



IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

Nº — Vol

- 5 Inês Esteves, Ana Vieira, José Caamaño, Romina Mouriz,
Laura García, Raquel Fernández, Carlos Dosil, David Facal

Alzheimer versus Demencia
con Cuerpos de Lewy, ¿por qué
no Demencia Frontotemporal?
Deliberaciones sobre un caso

- 16 Magdalena Bugge, Yesica Coullery, Andrés Pereira,
Manuela Propato, Gastón Sena, Florencia Fontana

“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”:
acerca de la dinámica grupal en un
taller para adultos mayores

- 22 Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar,
Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María
Montero-López Lena

Resiliencia en adultos mayores: estudio
de revisión

- 30 Alejandro Burlando Páez

Apertura de las VIII Jornadas de la
Residencia Posbásica Interdisciplinaria en
Gerontología

- 36 Yaimara Escalona Castro, Ana María Ramos Monteagudo
Programa de estimulación cognitiva para
ancianos semi institucionalizados en
Camagüey

2 4

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
DICIEMBRE
17



“Es bello como lo que vivimos, envejecer viviendo”

(Pablo Neruda, 1904-1973)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)

Ramona Rubio Herrera (Granada)

Manuel Nevado Rey (Madrid)

Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)

Belén Bueno Martínez (Salamanca)

María C. Marín Valero (Madrid)

Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)

Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)

Estefanía Martín Zarza (Salamanca)

Rocío Medina Armenteros (Jaén)

Charo Pita Díaz (A Coruña)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)

Clara Ling Long Rangel (Cuba)

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)

Ricardo F. Allegri (Argentina)

Marios Kyriazis (Reino Unido)

Mladen Davidovic (Serbia)

Narjes Yacoub (Francia)

Peter Gooley (Australia)

Raúl Andino (Argentina)

Rolando Santana (República Dominicana)

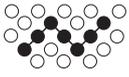
Rosana Cordova (Argentina)

Salvador Ramos (Estados Unidos)

Stephanie Zeman (Estados Unidos)

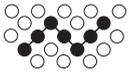
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Inês Esteves, Ana Vieira, José Caamaño, Romina Mouriz,
Laura García, Raquel Fernández , Carlos Dosil, David Facal
- Alzheimer versus Demencia
con Cuerpos de Lewy, ¿por qué
no Demencia Frontotemporal?
Deliberaciones sobre un caso
- 16 Magdalena Bugge, Yesica Coullery, Andrés Pereira,
Manuela Propato, Gastón Sena, Florencia Fontana
- “Enlazando ideas, tejiendo vínculos”:
acerca de la dinámica grupal en un
taller para adultos mayores
- 22 Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar,
Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María
Montero-López Lena
- Resiliencia en adultos mayores: estudio
de revisión
- 30 Alejandro Burlando Páez
- Apertura de las VIII Jornadas de la
Residencia Posbásica Interdisciplinaria en
Gerontología
- 36 Yaimara Escalona Castro, Ana María Ramos Monteagudo
- Programa de estimulación cognitiva para
ancianos semi institucionalizados en
Camagüey



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

Envejecimiento, sin fragilidad ni discapacidad

Dentro de tí tu edad creciendo, dentro de mí mi edad andando. El tiempo es decidido, no suena su campana se acrecienta, camina, por dentro de nosotros, aparece como un agua profunda en la mirada (...). Es bello como lo que vivimos, envejecer viviendo (...)

(Oda al tiempo. Pablo Neruda)

Asociado a la vulnerabilidad y a la enfermedad, aparece representada normalmente la etapa del envejecimiento. Acercarnos al concepto del paso de los años, intuye irremediamente la alusión de la caducidad y la dependencia, desmejoradas sin ningún remedio, por el inexorable transcurrir de los años.

No siendo menos el estigma, oscura impronta a la dependencia, al riesgo de patología o al amplio espectro de problemas físicos, funcionales y psicológicos. Pero, ¿Qué visión adulterada pretendemos del envejecimiento?, hemos diseñado una perversa imagen del longevo, categorizando a los años vividos

como deletéreos para el ser humano.

Ser mayor significa establecer una línea temporal de nuestro ser, acicalado y modelado al son de la experiencia, de los sueños, de incontables habilidades y capacidades, de aprendizajes a lo sumo.

La socialización de la incapacidad del anciano nunca queda delimitada por una realidad social objetiva, sino por una prejuiciosa y desvirtuada concepción social de una vejez, cada vez más vigorosa y moderna emergente, que busca desmitificar su tenebrosa tradición sociológica.



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

Inês Esteves¹, Ana Vieira¹, José Caamaño², Romina Mouriz², Laura García²,
Raquel Fernández², Carlos Dosil², David Facal³

Resumen

Las demencias suponen uno de los principales problemas sociosanitarios en la península ibérica derivado, no sólo de las dificultades de diagnóstico diferencial que conllevan y de las implicaciones en cuanto al abordaje terapéutico, sino también del coste socioeconómico que supone.

Entre los principales tipos de demencia figuran la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal con sus variantes, que muestran prevalencias diferentes según las series estudiadas. Todas ellas se caracterizan por el déficit progresivo de las funciones cognitivas, trastornos psicológicos y de conducta con gran repercusión en la función y en la socialización a medida que progresa el deterioro orgánico. Sin embargo existen matices en cuanto a la forma de inicio y los síntomas evolutivos, reflejado todo ello en criterios diagnósticos consensuados que se consideran de gran relevancia por lo que se refiere a la optimización de las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, así como a la selección de recursos de atención.

En este contexto, presentamos el caso de una mujer de 75 años con un cuadro cognitivo y conductual compatible con un diagnóstico de demencia, institucionalizada en un centro gerontológico y que plantea las diferentes hipótesis nosológicas empleando un análisis semiológico, los protocolos diagnósticos iniciales y de continuación, así como las principales opciones terapéuticas desde una perspectiva de intervención transversal que han contribuido a la deliberación sobre el caso.

Palabras clave: Demencia – Cuerpos de Lewy – Alzheimer – Frontotemporal .

ISSUE Nº1
DICIEMBRE
2017

Recibido:
14/06/2017

Aceptado:
28/08/2017

Abstract

Dementia represents one of the main problems in the public health sphere in the Iberian Peninsula, this is caused not only by the difficulties concerning differential diagnosis that implies and the implications in the way of approaching therapy, if not the cost that this represents to the public health system.

