía que recordarlos, realizando asociaciones extravagantes con ellos, de modo que la saliencia de las asociaciones le ayudase en el recuerdo de los objetos. Estas tareas se realizaban en el domicilio del sujeto, sin la presencia de otras personas.



Sonia Pareja Jimenez

Como he señalado anteriormente, en el Anexo II se recoge el calendario con las tareas realizadas diariamente por el sujeto relacionadas con la función cognitiva ejercitada. Además, tenía que anotar diariamente la fecha en que realizaba la tarea como ejercicio de orientación. Aunque las tareas se han dividido según las funciones cognitivas estimuladas, en la mayoría de ellas se estimulaba más de una función. Las tareas desarrolladas son:

a) Para estimular la atención, el sujeto realizaba tareas basadas en la capacidad para orientar, seleccionar y mantener la captación de los estímulos relevantes, inhibiendo los irrelevantes. Ejemplo de las actividades desarrolladas son: búsqueda de figuras, preguntas sobre la colocación de diferentes objetos respecto a un punto concreto, tachado de números/letras, búsqueda de errores.

b) A la hora de ejercitar las funciones ejecutivas, responsables de la programación, planificación y ejecución de la conducta, se practicaba con tareas de ordenación de elementos según un orden temporal establecido, series alternantes, clasificación de palabras, claves de números, lo común/lo diferente de parejas de palabras.

c) El trabajo con la memoria iba dirigido a estimular la capacidad para almacenar información aprendida, recuperándola en momentos concretos. Para ello se utilizaban tarea de estimulación de los diferentes tipos de memoria; resumen de un texto leído por el sujeto (memoria inmediata), ordenar alfabéticamente una serie de palabras presentadas por escrito (memoria de trabajo), recordar hechos de la infancia (memoria episódica), escribir sinónimos/antónimos de una lista de palabras (memoria semántica), vestirse correctamente (memoria implícita).

d) Con los ejercicios de lenguaje se maximizan las capacidades lingüísticas preservadas, ejercitando la mecánica de la lectoescritura y optimizando la expresión verbal, manteniendo la comprensión verbal. Tareas realizadas: dictados, escritura espontánea, descripción de escenas.

e) En las tareas de cálculo se intenta favorecer la discriminación de cantidades (operaciones matemáticas, problemas), la discriminación de números (clasificar pares/impares), cálculo mental para favorecer también los niveles atencionales, activar y promover la lectura de cifras y números contando elementos y relacionándolos con el número correspondiente.

f) Por último, las tareas de praxias se basaron en ejercitar habilidades visoconstructivas, con copia de dibujos tridimensionales, simetrías, tareas de construcción de modelos, reconstrucción de partes de dibujos, colorear, de modo que se estimule la motricidad fina, favoreciendo la producción de actos motores voluntarios y manteniendo la mecánica de la escritura como ejercicio de praxia gráfica. En las actividades de gnosias, se realizan tareas de discriminación visual (asociación imagen-palabra), ejercitando la percepción mediante estímulos visuales (tareas de clasificación de elementos por características físicas iguales: color, forma, etc.), tareas de identificación de errores en imágenes o dibujos, reconocimiento de colores.

Las primeras sesiones de reminiscencia también se desarrollaron en su domicilio. Con esta técnica de comunicación se busca estimular la memoria autobiográfica utilizando postales antiguas, fotos de su juventud y adultez, juegos infantiles, rememorando momentos emotivos, unas veces de forma oral y otras, las menos, por escrito. Antes de caer en la monotonía de las sesiones y considerando lo reducido de sus relaciones sociales se me ocurrió que podría beneficiarle trasladar las sesiones de reminiscencia a las calles donde ella creció. Las seis sesiones restantes se realizaron paseando por la calle donde se ubica el instituto en el que estudió, los lugares que frecuentaba, dónde iba a comprar, su domicilio de entonces.

El 12 de mayo, un día después de concluido el programa de estimulación, se hace la segunda valoración del funcionamiento cognitivo y afectivo, pidiéndole su opinión sobre las tareas que se le han propuesto. Relata que las actividades que más le han gustado son cálculo y pintar; las que menos, escribir. Lo que le ha hecho sentirse mejor han sido los "*paseos por su infancia*" y quiere seguir realizando tareas en el futuro porque le han servido para "*recordar cosas*".

El 14 de julio se hace la última valoración cognitiva y afectiva del sujeto en su domicilio, utilizando el mismo formato que en las dos ocasiones anteriores.

Diseño: Para la realización de este proyecto se ha elegido un diseño de caso único de medidas repetidas. Se establece una línea base de las cuatro pruebas de valoración cognitivo-afectivo (Mini-Examen Cognoscitivo, Test de Alteración de la Memoria, Test del Reloj y Escala de Depresión abreviada). Posteriormente, se evalúa su progreso tras la fase de estimulación cognitiva y pasados los dos meses fijados como fase de seguimiento.

La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

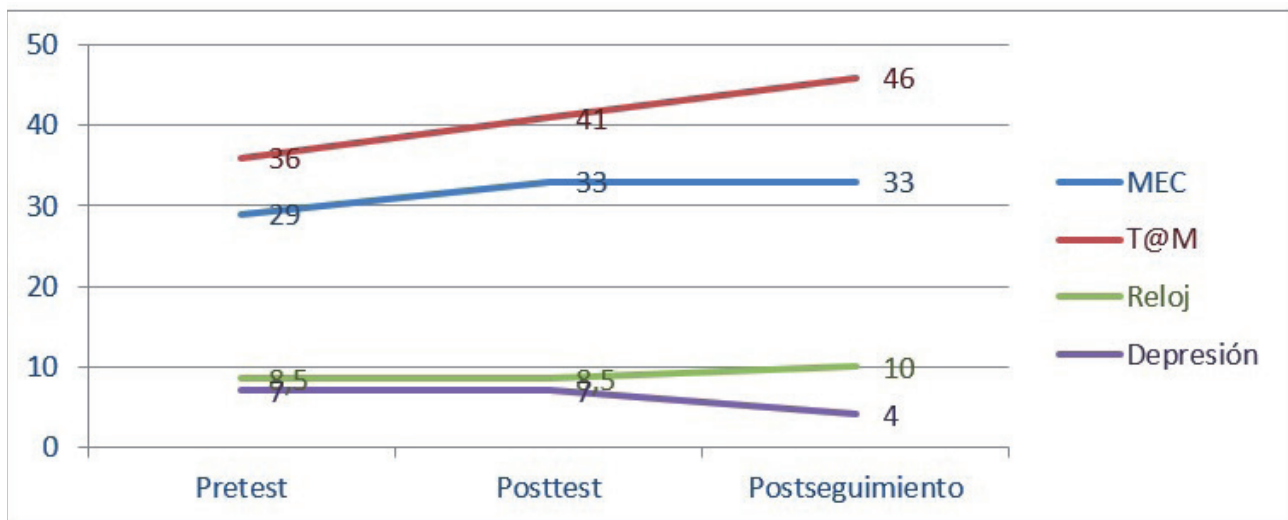
RESULTADOS

Como podemos apreciar en la Gráfica 1, los datos descriptivos muestran una tendencia ascendente en las puntuaciones obtenidas en las pruebas de valoración cognitiva, aplicadas en las fases post-test y post-seguimiento, indicando que ha mejorado su rendimiento. También se observa la disminución de las puntuaciones obtenidas en el test de valoración del funcionamiento afectivo, sugiriendo una mejoría en el estado de ánimo del sujeto (menor puntuación es indicativo de normalidad).