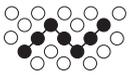
Between the main types of dementia are listed Alzheimer's disease, Vascular dementia, Dementia with Lewy bodies and Frontotemporal Dementia with

all its versions, which show different prevalence depending on the studied series. All of them are characterized for the progressive deficit of the cognitive functions, psychological and behavior disorders with great repercussion in the function and socialization as the organic syndrome progresses. However, there are aspects regarding the starting and the evolutive symptoms, all reflected in diagnosis criteria which are considered of great relevance in the matter of optimizing the pharmacological and non pharmacological therapeutic options as well as the selection of attention resources

(1) Médica Interna Residente Medicina de Familia. Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto. Braga. Portugal.

(2) Equipo Transdisciplinar. Centro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga. Lánca. Lugo.

(3) Dr. Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Universidad de Santiago de Compostela.



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

In this context, we present the case of a 75 year old woman with symptoms that can be diagnosed as dementia, institutionalized in a gerontological institution, it considers the different nosological hypothesis analysing the different symptoms and therapeutical options.

Key words Dementia – Lewy Body – Alzheimer – Frontotemporal

Introducción

El concepto demencia designa un grupo de patologías caracterizadas por un deterioro significativo que afecta a uno o más dominios cognitivos (atención, función ejecutiva, lenguaje, memoria, capacidades perceptivas y psicomotriz, o la cognición social), y que presenta dispares trastornos psicológicos y de conducta, con gran repercusión en la función en comparación con el nivel anterior del individuo. Es considerado como un síndrome complejo asociado a varias etiologías.

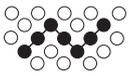
Con una población que envejece, este problema adquiere cada vez más relevancia, dada la alta prevalencia de la enfermedad. Las estimaciones del año 2010 sugerían que la población mundial con demencia superaba los 36 millones de personas, con una previsión al año 2020 de hasta 66 millones de personas. La realidad es que en el año 2015 a nivel mundial la patología demencia está presente en aproximadamente 47 millones de personas, es decir, la población de España (World Alzheimer Report, 2015, World Alzheimer Report, 2016). En Europa Occidental existían en el año 2010, 9.95 millones de personas afectadas por demencia, con una proyección al año 2050 de 18.65 millones, con una prevalencia de 7.1 %. Países como Francia e Italia contaban con más de 1.1 millones de personas diagnosticadas, mientras que es España se estima que son entre 600.000 y 800.000 los afectados (Reynish et al, 2012).

La cuatro subtipos más comunes en orden de frecuencia son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Sin embargo se debe ser prudente a la hora de hacer estimaciones sobre la proporción de la prevalencia de cada uno de los tipos pues se basan en diagnósticos de probabilidad clínica que siguen criterios consensuados pero que dependen del momento del diagnóstico y de la evolución individual de la sintomatología. Con las tecnologías de las que disponemos en este momento, los estudios

neuropatológicos indican que las formas “mixtas” son más comunes que las formas “puras”, particularmente en los casos de enfermedad de Alzheimer con patología vascular y enfermedad de Alzheimer con presencia de cuerpos de Lewy difusos (Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study, 2001).

En una serie de casos con diagnóstico de demencia de más de 1.000 autopsias, un 86% de la muestra tenían una patología relacionada con la enfermedad de Alzheimer, pero sólo un 43% cumplían criterios de enfermedad de Alzheimer pura, mientras el 26% tenían una mezcla de demencia tipo Alzheimer y patología cardiovascular, y 10% presentaban la enfermedad de Alzheimer con cuerpos de Lewy a nivel cortical. Además, la demencia frontotemporal tendía a ser mal diagnosticada en vida de los sujetos como enfermedad de Alzheimer (Jellinger, 2006). Un estudio comunitario observó la relativa frecuencia de distintas formas de demencia con los siguientes resultados: enfermedad de Alzheimer (41%), demencia vascular (32%), demencia en la enfermedad de Parkinson (3%), demencia frontotemporal (3%), y demencia con cuerpos de Lewy (8%) (Stevens et al., 2002). El meta análisis EURODEM sobre estudios de los años 90 facilitó las proporciones específicas a la edad y al sexo en la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. El estudio mostró que la proporción de Alzheimer entre las mujeres se mantuvo constante en alrededor de un 70%, mientras que entre los hombres aumentó progresivamente de 38% (entre 65-69 años) a 80% (mayores de 90 años) (Lobo et al., 2000). Por otra parte, algunos estudios indican que la demencia frontotemporal podría ser un subtipo frecuente de inicio de la demencia en la enfermedad de Parkinson, especialmente en hombres, entre quienes sería el subtipo más común hasta los 55 años (McGonigal et al., 1993).

El abordaje integral de las demencias incluye el diagnóstico de inicio, la diferenciación entre los subtipos de enfermedad y la optimización terapéutica tempranos. Esto no siempre resulta sencillo pues, aunque existen criterios consensuados, la realidad clínica muestra la gran heterogeneidad sintomatológica y, sobre todo, la evolución dispar y altamente individual. En este contexto, la existencia de un consenso sobre los criterios diagnósticos de las demencias cobra especial relevancia. Así, el “National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)” o la “American Psychiatric Association” plantean la conveniencia



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

de, para lograr diagnósticos de consenso, se empleen criterios consensuados a nivel internacional. De esta forma, los criterios señalados hacen hincapié en la forma de inicio, las manifestaciones evolutivas y las peculiaridades de cada uno de los principales tipos de demencia.

Los distintos tipos de demencia presentan síntomas comunes de incidencia variable en tiempo y severidad que incluyen los déficits cognitivos y las manifestaciones neuropsiquiátricas con diferencias sutiles según el tipo de enfermedad, además de la evolución funcional y sus repercusiones sociales. Por lo tanto, para un diagnóstico diferencial de las demencias, el uso de criterios diagnósticos contrastados es esencial pues se apoyan en la observación clínica y en la realización de un protocolo de despistaje que emplea métodos clínico-biológicos y herramientas de evaluación cognitiva, neuroconductual, funcional y social.

Son múltiples las posibilidades testológicas con el fin de conocer en profundidad los síntomas cardinales y proceder a un diagnóstico probabilístico acertado. En nuestro entorno, el Grupo de Avaluación Cognitiva y Neuropsicológica (GACN), de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), en su “Documento técnico de consenso de la SGXX sobre herramientas de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros gerontológicos”, reflexiona sobre la necesidad de “establecer un protocolo de evaluación básico que: a) permita una aproximación de lo general a lo particular, que se estima fundamental en el contexto de la valoración geriátrica y gerontológica; b) que sirva para maximizar la efectividad y eficiencia de la valoración cognitiva, teniendo en cuenta la sensibilidad, adecuación a la persona mayor y encaje en el funcionamiento de los centros; c) cuyo proceso de validación permita garantías en la aplicación de los tests, aún cuando carezcamos de baremos específicos para la población gallega”. Como aspectos relevantes en la propuesta se consideran, la inclusión de familiares y cuidadores en el proceso de valoración, el empleo de instrumentos baremados y validados, la selección de tests de evaluación cognitiva adecuados considerando la sensibilidad al cambio de los instrumentos y la reserva cognitiva de los pacientes, la inclusión de la evaluación de los trastornos conductuales y psicológicos (Facal et al., 2015).

El abordaje terapéutico de las demencias incluye estrategias farmacológicas y no farmacológicas. En el primer caso, existen fármacos específicos para el tratamiento sintomatológico de las demencias a través de inhibidores de la acetilcolinesterasa (Mattews et al

2000, Burt T. 2000, Feldman et al. 2001,) y el agonista del receptor de glutamato NMDA, Memantina, (Tariot et al. 2004. Reisberg et al. 2003) con resultados modestos en cuanto al objetivo de remisión de los síntomas cognitivos, no así en cuanto a potencial retraso en la evolución de la enfermedad y en la incidencia de síntomas psicológicos y conductuales (Mega et al. 1999, Cummings et al 2000, Caamaño 2003). Para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, también llamados síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD), complejo, se requiere de otros tipos de fármacos diferentes a los anteriores, de modo que se emplea una amplia gama de grupos terapéuticos que incluyen antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos de diferente naturaleza (Bourin & Vercelleto 1999. Teri et al ., 2000. Veiga Fernández et al., 2000. Street et al., 2001).

Variadas son las propuestas de intervención no farmacológica empleando diferentes estrategias que combinan programas individuales y grupales orientados al paciente, que incluyen sistemas de potenciación mnésica, orientación a la realidad, terapia del lenguaje, animación estimulativa, o rehabilitación de actividades de la vida diaria, además de los programas dirigidos a la familia o cuidadores principales que buscan ampliar el conocimiento sobre la enfermedad y la resolución de problemas concretos y el control de emociones (Balo & González-Abraldes, 2010). Además, se precisará un continuum en la toma de decisiones que incluirán también aspectos sociales, éticos y legales que van desde la capacidad de toma de decisiones en los momentos iniciales de la enfermedad, o cómo, en dónde y por quién quieren ser cuidados cuando la evolución de la enfermedad así lo exija, de modo que pueden dar lugar a que las personas afectadas hayan de precisar el uso de recursos comunitarios e institucionales para garantizar niveles de atención de calidad (Caamaño et al., 2007. Caamaño et al., 2017).

Caso

Mujer de 75 años. Diestra. Natural de área rural de la provincia de Lugo (Galicia). Emigrante en Suiza duante 4 años. Escolaridad: estudios elementales. Profesión: hostelería. Casada, 1 hijo varón.

Situación clínica al ingreso: institucionalizada en relación con un cuadro de demencia de más de 5 años de evolución, con componente cognitivo y conductual. La familia refiere inicio caracterizado por olvidos, amnesia para hechos recientes y trastorno de la marcha. La progresión de la enfermedad incluyó



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

pseudopercepciones auditivas, ideación delirante, conducta hostil, agitación y actividad desorganizada, además de afasia y disartria crecientes. Dificil control sintomático domiciliario a pesar del tratamiento psicofarmacológico, por su rechazo a la toma.

Aportan informes clínicos de los años 2015, con un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en estadio moderado y en tratamiento con Donepezilo y 2016 con un diagnóstico de Demencia degenerativa – posible enfermedad con cuerpos de Lewy diseminados – además de diferentes pautas terapéuticas (tabla 1).

Metodología

Una vez institucionalizada se procedió al registro de la información y el estudio de los informes clínicos y sociales aportados por la familia de la residente. Seguidamente se puso en práctica el protocolo habitual del centro en cuanto a valoraciones del equipo transdisciplinar, médicas y de enfermería, psicológicas, de terapia ocupacional y de fisioterapia, además de social.

El examen clínico de inicio se complementó con las siguientes herramientas: Mini-Examen Cognitivo (MEC), Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE), Escala de Cornell para depresión en demencias (ECDD), Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH), Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI), Escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados (APADEM-NH), Índice de Barthel para valoración de las actividades de la vida diaria, Escala de Tinetti para valoración de la marcha y el equilibrio, Timed Up and Go test y la Clinical Dementia Rating (CDR) (Arriola et al., 2001).

En la valoración posterior, el estudio se implementó utilizando el Memory Impairment Screen (MIS) (Buschke et al., 1999. Dechent et al., 2013) y el Inventario de Síntomas Prefrontales Abreviado (ISP20) (Ruiz-Sánchez et al., 2015), con la intención de objetivar memoria inmediata y atención, además de sintomatología prefrontal.

Resultados

Valoración clínica al ingreso en la institución: institucionalizada desde el mes de diciembre de 2016 con un diagnóstico de demencia y en relación a dificultades de soporte domiciliario condicionadas por los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de

la enfermedad.

Antecedentes Personales:

Demencia. Distimia. Artrosis de pequeñas articulaciones. HTA. Colecistectomía. Insuficiencia Vasculosa Periférica que motivó flebotomía. Cirugía ocular en relación a estrabismo.

- Examen Físico: Consciente. Orientada en persona. Desorientada en tiempo y espacio. Síndrome amnésico-afaso-apraxo-agnóstico. Discurso no coherente y defectual. Disartria y afasia. En el examen clínico se objetivó hiperreflexia osteotendinosa en miembros superiores e inferiores, temblor de miembros superiores, dificultades moderadas en la coordinación y marcha lenta con anteropulsión.

- Análisis hemático: protocolo de despistaje de demencias con parámetros dentro de la normalidad.

- Pruebas de neuroimagen: RMN Craneal, Mayo - 2014: "Importante atrofia cortico-subcortical y cerebelosa senil que se acompaña de escasas hiperseñales periventriculares, compatibles con leucoaraiosis grado 1. Atrofia de hipocampo. Dilatación de espacios de Virchow-Robin a nivel subcortical, en espacios perforados, así como perimesencefálicos, hallazgo no necesario patológico en este grupo de edad. No se identifican otras alteraciones significativas."