puntos) para diferenciar el deterioro cognitivo leve de las quejas subjetivas de memoria. Tras los talleres de estimulación cognitiva, consigue incrementar esa puntuación, alcanzando 41 puntos, quedando muy cerca de la puntuación máxima en la valoración tras el seguimiento, 46 de un total de 50 puntos.

3. Test del Dibujo del Reloj (Thalman, et al., 1996): todas las puntuaciones obtenidas por el sujeto están dentro de la normalidad, no variando en el pre-post. Tras el seguimiento obtiene la puntuación máxima (10 puntos) propuesta por Cacho et al. (1999).

4. Escala abreviada de Depresión Geriátrica (Yesavage, et al., 1986): la puntuación que obtiene el



Gráfica 1. Resultados de la valoración afectiva y cognitiva.

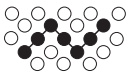
Haciendo un recorrido específico por cada prueba realizada, los resultados muestran:

1. Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, et al., 1979): la puntuación obtenida por el sujeto antes de comenzar el programa de estimulación cognitiva es de 29, según la clasificación de Menéndez y San José (1995), se incluiría en el grupo definido como Bordinde (rango 25-29). Después del tratamiento, el sujeto alcanza 33 puntos situándole en un nivel de normalidad (puntuación 30-35) que se mantiene durante el seguimiento.

2. Test de Alteración de la Memoria (Rami, et al., 2007): el resultado obtenido por el sujeto en la primera valoración es de 36 puntos, está un punto por debajo del nivel de corte propuesto por Rami (37

sujeto antes de iniciar el programa (7 puntos) le clasifica como sujeto con depresión leve (de 6 a 9 puntos). Este valor no cambia con la estimulación cognitiva, pero sí tras el seguimiento, consiguiendo una valoración de 4 puntos, que le sitúa dentro de la normalidad (rango 0-5).

Se ha utilizado el Índice de Cambio Cognitivo (ICC) (Spector et al., 2003), para evaluar la eficacia de la estimulación cognitiva en el sujeto. La fórmula para calcular este índice es $ICC = \text{puntuación obtenida en la línea base} - \text{puntuación obtenida en fase posterior}$ (Tabla 1). De este modo, observamos el efecto de la intervención: una puntuación de signo positivo alejada del cero sugiere ineficacia del tratamiento; por el contrario, una puntuación con signo negativo alejada del cero indica mejora en el rendimiento cognitivo, es decir, la hipótesis propuesta se cumple y la estimulación cognitiva ha mejorado las habilidades cognitivas y el estado afectivo del sujeto.



Sonia Pareja Jimenez

ICC	Pre/Post	Post/Seguimiento	Pre/Seguimiento
MEC	-4	0	-4
T@M	-5	-5	-10
Reloj	0	-1.5	-1.5
Depresión	0	-3	-3

Tabla1. Índice de Cambio Cognitivo en los tres momentos de medida.

(Valores negativos señalan mejora del rendimiento en las pruebas)

Tras la estimulación cognitiva se observan efectos positivos en el MEC y en el T@M, con puntuaciones -4 y -5, respectivamente. No se aprecian cambios en las puntuaciones obtenidas en el Test del Reloj ni en la Escala de Depresión. Transcurridos los dos meses de seguimiento, la influencia positiva de la estimulación cognitiva se sigue observando en el T@M. Asimismo, se producen cambios en las puntuaciones obtenidas en el Test del Reloj y en la Escala de Depresión, con puntuaciones -1.5 y -3, respectivamente. El MEC no varía.

Podemos decir que, respecto al MEC tanto en el pre/post como en el pre/seguimiento las diferencias encontradas son significativas ($z=.088$, $p \geq .05$, en ambos casos) no hallándose diferencia en el post/seguimiento. En cuanto al T@M, las diferencias son significativas ($p \geq .05$) en todos los casos: pre/post ($z=.088$), post/seguimiento ($z=.081$) y pre/seguimiento ($z=.171$). Sin embargo, en el Test del Reloj no existen diferencias en el pre/post, aunque sí tanto en el post/seguimiento como en el pre/seguimiento ($z=.115$, $p \geq .05$, en ambos casos). Por último, en la Escala de Depresión encontramos diferencias significativas entre las fases post/seguimiento y pre/seguimiento ($z=.370$, $p \geq .05$, en ambos casos), no existiendo diferencias en el pre/post.

A la luz de todos estos resultados, podríamos afirmar que, con el programa de estimulación cognitiva se ha logrado incrementar el rendimiento del sujeto en las pruebas cognitivas, apuntando una mejoría en su funcionamiento cognitivo y, al mismo tiempo, se ha conseguido mejorar su estado de ánimo, observado en un descenso en las puntuaciones obtenidas en su valoración afectiva.

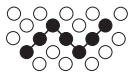
DISCUSIÓN

Tratándose de un diseño de caso único, la principal objeción con la que nos encontramos es no poder generalizar los resultados. Sin embargo, una gran ventaja al poder establecer una estimulación cognitiva individualizada es la mayor aproximación del programa a los déficits e intereses del anciano.

La mejora en el rendimiento del sujeto en este estudio coinciden con la investigación de Montejo (1999) con población española, quien logra unos resultados que muestran una mejoría significativa en el rendimiento de la memoria inmediata después del tratamiento, incrementándose en el seguimiento a los seis meses. De forma similar, Panza (1996) en su estudio con personas con deterioro cognitivo leve prueba la eficacia del entrenamiento en memoria obteniendo una mejora significativa en el grupo de tratamiento, en la prueba dirigida a evaluar la memoria. Igualmente, De Vreese (1998) en su trabajo analiza la eficacia de un entrenamiento en memoria por la mejoría de un grupo de personas con deterioro cognitivo leve y/o con quejas subjetivas de memoria. De los resultados obtenidos por este autor se desprende que ambos grupos experimentan una mejora significativa en su memoria tras el entrenamiento, siendo los sujetos con deterioro cognitivo los que más se benefician de ese entrenamiento.