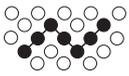
Los resultados de las subsiguientes evaluaciones cognitivas, psico-conductual y funcional se presentan en la tabla 2.

La evaluación ha mostrado resultados objetivos y observacionales y lo cierto es que la adaptación de la residente a la institución ha seguido un curso oscilante, principalmente en lo que concierne al plano psicológico y su conducta asociada, motivo por el cual el seguimiento del caso se planteó muy estructurado en lo formal.

Valoración clínica tras 4 meses de institucionalización:

Situación Actual: Dificultades de adaptación a la vida del centro con conductas erráticas y negativismo, agitación secundaria, heteroagnosia, conductas sexuales propositivas, tristeza y llanto, además de verbalización autolítica ocasional.

Examinada por la unidad de Psicogeriatría del Servicio Galego de Saúde en relación a los síntomas conductuales y psicológicos, se ajusta el tratamiento, reduciendo



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

Duloxetine a 30 mgs/24 horas, e incrementando Quetiapina a 75 mgs/24 horas.

- **Examen Físico:** Consciente. Orientada en persona. Desorientada en tiempo y espacio. Síndrome amnésico-afaso-apraxo-agnóstico. Discurso disartrico y afásico, dislexia, no coherente y defectual. En el examen clínico se objetivó hiperreflexia osteotendinosa, temblor de miembros superiores, dificultades moderadas en la coordinación y marcha lenta con anteropulsión y lateralización izquierda.

Los resultados de la segunda evaluación del equipo transdisciplinar se muestran en la tabla 2.

Dadas las dificultades para una valoración ágil, se procedió a emplear del MIS con la intención de verificar en un breve espacio de tiempo las dificultades de memoria inmediata a la vez que la atención y la fluencia verbal en una tarea muy breve pues la paciente se mostraba escasamente colaboradora. El resultado fue de 0 en recuerdo libre y 0 en recuerdo facilitado, debido a la distorsión atencional de la paciente.

Simultáneamente se empleó el Inventario de Síntomas Prefrontales Abreviado (ISP20), recogiendo la información, por observación, el médico del centro para consensuar con las opiniones del equipo técnico sobre el caso. Los resultados mostraron que de los 20 ítems que evalúa la herramienta, 11 fueron valorados como que ocurrían siempre o casi siempre (referidos a aspectos como falta de iniciativa, ausencia de capacidad de planificación y de toma de decisiones, déficit de concentración y de memoria, entre otras).

La ECDD mostró un resultado significativo fundamentalmente en todo lo relacionado con el humor y el ánimo, pero también en los ítems relativos a trastornos de conducta e ideacionales. Por lo que al NPI-NH respecta, las mayores puntuaciones se dieron en síntomas como disforia, ansiedad, agitación, apatía, desinhibición y conducta motora sin finalidad. La agitación general se expresó en crisis, sin embargo ítems del CMAI como la deambulación, la actividad inadecuada, y el negativismo se mostraron prevalentes.

Desde el constructo APADEM-NH (cuyos ítems evalúan déficit de pensamiento y de conductas autogeneradas, aplanamiento emocional-afectivo e inercia cognitiva), hemos determinado que uno de los síntomas de mayor reflejo en las emociones y la función de la paciente es la apatía.

Dos síntomas nos han parecido especialmente relevantes en el caso, la conducta propositiva sexual por desinhibición y su relación con la agnosia o la

prosopagnosia, y la ideación autolítica verbalizada con reiteración.

La evolución al mes de producirse el ajuste terapéutico farmacológico se valoró en reunión de equipo transdisciplinar considerándose tórpida, y una vez escuchadas las opiniones del familiar responsable se acuerda un reajuste progresivo del tratamiento entre los meses 2 a 5 del ingreso en el centro reduciendo Quetiapina a 25 mgs cada 12 horas e incrementando Duloxetine a 60 mgs cada 24 horas, con el objetivo de optimizar aquellas áreas susceptibles de mejora, entre ellas la adaptación al entorno, las relaciones interpersonales y la participación en las actividades propuestas por el equipo técnico. La impresión actual es que se ha logrado la reducción parcial de la sintomatología defectual y conductual, principalmente la actividad disruptiva y la agitación, asociadas a la mejoría emocional.

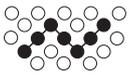
Discusión

En las demencias han de dilucidarse varios aspectos clave. En primer lugar lo relativo a diagnóstico y diagnóstico diferencial, en segundo lugar la evolución de la enfermedad en cuanto al deterioro cognitivo, las manifestaciones psico-conductuales y el déficit funcional, en tercer lugar, las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas y, en cuarto lugar, la adaptación de los recursos a las necesidades de la paciente y la familia.

Observando detenidamente el caso, los diagnósticos previos no concordantes y el seguimiento de la evolución de los cuatro últimos meses de cerca por el hecho de estar institucionalizada, nos planteamos si en realidad el diagnóstico podría ser o no correcto (aplicando criterios DSM-V) y, a partir de un debate prudente, intentar apuntalar las hipótesis diagnósticas.

No es el objetivo principal del equipo profesional de un centro gerontológico la realización de un diagnóstico etiológico, pues lo habitual es que eso ocurra en centros especializados empleando los procedimientos al uso. Sin embargo, si parece razonable la utilización de protocolos de evaluación y seguimiento recomendados en la literatura previo a la confección de un plan de intervención individualizado que optimice la asistencia en la institucionalización (Facal et al., 2015. Caamaño et al., 2007).

Así, creemos que las características evolutivas de la paciente en lo cognitivo, comportamental y funcional, podrían poner en duda el cumplimiento sensu estricto



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

de criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia con cuerpos de Lewy. No parece descabellado, pues, pensar en un diagnóstico de demencia frontotemporal en cualquiera de sus formas argumentado por tres observaciones importantes, la primera, la presencia de trastornos conductuales significativos en presencia de un rendimiento mnésico relativamente conservado aunque limitado por el déficit de atención y los síntomas psicológicos; la segunda, las características evolutivas de su capacidad de expresión y lenguaje y, finalmente, el declive funcional.

Los dos tipos de demencia en los cuales el trastorno del lenguaje se considera como un síntoma temprano son la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal, variante semántica. Sin embargo, en la primera el síntoma principal es la anomia, manteniendo un discurso fluido y con una gramática correcta, progresando hacia la reducción en la producción de palabras y las estereotipias verbales. En la segunda se produce un deterioro de memoria semántica con un lenguaje más o menos fluido que evoluciona hacia la pérdida de fluencia verbal, mostrándose un habla más forzada y entrecortada, vacilante y con parafasias (Snowden et al., 1996). Se objetiva un empobrecimiento general del conocimiento semántico con relativa preservación de la memoria autobiográfica (Snowden et al., 2002).

Son escasos los estudios que comparan las características semánticas de las demencias. En uno de ellos, que comparó pacientes con diagnósticos de enfermedad de Alzheimer y demencia semántica, los autores concluyeron que aunque ambos grupos presentaban un deterioro significativo de la información semántica, el grupo con diagnóstico de demencia semántica presentaba un mayor compromiso en las tareas que implican procesos de asociación semántica, afectándose no sólo la denominación y la categorización, sino también las relaciones entre los objetos reales (Rubinstein et al., 2014).

En el caso que presentamos, la evaluación cognitiva realizada, incluyó el MEC (Folstein et al., 1975), instrumento estructurado para la evaluación breve de funciones como orientación, memoria, concentración y cálculo, además de lenguaje y construcción. Permite discriminar síntomas incipientes de las demencias, aunque sin ser específico es de uso habitual en nuestro medio. Observamos un deterioro cognitivo que podría calificarse de moderado en la evaluación con el MEC, aunque más específicamente, los resultados

de los ítems de concentración y lenguaje mostraron peor rendimiento, lo que desde el punto de vista del déficit cognitivo podría apoyar nuestra hipótesis, entendiendo que las propias dificultades semánticas sesgarían presuntamente la evaluación rigurosa en cuanto al lenguaje.

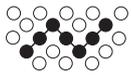
Para un diagnóstico diferencial más atinado tendríamos que disponer de resultados en las pruebas de neuroimagen más recientes además de proponer una valoración de mayor especificidad que incluya fluidez verbal, definición de categorías, denominación, reconocimiento y emparejamiento, empleando los instrumentos propuestos por diferentes autores (Rubinstein et al., 2014. Peraita 2006), sin embargo la escasa colaboración de la residente limitaría el logro del objetivo diferenciador aunque una vez estabilizada si parecería razonable una evaluación mas intensiva en cuanto a trastornos de lenguaje.

La presencia de SCPD en las diferentes demencias está suficientemente relatada en la literatura, tanto en lo referente a la descripción y tipificación como a la epidemiología de los mismos, siendo los más frecuentes la apatía, la depresión, la actividad inadecuada y la ansiedad (Reisberg et al., 1987. Gómez et al., 1995. Cummings & Kaufer, 1996. Caamaño, 2010. Moreno & De Avellanal, 2015).

En el caso motivo de este trabajo se ha reproducido la amplia gama de conductas y síntomas típicos de las demencias y, algunos, frecuentes en la demencia frontotemporal. Más concretamente estas observaciones apoyarían investigaciones que consideran que síntomas como la apatía y la depresión están asociados a un incremento de la prescripción de psicofármacos por períodos prolongados y a déficit funcional (Cerejeira et al., 2012. Benoit et al., 2008).

El empleo del ISP20, aunque metodológicamente poco ortodoxo, permitió una implementación de la información sobre el caso favoreciendo la discusión y su posible correlación con los resultados obtenidos en APADEM-NH (Agüera-Ortiz et al., 2011).

Las referencias a la conducta sexual y la ideación suicida en las demencias no son muy abundantes en la literatura científica. La conducta sexual en las personas mayores está condicionada por factores biológicos, y psicosociales. Entre los primeros, a la presencia de enfermedades cardiovasculares, neurológicas, metabólicas y psiquiátricas, se asocia el consumo de fármacos. Entre los segundos, influirán la historia



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

sexual previa, la disponibilidad de pareja sexual y la privacidad. Diferentes estudios muestran que el tipo de demencia con un cambio más significativo en la sexualidad se corresponde con las demencias que afectan al lóbulo frontal, como la demencia frontotemporal. Las conductas sexuales inapropiadas más habituales son de tipo verbal, fabulatorio, exhibicionismo, y actitudes desinhibidas en grado dispar. Se han observado diferencias en cuanto a modo de actividad sexual de manera que los pacientes con demencia tipo Alzheimer mostrarían conductas de mayor intimidad sexual mientras las demencias frontales se caracterizarían por la tendencia a una conducta desinhibida (Burns et al., 1990. De Medeiros et al., 2008. Hashmi et al., 2000).

Creemos que un factor que condicionaba la conducta sexual de la residente estaba en directa relación con el hecho de presentar un prosopagnosia de modo que a la falta de identificación de las facciones de su pareja se uniría la desinhibición propia de su estado por afectación frontotemporal. De todos modos no son descartables factores psicosociales como el miedo y la angustia que podría inducir conductas de aproximación protectora (Shapira & Cummings, 1989). Como es lógico, la presencia de conductas sexuales inapropiadas supone un factor de distorsión en una institución gerontológica que afectará a residentes, familiares y personal dándose situaciones de difícil manejo por lo sensible del tema y por las implicaciones éticas que conlleva. El abordaje de las conductas sexuales desinhibidas se realiza mediante tratamiento farmacológico con antidepresivos y antipsicóticos, además de programas de intervención no farmacológicos de perfil conductista en el residente, y geragógico en las familias y el personal del centro con el objetivo de adecuar las diferentes conductas al problema (Harris & Wier, 1998).

En las demencias, el estudio de ideación y praxis autolítica es complejo desde el punto de vista epidemiológico y desde el clínico. Sin embargo algunos autores apuntan toda una serie de factores de riesgo o predictores de suicidio en pacientes con demencia, que se resumen en sexo femenino, nivel educacional alto, profesión liberal, trastorno depresivo previo o asociado, demencia temprana, preservación del insight, diagnóstico reciente, historial de hospitalizaciones en unidades de psiquiatría y consumo de psicofármacos, siendo los métodos más empleados la intoxicación medicamentosa y las armas de fuego. Los mismos estudios consideran que la presencia de comorbilidad no incide en la frecuencia del suicidio y que la

institucionalización supondría un factor de protección (Purandare et al., 2009. Seyfred et al., 2011).

El déficit funcional se acrecentó, creemos, por las dificultades adaptativas de la residente y sus familia al entorno institucional, lo que no tiene un reflejo en el estadiaje de la enfermedad medido con la CDR. Este observación se apoya en el hecho de que en la valoración no estructurada se objetiva un juicio crítico parcialmente conservado motivo por el cual hemos adoptado una actitud terapéutica prudente.