Corroborando lo señalado por Calero y Navarro-González (2006), las intervenciones dirigidas a estimular y a ejercitar las habilidades cognitivas pueden actuar contrarrestando los efectos negativos del envejecimiento. Por este motivo, dichas intervenciones se convierten en una herramienta de actuación muy importante en la vejez, debiendo incluirse en los protocolos de intervención con la población anciana con y sin deterioro cognitivo.

Se estima que la prevalencia del deterioro cognitivo leve se sitúa, como media, en el 19% en personas mayores de 75 años. Íñiguez-Martínez (2009) señala que entre el 10 y el 15% de estas personas desarrollarán demencia en el plazo de un año. Con estos datos es conveniente llevar a cabo proyectos psicoeducativos dirigidos a la población mayor como forma de prevención, así como programas de estimulación cognitiva destinados a las personas afectadas de deterioro. Establecer unas rutinas diarias en las que se incluya ejercicio físico, un programa de entrenamiento cognitivo estructurado como el que se ha desarrollado en este estudio, o, simplemente, con lectura diaria, hacer crucigramas,



La influencia de la estimulación cognitiva en la alteración cognitivo-emocional: Un estudio de caso único

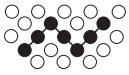
pasear, viajar, unido a la fuerte motivación del sujeto por frenar su deterioro, han servido para conseguir resultados positivos.

Por otro lado, la sintomatología ansiosa/depresiva concurrente con el deterioro cognitivo leve se asocia con su progresión. La depresión se ha relacionado como factor de riesgo en diferentes estudios (Gabrylewicz, T. et al., 2007; Teng, E. 2007), observándose una evolución a demencia en sujetos con deterioro cognitivo leve y síntomas neuropsiquiátricos. Baquero et al. (2006) en su estudio concluyen que en un 62% de los casos de deterioro cognitivo leve existe algún síntoma psicológico o conductual, siendo un tercio de ellos depresión e irritabilidad. Del mismo modo, Lyketsos et al. (2000), Apostolova (2008), observan que los síntomas depresivos son los más frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo leve. Sería muy recomendable proporcionar a los ancianos las estrategias y medios necesarios para fortalecer y ampliar las redes sociales de que disponen. Es sustancial señalar la importancia de las relaciones sociales para aumentar la capacidad comunicativa que repercute en el aumento del estado de ánimo.

El sujeto protagonista de este estudio es una persona con sentimientos de soledad “su vida está vacía”, constantemente preocupada porque le vaya a pasar algo a ella misma o a alguien de su familia; no se ve con fuerzas ni energía para empezar nuevos proyectos. Con esta intervención se consigue que su estado de ánimo sea más alegre y disminuya su sentimiento de soledad, aunque sigue con sus pensamientos catastróficos sobre lo que le pueda pasar a alguien de su familia. Se insta al sujeto que aumente sus relaciones sociales participando en actividades de ocio grupales (por ejemplo, bailes de salón, gimnasia, aprendizaje de uso de ordenadores, voluntariado) que fomenten la comunicación, consiguiendo preservar la independencia y la adaptación social.

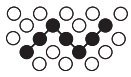
REFERENCIAS

1. Apostolova, L.G., Cummings, J.L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, pp. 115-126.
2. Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. UNED. Editorial Universitat, S.A. Madrid.
3. Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E.M., Andreu-Catalá, M. (2006). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38, pp. 323-326.
4. Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L., Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 7, pp. 648-655.
5. Calero, M.D. y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17(2), pp. 187-202.
6. Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., Tapias-Merino, E., Bermejo-Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, pp. 677-686.
7. Crook, T.H., Bartus, R.T., Ferris, S.H., Whitehouse, P., Cohen, G.D., Gershon, S. (1986). Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a national institute of mental health work group. *Developmental Neuropsychology*, 2, pp. 261-276.
8. De Vreese, L., Belloi, L., Iacono, S., Finelli, C. y Neri, M. (1998). Memory training programs in memory complainers: efficacy on objective and subjective memory functioning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6, pp. 141-154.
9. Deptula, D., Singh, R. y Pomara, N. (1993). Aging, emotional states and memory. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 429-434.
10. Folstein, M.E., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State; a practical method for grading the mental state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, pp. 189-198.
11. Gabrylewicz, T., Styczynska, M., Luczyewk, E., Barczak, A., Pfeffer, A., Androsiuk, W. et al. (2007). The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, pp. 563-567.
12. Haan, M.N., Mungas, D., González, H.M., Jagust, W.J. (2000). Cognitive functioning and dementia prevalence in older latinos: cardiovascular and cultural correlates. *Neurobiology of Aging*, 21(1), pp. 35.
13. Íñiguez-Martínez, J. (2004). El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia tipo Alzheimer. *Informe Portal Mayores*, 17.
14. Íñiguez-Martínez, J. (2009). El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico. *Informe Portal Mayores*, 58, pp. 397-405.
15. Jodar, M. (1994). La memoria en el anciano: disminución y potenciación. *Ger Press*, 24, pp. 1-3.
16. Kral, V.A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86, pp. 257-260.
17. Latorre, J.M. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), pp. 243-264.
18. Lobo, A., Ezquerro, F., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría*, 7, pp. 189-201.
19. Lyketsos, C.G., Sheppard, J.M., Steele, C.D., Kopunek, S., Steinberg, M., Baker, A.S. et al. (2000). Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of setraline in the treatment of depression complication Alzheimer's disease: initial results from the depression in Alzheimer's disease study. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1686-1689.