Desde la perspectiva terapéutica, las opciones empleadas en la residente se han considerado adecuadas, dado que ha estado tratada con un IACE y Memantina, fármacos específicos para el control de los síntomas de las demencias. En términos farmacológicos, inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina (agonista del receptor de glutamato NMDA) son el tratamiento de primera línea para los síntomas de demencia, pero tienen una eficacia más limitado en la demencia semántica, que no tiene una clara evidencia de disfunción del sistema (Tariot et al., 2004. Reisberg et al., 2003).

En el caso de los SCPD se observa el empleo de diferentes líneas terapéuticas, hecho habitual en casos similares dado que la conducta presenta manifestaciones evolutivamente heterogéneas durante el proceso. De esta forma, nuestro caso podría considerarse el paradigma de las actuaciones farmacológicas en pacientes con demencia condicionadas por factores objetivos como el deterioro cognitivo cuantificable y por factores menos objetivos como la interpretación de los SCPD, el relato de la familia sobre el curso evolutivo de la enfermedad, o la disponibilidad de recursos económicos, infraestructurales y de optimización de espacios que garanticen la adecuada atención del caso. En este sentido son varios los autores que apuntan una cierta falta de consenso en el aboraje farmacológico de los SCPD en cualquier tipo de demencia, de modo que la heterodoxia terapéutica, cuando no la anarquía, parece la norma (Ballard & Howard, 2006. Nygaard et al., 2004. Schneider et al., 2006). No cabe duda, pues, de que el tratamiento de estos pacientes debe centrarse principalmente en el control de los síntomas conductuales y psicológicos y la construcción de una red de apoyo médico, psicológico y social.

Desde el punto de vista no farmacológico, las estrategias de primera línea se consideran las intervenciones cognitivas de diferente naturaleza, estimulación sensorial, técnicas de control de comportamiento



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

adaptadas a las características de la persona, la potenciación de las actividades de la vida diaria y el ejercicio físico. Es importante ser consciente de los factores externos potencialmente perturbadores tales como sub o sobreestimulación, el ruido, dolor, u otros estímulos ambientales (Fernández-Calvo et al., 2010. Millán-Calentí et al., 2016).

En el caso de la paciente, cremos que la escasa participación (debido a su conducta apática) en las actividades de implementación cognitiva que se le presentaron incide de manera relevante en la evolución, condicionado por el bajo rendimiento en tareas verbales y en actividades que precisen atención, aparte, obviamente de la conducta abigarrada. Igualmente relevante es proporcionar al paciente y el cuidador (familiar o profesional) toda la información necesaria sobre las características de la enfermedad, fuentes de apoyo y estrategias para afrontar o prevenir cambios conductuales y psicológicos. El ambiente en el que vive el paciente, debe ser modificado con el fin de adaptar a sus necesidades. Esta realidad implica cambios en los que los distintos grupos de interés han de centrarse en la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia.

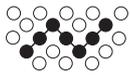
La progresión del deterioro global y sus efectos en la estructura familiar condicionó la decisión del empleo de un recurso protésico como es un centro gerontológico tras aproximadamente 5 años de evolución, hecho derivado fundamentalmente de la presencia continuada de síntomas conductuales de severidad manifiesta y del progresivo deterioro funcional. En este sentido cabe señalar que los recursos de atención a las demencias plantean tres objetivos: retrasar la progresión de los síntomas cognitivos, controlar o estabilizar las manifestaciones neuropsiquiátricas y mantener las capacidades funcionales, esto puede lograrse en centros de perfil comunitario como las clínicas de memoria o los centros de estancia diurna en fases precoces de la enfermedad, sin embargo, cuando la enfermedad progresa y el soporte sociofamiliar decae, la seguridad en los correctos cuidados puede lograrse con medidas como la institucionalización. Es evidente que no siempre es sencilla una decisión como supone el ingreso de un ser querido en un centro gerontológico, ahí influyen factores como la estructura familiar, aspectos sociolegales, y por supuesto, el estado de la persona objeto de institucionalización. La participación de los diferentes grupos de interés contribuirá a la deliberación sobre esta situación (Maside et al., 2011. Caamaño et al., 2007).

Conclusiones

- Se objetivan dificultades para el diagnóstico clínico preciso empleando los criterios actuales para la diferenciación de las demencias, especialmente en el caso de la demencia frontotemporal.
- De ser cierta nuestra hipótesis, la demencia frontotemporal, podría ser un subgrupo infravalorado epidemiológicamente.
- El caso que presentamos abunda en la discusión del paradigma cognitivo de las demencias frente a las manifestaciones psicológicas y conductuales en el sentido en el cual decisiones fundamentales para el sujeto parecen estar condicionadas por la evolución conductual y funcional, más que por la disfunción cognitiva.
- El abordaje terapéutico de las demencias, especialmente en aquellos casos con un componente conductual predominante, sugiere la configuración de nuevos planes de atención individualizada de tipo transversal que incluyan fármacos y programas terapéuticos y de adaptación de espacios contando con la intervención de los diferentes grupos de interés.
- El empleo de recursos muy protésicos está en directa relación con la presencia de síntomas conductuales evolutivos, de difícil control, y con el desarrollo de estrategias de atención en las que el binomio paciente-familia constituyan el centro del modelo con el objetivo de minimizar todo tipo de disfunciones a la par que humanizar la atención.

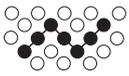
Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estadístico De Transtornos Mentais. DSM-V. 2013.
2. Moreno Toledo, A. & del Avellanal Calzadilla. Confabulación y demencia: a propósito de dos casos únicos. Neurama:Revista electrónica de Psicogerontología. Volumen 2. Issue 2. Dic 2015. 15-23.
3. Aránzazu Balo García, Isabel González-Abraldes Iglesias. Intervención no farmacológica y con cuidadores. En: Gerontología y Geriátría. Autor: Millán Calentí. Ed. Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-266-5. 2010. 303-319.
4. Arriola E., Yanguas FJ., Leturia FJ. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Cáritas Española Editores. 2001.
5. Ballard C, Howard R. 2006. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. Nat Rev Neurosci 7(6): 492-500.
6. Belén Maside Oliete, José Caamaño Ponte, Manuel Gandoy Crego. Atención a la enfermedad de Alzheimer: perspectiva bioética. AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. 2011. Año 11. n) 4. Diciembre 2011.
7. Bernardino Fernández-Calvo, Israel Contador, Adriana Serna,



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

- Virginia Menezes De Lucena y Francisco Ramos. Efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 15, N) 2, 115–123. 2010.
8. Bourin M & Vercelleto M. Treatment of mood and behavioral disorders in Alzheimer's disease. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 1999; 9 (3): 118–125.
 9. Burns, A.; Jacoby, R. y Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of Behavior. *British Journal of Psychiatry*, 157(7): 86–94.
 10. Burt T. Donepezil and related cholinesterase inhibitors as mood and behavioral controlling agents. *Current Psychiatry Reports* 2000; 2: 473.478.
 11. Buschke, H., Kuslansky, G., Katz, M., Stewart, W., Sliwinski, M., & Eckholdt H. (1999). Screening for dementia with the memory impairment screen. *Neurology*, 52(2), 231–238.
 12. Claudia Dechent Rivera, Agnieszka Bozanic Leal et al. Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria. *Rev Chil neuropsicol* 8 (2): 46–49, 2013.
 13. Cummings JL, Donohue JA, Brooks RL. The relationship between donepezil and behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 134–140).
 14. Cummings JL, Kaufer DI. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: the cholinergic hypothesis revisited. *Neurology* 1996; 47: 87683.
 15. David Facal, Romina Mouriz Corbelle, Aranzazu Balo-García, Isabel González-Abraides, Xosé Caamaño Ponte et al. "Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia." Referencia REGG-D-14-00076R1. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Vol. 50. Núm. 02. Marzo 2015 – Abril 2015.
 16. De Medeiros, K.; Rosenberg, P.B.; Baker, A.S. y Onyike, C.U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4): 370–7.
 17. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E & the Donepezil MSAD Study Investigators Group. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001; 57: 613–620.
 18. Folstein, M. F., Folstein, S. E. and 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, 189–198.
 19. Grupo de Avaliación Cognitiva e Neuropsicolóxica da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría. "Documento técnico de consenso de la SGXX sobre herramientas de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros gerontológicos". SGXX 2017.
 20. Hashmi, F.H.; Krady, A.L.; Qayum, F. y Grossberg, G.T. (2000). Sexually disinhibited behavior in the cognitively impaired elderly. *Clinical Geriatrics*, 8(11): 61–8.
 21. Harris, L. y Wier, M. (1998). Inappropriate sexual behavior in dementia: A review of the treatment literature. *Sexuality and Disability*, 16(3): 205–17.
 22. H Peraita Andradós. Batería de evaluación de la memoria semántica en demencia tipo Alzheimer. (EMSDA; Peraita, González-Labra, Sánchez Bernardos, Galeote, 2000 y 2001): algunos aspectos aclaratorios y complementarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2006, Vol 11 (2), 115–122.
 23. Jellinger KA. Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly - an update. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2006, 9 (3 Suppl): 61–70.
 24. J. Cerejeira, L. Lagarto, E. B. Mukaetova-Ladinska. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*. May 2012. Vol 3. Article 73. 1–21
 25. José Caamaño Ponte, Miguel Vilas Martínez. "Motivadores de selección y adquisición de recursos y servicios socio-asistenciales para personas mayores en situación de dependencia". AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 7. n) 4. Diciembre 2007.
 26. José Caamaño, PF Lois, I Alonso, G Barral, R Beis, E Somo. Estrategias de atención a enfermos psicogeriatricos: de los centros de día como recurso comunitario a las Unidades psicogeriatricas avanzadas en centros gerontológicos. AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 7. n) 1. Abril 2007.
 27. José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz. Innovación Social en la Enfermedad de Alzheimer. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología*. Volumen 4. N) 1. 2017.
 28. José Carlos Millán-Calenti, Laura Lorenzo-López, Begoña Alonso-Búa, Carmen de Labra, Isabel González-Abraides, and Ana Maseda.. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 175–184.
 29. José Luis Caamaño Ponte. "Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer". Universidade da Coruña. 2003. ISBN - 978-84-692-8212-C. Base Datos TESEO.
 30. José Luis Caamaño Ponte. Trastornos psicológicos y conductuales. En: *Gerontología y Geriatría*. Autor: Millán Calenti. Ed. Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-266-5. 2010. 270–23
 31. José M. Ruiz-Sánchez de León, Eduardo J. Pedrero-Pérez, Sonia Gálvez, Laura M. Fernández-Méndez, Paz Lozoya-Delgado, Utilidad clínica y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Rev Neurol* 2015; 61 (9): 387–394.
 32. Lisa S Seyfried et al. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimer's & Dementia. The journal of the Alzheimer's association*.
 33. Lobo A et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology*, 2000, 54 (11, Suppl 5): S4–S9.
 34. Luis F. Agüera-Ortiz, Isabel Cruz-Orduña, M. Isabel Ramos-García, Meritxell Valentí-Soler, Nuria Gil-Ruiz, Ricardo M. Osorio-Suárez, José L. Dobato, Javier Olazarán-Rodríguez, Beatriz León-Salas, Pablo Martínez-Martín. Proceso de creación de la escala APADEM-NH para la medición de la apatía en pacientes con demencia institucionalizados. *Psicogeriatría* 2011; 3 (1): 29–36.
 35. M. Benoit et al. Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotropic prescription. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 409–4014.
 36. McGonigal G et al. Epidemiology of Alzheimer's presenile dementia in Scotland, 1974–88. *British Medical Journal*, 1993, 306 (6879): 680–683.
 37. McKhann G et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*. (2011) 1–7.
 38. Mega MS, Masterman DM, O'Connor SM, Barclay TR, Cummings JL. The spectrum of behavioral responses to cholinesterase inhibitor therapy in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1999; 56: 1388–1393.
 39. MJ. Gómez, J. Caamaño, D. Vinagre et al. Cognitive and Non-cognitive profiles in cerebrovascular disorders and senile