Sonia Pareja Jimenez

20. Maroto, M.A., y Blanco, V. (2012). *Córtex: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo en enfermos de Alzheimer y otras demencias*. Ediciones TEA. Madrid.
21. Martínez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Consejería de Asuntos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.
22. Menéndez, M. y San José, A. (1995). *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistemas de información para centros asistenciales*. Fundación Caja Madrid. SG Editores.
23. Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A., de Andrés, M. y Claver, M. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, pp. 199–208.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD10)*. Madrid: Meditor.
25. Panza, F., Solfrizzi, V., Mastroianni, F., Nardó, G., Cigliola, F. y Capurso, A. (1996). A rehabilitation program for mild memory impairments. *Archives of Gerontology Geriatrics*, 5, pp. 51–55.
26. Peña-Casanova, J. (1999). *Activemos la mente*. Fundación La Caixa. Barcelona.
27. Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. & Kokmen, E. (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, pp. 65–69.
28. Rami, L., Molinuevo, J.L., Sánchez-Valle, R., Bosch, B., Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, pp. 294–304.
29. Reifier, B.V., Larson, E. y Hanley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 623–626.
30. Salthouse, T.A. (1989). Age-related changes in basic cognitive processes. En P. T. Costa, M. Gatz, B.L. Neugarten, T.A. Salthouse, & I.C. Siegler (Eds.), *The adult years: Continuity and change*. (pp. 9–40). Washington, DC: American Psychological Association.
31. Sardinero, A. (2009). *Estimulación cognitiva para adultos: cuadernos de introducción y ejemplos*. Editorial GESFOMEDIA. Madrid.
32. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 248–254.
33. Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal International of Neuropsychological Society*, 8(3), pp. 448–460.
34. Tárraga, L. y Boada, M. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Fundación ACE. Barcelona.
35. Teng, E., Lu, P., Cummings, J. (2007). Neuropsychiatry symptoms are associated with progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Dementia of Geriatric Cognitive Disorders*, 24, pp. 253–259.
36. Thalman, B. et al. (1996). Improved screening for dementia: combining the clock drawing test and the Mini-Mental State Examination. Conferencia presentada en The 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium. Nice, 10–14 Abril, 1996.
37. Yesavage, J.A., Sheikh, J.L. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5 (1–2), pp. 165–173.



Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos

Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético.

Lucía Pérez Sánchez¹, Roberto Oropeza Tena², Judith López Peñazola³, Jose María de la Roca Chiapas⁴

Resumen

Se expone el proceso por el cual se desarrolló una intervención familiar para la atención y cuidado del adulto mayor diabético en dos modalidades de tratamientos. Uno desde una perspectiva de la terapia familiar sistémica, fundamentada en los modelos terapéuticos de Minuchin (1982) y White (1993). El otro en base a una perspectiva psicoeducativa basada en la biblioterapia, con base en el aprendizaje significativo de Ausubel (1982). Como resultados se obtuvieron dos manuales de tratamiento, lo cuales se pilotearon y se llevaron a la práctica clínica, los resultados de estos hallazgos están aún en proceso de análisis pero serán expuestos y publicados en un tiempo no muy largo. Sin embargo se puede constatar como la familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético y la participación activa de ésta facilita alcanzar los objetivos para la atención adecuada de su familiar mayor.

PALABRAS CLAVE: Intervenciones, Familia, Cuidado, Adulto Mayor, Diabétes.

Abstract

The following paper describes the process by which a family intervention for the attention and care of the elderly diabetic in two types of treatments design. One from the perspective of systemic family therapy based on therapeutic models of Minuchin (1982) and White (1993). The other based on the psychoeducational view based on bibliotherapy, based on meaningful learning of Ausubel (1982). As a result two treatment manuals were obtained, which was piloted and brought to clinical practice, the results of these findings are still being analyzed but will be exhibited and published in a not very long time. However it can be seen as the family is a cornerstone in the provision of care of the diabetic patient and the active participation of this facilitates

achieving the objectives for the proper care of their elderly relative.

KEYWORDS: Interventions, Family, Care, Elderly, Diabetes.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida derivado de los avances científicos que caracterizan esta época, acarrea consigo ciertas problemáticas que deben ser resueltas y atendidas de manera pertinente. En México, la esperanza de vida es de 77 años (77 para mujeres, 72 para hombres) y se espera que para el año 2050 sea de 80 años (INEGI, 2010).

México aún no es un país con población envejecida, pero en pocas décadas lo será; este proceso de envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
09/09/2015

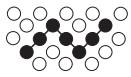
Aceptado:
07/10/2015

(1) Área de Ciencias Sociales y Humanidades Programa Académico Licenciatura de Psicología UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT Av. De la Cultura "Amado Nervo" s/n C.P. 63155 lucia@systemica.com.mx

(2) Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Francisco Villa No. 450, Colonia: Doctor Miguel Silva, C.P. 58110 scherzo2112@yahoo.com

(3) Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Francisco Villa No. 450, Colonia: Doctor Miguel Silva, C.P. 58110 judith.lopez.2003@gmail.com

(4) Facultad de Psicología Universidad de Guanajuato Campus León Blvd. Puente Milenio #1001, Fracción del Predio San Carlos C.P. 37670, León, Guanajuato. México josema_delaraoca@yahoo.com.mx



Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto. Al mismo tiempo, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en enfermedades crónicas degenerativas (CoNaPo, 2010). Estos padecimientos son de más larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y fármacos costosos, además de asociarse a periodos de hospitalización prolongados (ENASEM, 2012).

Las cinco principales causas de muerte de las personas de la tercera edad (en ambos sexos) son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus, las enfermedades digestivas y las respiratorias. Esta tendencia se acentuará en el futuro, razón por la cual, los costos de la atención a la salud de los adultos mayores (AM) se incrementarán (ENASEM, 2012).

Aunado a lo anterior, en nuestro país el cuidado a la vejez recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los AM puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional (Sánchez, 2000).

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una parte fundamental en la atención que se brinda al enfermo; por lo que es evidente la necesidad de implementar trabajos multidisciplinarios, encaminados para apoyar a los cuidadores primarios y la familia en general en donde habita el AM (Sánchez, 2000; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009).

Ante este contexto es necesario que los AM, logren y mantengan el bienestar general y la calidad de vida mediante las adaptaciones que esta etapa de vida requiere, con un envejecimiento exitoso, optimizando algunas capacidades físicas y el compromiso activo con la vida (Quintanar, 2003).

Por ello, uno de los objetivos en la atención de las necesidades de este grupo etario reside en la prevención y promoción de un envejecimiento saludable, caracterizado por una percepción positiva de su calidad de vida, así como en el fortalecimiento de las actividades que le brinden autonomía, independencia y autoeficacia en sus actividades cotidianas; así como el fortalecimiento de sus vínculos cercanos: contexto familiar, laboral, social recreativo, social comunitario; relacionado con actividades que generen su participación activa y no de tipo asistencial (Salvarezza, 1998).

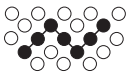
De igual manera, las políticas públicas de desarrollo social han tomado este concepto de calidad de vida, para la revisión, modificación e implementación de legislaciones (Plan Nacional de Desarrollo de México 2012 -2018), con el intento de atender las necesidades específicas de la población de 60 años y más, como eje conductor de los programas o intervenciones que se desarrollen (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

Dentro de estas políticas están el reforzar diseños metodológicos de intervención que permitan detener el avance de las enfermedades crónicas degenerativas, particularmente en los AM y atacar los factores de riesgo de la población en general; debido que las condiciones de salud y el estado funcional de los AM de nuestro país muestran que tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y el uso de los servicios de salud.

Los gastos hospitalarios generados en la atención a este grupo poblacional se han acrecentado y los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salubridad que el promedio; además, debido a la presencia de enfermedad en muchos de estos AM, se puede prever un mayor riesgo de discapacidad y dependencia, lo cual significa conjuntamente que el envejecimiento representará un reto para el Sistema Nacional de Salud y para la población. Por tal motivo, los programas de promoción y prevención de la salud deben tener por objetivo la detección oportuna de las enfermedades para lograr que los años adicionales de vida en la vejez se cursen en buenas condiciones, con calidad de vida y sin discapacidad (Manrique-Espinoza, Salinas, Moreno, 2013).

De acuerdo a esto, en el presente trabajo se desarrollaron dos programas de tratamiento, para ayudar a la familia a cumplir con su función cuidadora de un AM que padece diabetes mellitus tipo dos (DMT2), analizando, modificando o reforzando capacidades y recursos del sistema familiar: un primer tratamiento diseñado desde la terapia familiar sistémica (*ISFC-AM*), usando el modelo estructural (Minuchin, 1974, 1982) y el modelo de la narrativa (White, 1994); y otro desde la psicoeducación para la salud a través de la biblioterapia (*BIBLIOFAM*), basada en la teoría del aprendizaje significativo (Ausubel, 1983).

Por otro lado, en lo que respecta al AM con DMT2, ambas intervenciones buscaron mayor autonomía y autoeficacia ante su enfermedad (Bandura, 1999), pues con ello se estaría trabajando hacia el envejecimiento saludable; caracterizado por la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad



Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético

psicológica para la adaptación, y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales (Morales y Bravo, 2011), incidiendo en la percepción de una mejor calidad de vida.

La intervención también focalizó su interés con relación en los familiares con el rol de cuidador primario (CP), tomando en cuenta el modelo biopsicosocial de atención al mismo; el cual ayuda a distinguir entre la sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben de ser suplidas o asistidas por el cuidador; y la sobrecarga subjetiva la cual hacen referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre la persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión y somatización (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Por tal razón, ambas intervenciones contemplaron también aminorar la carga del cuidador primario, al equilibrar y distribuir el grado de responsabilidad de cuidado entre los demás miembros de la familia. El desarrollo de los dos programas, que conformaron la intervención familiar, estuvo basado en tres perspectivas teóricas:

La perspectiva psicogerontológica, que explica el proceso del envejecimiento como un evento dinámico que se da por la interacción entre el programa genético de cada individuo y el entorno del contexto social y ambiental del individuo (Hernando, 2006).

La perspectiva social de la psicología de la salud, que insta hacia la prevención y promoción de estilos de vida saludable, a través de la educación para la salud, desde tres esferas de interacción del individuo: biológico, psicológico y social (Mataratzzo, 1983; Montesinos, 1999).

La perspectiva sistémica, que tiene a la familia como unidad de análisis e intervención. Esta señala que para lograr un buen estado de salud es indispensable el cumplimiento de las funciones familiares, ya que éstas garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida que cada persona tendrá que enfrentar (Navarro, 2004). (Ver Fig. 1).

Objetivo

Diseñar dos tratamientos de abordaje familiar: la ISFC-AM y la BIBLIOFAM; uno desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica y otro de corte psicoeducativo.

Método

A continuación se explica el procedimiento de construcción del diseño de los dos tratamientos, que se elaboraron para efectos de esta investigación. Posteriormente se describe de manera detallada en que consistió cada uno de los tratamientos.

Para el procedimiento de construcción de la ISFC-AM (Ver Fig. 2), primeramente se hizo una revisión del estado del arte, en relación a investigaciones que mostraran la efectividad de intervenciones diseñadas desde la perspectiva sistémica para el abordaje de la enfermedad crónica en el AM. Se revisaron los hallazgos y las recomendaciones para futuras investigaciones.

A la par se consultaron fuentes teóricas de los modelos terapéuticos sistémicos que fueran más acordes para los objetivos que se planteaban en la investigación; esto conllevó también la búsqueda de instrumentos, confiables y válidos en población mexicana que evaluaran las variables propuestas en el diseño de investigación. Se llevó a cabo la exploración en una familia tipo para conocer si eran congruentes los objetivos que se planteaban, y así conocer las necesidades específicas de una familia en contexto psicogerontológico con procesos de cuidado y atención al AM con DM2; esto trajo una mayor delimitación y alcance de los objetivos, lo que ayudó a tomar la decisión por cual modelos terapéuticos utilizar para el diseño de la intervención (modelo estructural de Minuchin, 1974 y la terapia narrativa de White, 1994).

Se establecieron las temáticas que se abordarían así como el número de sesiones y en donde se establecía el objetivo por cada una, las técnicas para llevarlas a cabo, las metas y los indicadores que evidenciarían el logro del objetivo planteado.

El diseño del tratamiento, se envió a expertos en la terapia familiar sistémica, para que evaluaran el

Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

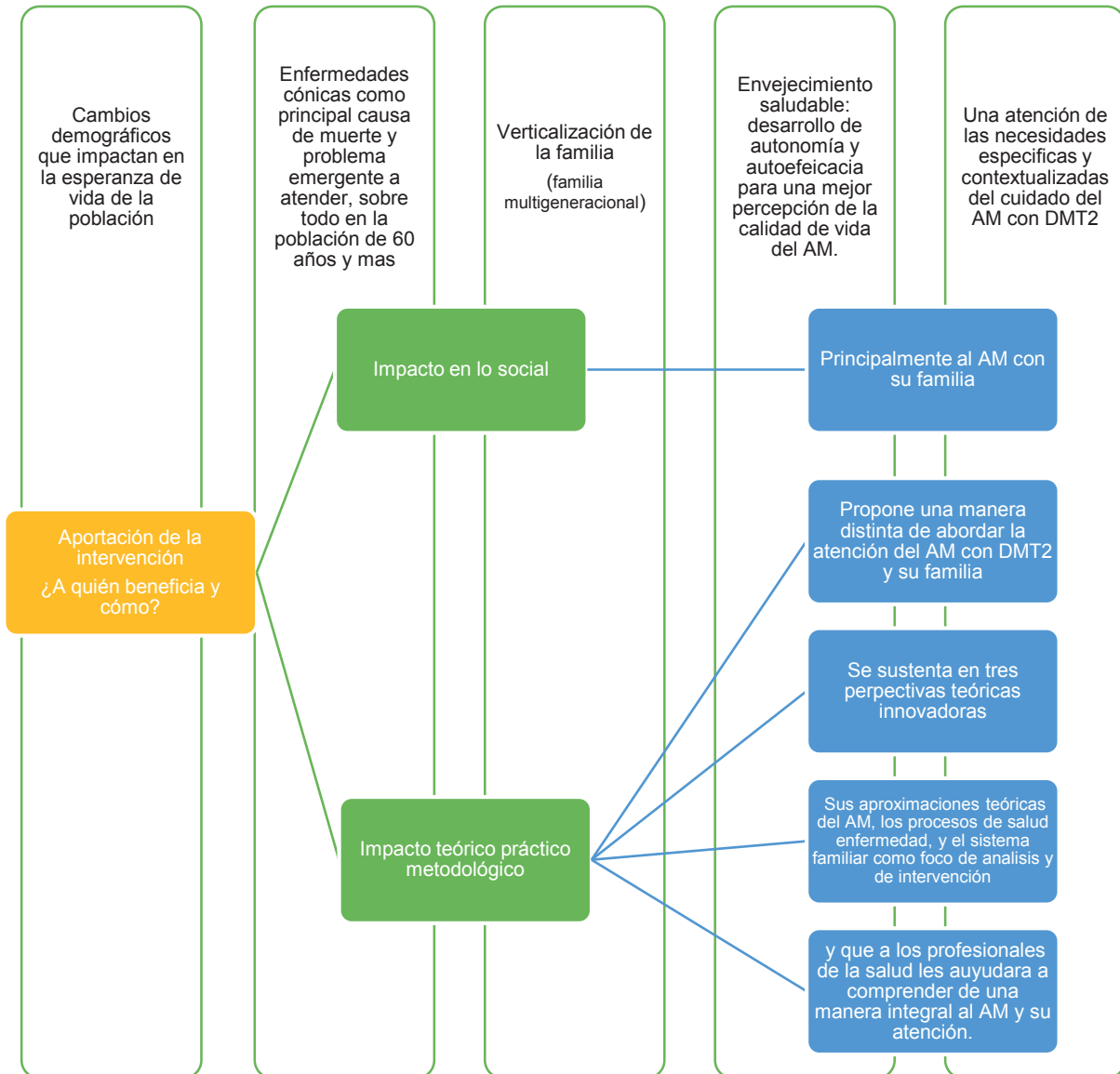


Fig.1.- Problematización contextual, relevancia teórico práctico metodológica y pertinencia social de la intervención.

diseño de la intervención y desde una visión objetiva, se hicieran recomendaciones y observaciones que sirvieran para hacer las mejoras necesarias.

Estas recomendaciones fueron en relación a las temáticas específicas a abordar, el tipo de técnicas aplicadas y el orden en el cual se presentarían para buscar mayor congruencia. A partir de estas encomiendas se mejoró el diseño.

Con lo que corresponde a la construcción de la BIBLIOFAM, el proceso fue semejante a la ISFC-AM, con la diferencia que el desarrollo fue posterior; es decir que con base en lo diseñado de la ISFC-AM se llevó a cabo el procedimiento de la segunda intervención: temáticas y número de sesiones fueron exactamente los mismos (Ver Fig. 3).

También se realizó una búsqueda bibliográfica de intervenciones psicoeducativas colectivas factibles de ser aplicadas en un contexto familiar, y con ello se inició el bosquejo de la intervención; decidiendo la utilización de la biblioterapia basada en las teorías de aprendizaje de Ausubel (1983).

Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético

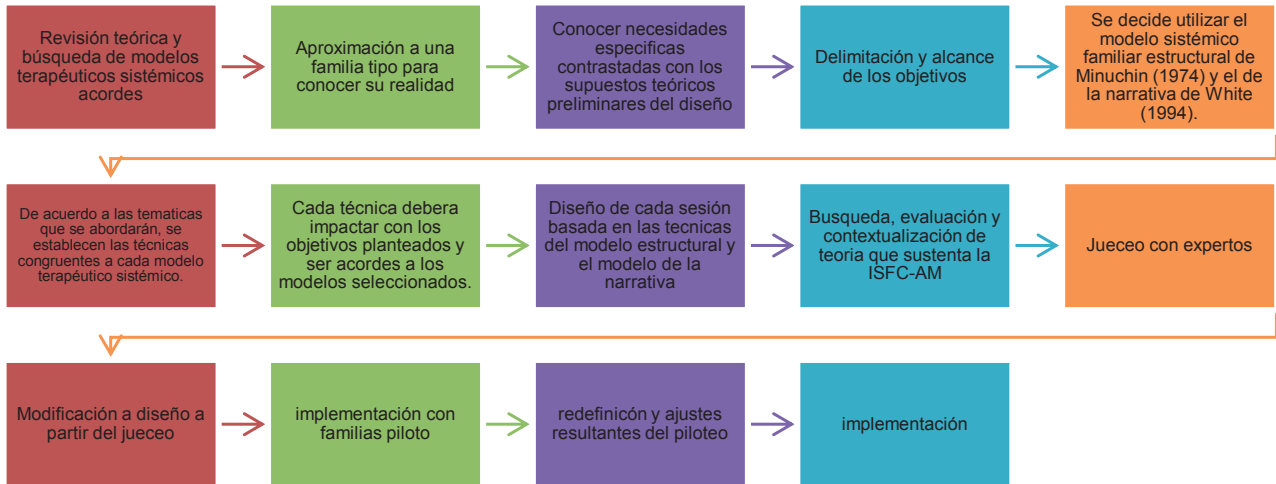


Fig. 2. Proceso en la construcción de la ISFC-AM.

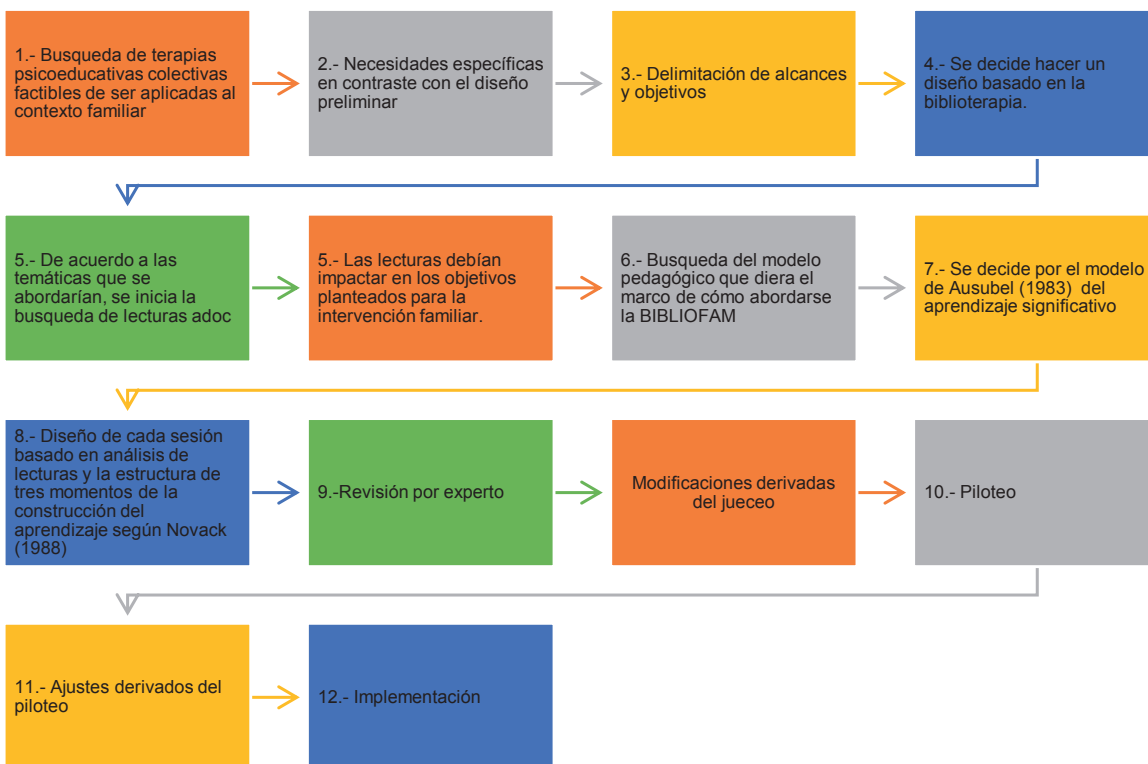
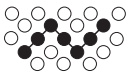


Fig. 3. Proceso de construcción del diseño de la BIBLIOFAM.

Se hizo una búsqueda de lecturas adecuadas a las temáticas que se abordarían que fueran de fácil entendimiento, es decir en un léxico no altamente científico, pero si detalladamente informativo, para

que fueran congruentes con los objetivos que se persiguieron en cada sesión. El diseño estuvo bajo jueceo de experto en técnicas educativas y de psicología de la salud. Estas consintieron en determinar el tipo de lectura y material adecuado, sin ser excesivo y que fuera atractivo para llevarse a cabo, así también esto ayudo a la redefinición más clara de cada sesión. y fue entonces que se implemento en una familia tipo para realizar su piloteo.



Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

Procedimiento de los tratamientos:

- Constituido por 6 sesiones con temáticas específicas.
- Para ambos tratamientos las temáticas que se definieron y abordaron fueron las siguientes:
- Cuidado y autocuidado del AM con DMT2 (Sesión 3).
- Comunicación familiar (Sesión 4).
- Recursos de la familia (Sesión 5.)
- Reestructuración familiar (Sesión 6).
- Collage familiar (Sesión 7).
- La graduación (Sesión 8).

Cada una de estas temáticas se abordaron de manera trasversal desde las tres perspectivas teóricas que fundamentan la intervención y que ya fueron descritas con anterioridad: la psicogerontología, la psicología social de la salud y la perspectiva sistémica; con las particularidades que diferencian cada tratamiento, que el primero se basa en la terapia sistémica y el segundo en la biblioterapia, pero sin perder el objetivo del proceso terapéutico con AM, el cual radica en trabajar con las relaciones que mantiene con su familia, para detectar los aspectos más vulnerables o disfuncionales y así poder introducir algún cambio de manera que se transforme en una fuente de bienestar y apoyo.

Características particulares de cada tratamiento

La Intervención Sistémico Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor (ISFC-AM)

La ISFC-AM, basada en el modelo de Minuchin (1974) establece la necesidad de contemplar el contexto social en el que interactúa el individuo, para lograr entender la problemática que la familia manifiesta. La terapia orientada en este sentido se basa en tres axiomas:

El contexto afecta a los procesos internos del individuo y su familia.

Las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo en varios niveles.

La conducta del terapeuta es significativa en el cambio (forman un nuevo sistema terapéutico).

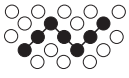
La experiencia individual depende de las características de idiosincrasia del individuo en el contexto de su vida. La patología puede ser vista desde distintas perspectivas, pero siempre influirá el contexto social en todas ellas. La terapia estructural de familia busca el cambio del individuo de forma conjunta con su contexto.

Esta terapia se centra en el resultado de la mezcla de las circunstancias y las personas implicadas (familia). La terapia estructural familiar recurre a técnicas para alterar el contexto inmediato, por lo que la estructura y funcionamiento dentro de la familia se ven afectadas a causa de ese cambio, así se modifica la experiencia personal de cada integrante.

En la terapia familiar estructural, el terapeuta se asocia a la familia buscando cambiar la organización de la experiencia familiar; el terapeuta no cambia a la familia sino que le da una nueva perspectiva que ayuda a reorganizarse. La terapia estructural es una terapia de acción, busca modificar el presente; así la familia y el terapeuta crean un nuevo sistema para superar la organización actual, cambiando la posición de sus miembros.

Por su parte la terapia narrativa de White (1994) en la que también se basa la ISFC-AM, es un estilo que describe la terapia como el proceso por el cual el terapeuta y el sistema familiar co-construyen relatos novedosos o diferentes, con mejores alternativas. El modelo terapéutico de la narrativa postula que las personas se expresan contando historias, todas las personas expresan todo aquello que les pasa a través de los relatos que hacen de sus narraciones. Sus historias no son la verdad en sí, sino una lectura de todas las lecturas posibles. Todos los relatos son construcciones de los sistemas de creencias; por ello siempre se puede construir un relato alternativo al que trae el paciente o familia, porque todo relato es una construcción subjetiva.

El terapeuta así entonces, prestará fundamental atención a la construcción que la familia hace del problema, esa construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que trae a la consulta. El trabajo del terapeuta se orientará a que la persona pueda construir la realidad de una manera diferente. Existen construcciones potenciales que se pueden desarrollar a partir del diálogo conjunto paciente/terapeuta o familia/terapeuta que podrán facilitar a la persona un mayor desarrollo o un uso de potencialidades aun no aprovechadas.



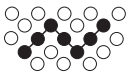
Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético



Portada de manual para la ISFC-AM.

Portada de manual para la BIBLIOFAM.





Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

La Intervención Biblioterapéutica Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor (BIBLIOFAM):

Con lo que respecta a la BIBLIOFAM, está basada en la biblioterapia, la cual tiene su objetivo principal la psicoeducación; con el diseño de actividades terapéuticas en que se utiliza la lectura de textos verbales y no verbales, en las formas de expresión y de otros objetos lúdicos como coadyuvante en los tratamiento psicológicos.

Así mismo la BIBLIOFAM, tiene su fundamento teórico en Ausubel (1983), que se basa en procesos cognitivos, es decir la forma en cómo el individuo estructura sus conocimientos, y como les otorga significados relevantes y acordes a sus experiencias previas. Los elementos esenciales que aporta esta teoría son: la interdependencia positiva, responsabilidad individual y grupal, interacción estimuladora, habilidades interpersonales y grupales; por estar sostenido desde lo social y el sociocultural dialógico.

Los valores que se generan con el aprendizaje significativo en el plano social son: la valoración y autoestima personal, ya que desarrollan una imagen de sí más positiva, desarrollo del interés y de la motivación intrínseca hacia el aprendizaje, inducida por los procesos interpersonales del grupo, expectativas de éxito futuro basadas en la atribución causal a sus capacidades y esfuerzos, saber comunicarse de forma eficaz y satisfactoria, actitud más positiva hacia los otros: respeto y valoración, confianza y colaboración, solidaridad y empatía, saber actuar eficazmente en un grupo, desarrollo de la responsabilidad frente a los demás y frente a su propio aprendizaje, integración de los miembros con más dificultades.

Resultados

Los resultados derivados de este primer estudio fue la elaboración de dos manuales de tratamiento denominados: *LIBROS DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ISFC-AM* y *BIBLIOFAM* (ver imagen 1 y 2); que como características poseen la explicación precisa de su utilidad en el transcurso de cada programa de tratamiento. También detallan cada una de las etapas en las que está conformada cada intervención, la temática y actividades a realizar por sesión, así como la inclusión de cada instrumento que debe ser utilizado. Con estos manuales se trabajó con las familias que conformaron la muestra de esta

investigación que supuso la culminación de nuestra tesis doctoral, y que constituyen dos estudios de caso único con replica o N=1 (León y Montero, 2002) con muestra de 5 familias respectivamente, y que en posteriores publicaciones se presentaran los resultados derivados de cada uno.

Conclusiones y discusión

El trabajo a través de la *ISFC-AM* enfatiza y refuerza los recursos de la familia, en especial lo siguiente: identificar y destacar los procesos interaccionales esenciales que permitían a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales, como puede llegar a ser la enfermedad crónica de uno de los miembros de la familia, como lo propone Walsh (2004).

Por otra parte, el programa de intervención familiar, se apega de manera rigurosa a la teoría de los modelos terapéuticos de Minuchin (1974) y White (1994); implementando las técnicas terapéuticas correspondientes, con lo cual se puede lograr el objetivo que propone Minuchin para la familia; la protección psicosocial de sus miembros, y mayormente en lo que respecta en la demarcación de límites y fronteras claras que permite a sus miembros entender de manera eficaz sus funciones y roles, distribuyendo sus competencias de manera jerárquica y así acomodar su estructura interna de los ciclos evolutivos de cada familiar.

También con la *ISFC-AM*, a través de las estrategias diseñadas, se llegó a reconocer, reafirmar y aprovechar las capacidades y potencialidades presentes en toda la familia y edificar a partir de ello, para estimular un proceso activo de autocorrección y crecimiento, como lo menciona Cyrulnik (2001), jerarquizando el valor fundamental de los vínculos, a tal punto que como familia en conjunto se desarrolle, una nueva historia alterna o narración White (1993) redefiniendo la situación por la cual atraviesan.

Con lo que respecta a la *BILIOFAM*, en su diseño se brindan las herramientas para que la familia en conjunto puedan estar informados sobre como apoyar y ayudar a su familiar diabético en el cuidado y autocontrol de la enfermedad.

El método basado en la psicoeducación de acuerdo a la teoría de Ausubel (2002), se considera adecuado, ya que se enfatizar en el aprendizaje significativo que logran los individuos, a través de las etapas que conforman el proceso cognitivo fundamentado en todos y cada uno de los elementos, factores, y condiciones que



Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético

garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido de las lecturas seleccionadas para la BIBLIOFAM, de modo que adquirieran significado para los participante de esta tipo de tratamiento.

Por último, en relación a los tratamientos diseñados para la intervención familiar para la atención y cuidado del AM, se puede constatar como la familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético, la participación activa de ésta facilita alcanzar los objetivos para la atención adecuada de su familiar mayor.

18. Walsh, F. (2004). Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu.
19. White, M., y Eptson, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
20. Zarit, S.H., Reever, K.E, Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. The Gerontologist, 20: (6), 649-654.

Referencias

1. Ausubel, D. P. (1982, 2002). Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós.
2. Bandura, A. (1999). Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer.
3. Cyrulnik, B. (2001). La maravilla del dolor. Barcelona: Granica.
4. ENASEM, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (2012). Archivos de Datos y Documentación (uso público). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, Obtenido de www.ENASEM.org en [9 de febrero, 2015].
5. Hernando, M.V. I. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En Giró J.(Ed.), Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp. 37-65). Logroño: Servicio de publicaciones Universidad de la Rioja.
6. León, O.G. y Montero, I. (2002). Métodos de Investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill.
7. López, G., Orueta S. R., Gómez-Caro, S., Sánchez O. A., Carmona M. J., y Alonso M. F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina Familiar, 2 (7), 332-339.
8. Mattarazo, J. D. (1983). Behavioral health: Challenge to academia, scientific and profesional psychology. American psychologist, 37, 1-14.
9. Montesinos L. (1999). Desafíos para la psicología de la salud en el ocaso del siglo XX. Suma psicológica, 6(2), 147-159.
10. Morales, M. y Bravo, I. (2011). El ocio terapéutico. En Giró Mirando, J. (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp.133-155). Logroño: Universidad de la Rioja.
11. Morales, M. y Bravo, I. (2011). El ocio terapéutico. En Giró Mirando, J. (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp.133-155). España: Universidad de la Rioja.
12. Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
13. Navarro, G. J. (2004). Enfermedad y Familia. Barcelona: Paidós.
14. Quintanar, M. (2003). Envejecimiento común y exitoso. Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología, 3 (1), s/p.
15. Salvarezza, L. (1998). La Vejez, una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
16. Sánchez, C. (2000). Gerontología Social. Buenos Aires: Espacio.
17. Sánchez-Sosa, J.J., y González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En E. L. Reynoso y N. I. Seligson (Eds). Psicología y Salud. (pp.191-218). México: Facultad de Psicología - UNAM-CONACYT.