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

- dementia: a neuropsychological study. *Neurogerontology & Neurogeriatrics* 1995, vol. 1. 107-118.
40. National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA). Accessed in Medscape (www.medscape.com). April 2017.
 41. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Lancet*, 2001 357 (9251): 169-175.
 42. Nygaard HA, Ruths S, Straand J, Naik M. 2004. Not less but different: psychotropic drug utilization trends in Norwegian nursing homes during a 12-year period. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Aging Clin Exp Res* 16(4): 277-282.
 43. Purandare N, et al. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *Br J Psychiatry*, 2009 Feb; 194(2): 175-80.
 44. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas, A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987; 48, 9-15.
 45. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, Schmitt F, Ferris S, Möbius H. Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2003;348:1333-41.
 46. Reynish E et al. EUROCODE: Report of WP7 2006. Prevalence of dementia in Europe. Alzheimer Europe, 2006.
 47. (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/eurocode.pdf, accessed 4 February 2012).
 48. Rubinstein, W., Martínez, M, & Grasso, L (2014). Demencia semántica y demencia tipo Alzheimer ¿Igual rendimiento en tareas semánticas? *CES Psicología*, 7(1), 1-15.
 49. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. 2006. Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(3): 191-210.
 50. Shapira, J. y Cummings, J.L. (1989). Alzheimer's disease: Changes in sexual behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 23(6): 32-5. Szasz, G. (1983). Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(7): 407-11.
 51. Snowden, J. S., Goulding, P. J., & Neary, D. (1989). Semantic dementia: a form of circumscribed cerebral atrophy. *Behavioural Neurology*, 2, 167-182.
 52. Snowden, J. S., Neary, D., & Mann, D. M. A. (2002). Frontotemporal Dementia. *Br J Psychiatry*, 180(2), 140-143.
 53. Stevens T et al. Islington study of dementia subtypes in the community. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 180: 270-276.
 54. Street JS, Clark WS, Kadam DL, Mitan SJ, Julian BE, Feldman PD, Breier A. Eficacia a largo plazo de olanzapina en el control de los síntomas psicóticos y de la conducta en demencia por Alzheimer ingresados en residencias. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: S62-S71.
 55. Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000; 55 (9): 1271-1278.
 56. Veiga Fernández F, Herráiz ML y el Grupo para el Estudio de la Risperidona en la Demencia. La risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos y trastornos de la conducta en pacientes con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (2): 94-101.
 57. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence cost and trends. Alzheimer's Disease International. 2015.
 58. World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International. 2016.

Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

Tabla 1. Indicaciones terapéuticas aportadas al ingreso en el centro.

Fármaco	Julio 2015*	Septiembre 2016**	Diciembre 2016
Donepezilo 10	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Memantina 10	1-0-1	1-0-1	1-0-1
Duloxetina 60	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Zolpidem 10	0-0-1	-	-
Clonazepam 0.5	0-0-1	0-0-1	0-0-1
Nicardipino R	1-0-0	-	1-0-0
Adiro 100	0-1-0	0-1-0	0-1-0
Glucosamina 1500	1-0-0	-	-
Omeprazol 20	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Sertralina 50	-	1-0-0	1-0-0
Lorazepam 1	-	0-0-1	0-0-1
Quetiapina 25	-	0-0-1	0-0-1
Atenolol 50	-	½-0-0	½-0-0
Hidroferol ampollas	-	-	1 semanal

Nota: * Como recomendaciones figuran dieta normal. Vida normal y activa con la supervisión que precise.
** Se recomienda que acuda a un centro de día para rehabilitación cognitiva. Se retira Amitriptilina 10.

Tabla 2. Resultados de las 2 valoraciones efectuadas como seguimiento del caso.

Resultados de la valoración progresiva	
1ª Evaluación	2ª Evaluación
Social* - OARS= 2	
Cognitiva - MEC= 13/35 - SMMSE= 19	Cognitiva - MEC= 7/35 - SMMSE= 19
Psicológica y Conductual - ECDD= 14 - NPI-NH= 29 - CMAI= 34 - APADEM-NH= 24	Psicológica y Conductual - ECDD= 22 - NPI-NH= 49 - CMAI= 52 - APADEM-NH= 17
Funcional - Barthel= 50 - Tinetti= 27 - Timed Up and Go test= 1	Funcional - Barthel= 60 - Tinetti= 14 - Timed Up and Go test= 3
Estadiaje - CDR 3	Estadiaje - CDR 3

* OARS: Escala de Recursos Sociales



“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores

Magdalena Bugge¹, Yesica Coullery², Andrés Pereira³, Manuela Propato⁴, Gastón Sena⁵,
Florencia Fontana⁶

Resumen

Este trabajo trata acerca de un taller recreativo y de estimulación cognitiva para adultos mayores en un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires de la República Argentina. Se reflexiona acerca de los movimientos realizados en el grupo, a lo largo de su transcurrir en el taller a través del tiempo. Los mismos se relacionan con cambios en relación a las demandas al equipo coordinador, el afianzamiento de redes y vínculos al interior del grupo y con un mayor desarrollo y riqueza de las producciones grupales tanto orales como escritas, sobre todo en relación a la posibilidad de modelar y fantasear.

Palabras Clave: estimulación cognitiva - adultos mayores - demandas grupales

Abstract

This paper is about a recreational and cognitive stimulation workshop for older adults in a Health Center of the City of Buenos Aires of Argentina.

It reflects the movements made in the group throughout time. These movements are related to changes in relation to the demands towards the coordinating team, the strengthening of networks and links within the group's members and with a greater development of oral and written group productions, especially in relation to the possibility to model and fantasize.

Keywords: cognitive stimulation - older adults - group's demands

¿Qué cuántos años tengo? (...)

La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.

Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso o lo desconocido...

Pues tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.

(José Saramago- “Un poema sobre la vejez”)

Introducción

Se tratará la experiencia realizada durante dos años como coordinadores de un taller de estimulación de la memoria para adultos mayores, “Taller de las Buenas Ondas” (en adelante TBO), desarrollado en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 12 (CeSAC N° 12) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA) en la República Argentina. El mismo, depende del Área Programática¹ del Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano de dicha Ciudad.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2017

Recibido:
03/07/2017

Aceptado:
30/08/2017

(1) Lic. en Sociología. Jefa de residentes de la RIEPS - maiabugge@gmail.com

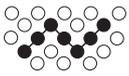
(2) Lic. en Psicología. Residente de 3er año de la RIEPS - yesica.coullery@gmail.com

(3) Prof. en Antropología- Residente de 3er año de la RIEPS - andres.m.pereira@gmail.com

(4) Lic. en Ciencias de la Educación. Residente de 2do año de la RIEPS - manuprop@hotmail.com

(5) Lic. en Ciencias de la Comunicación. Residente de 1er año de la RIEPS - grouchista@gmail.com

(6) Lic. en Sociología. Residente de 1er año de la RIEPS - fontanafb@hotmail.es



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

Este dispositivo, que consiste en encuentros recreativos y de estimulación cognitiva para personas adultas mayores, comenzó a ponerse en práctica en el mes de julio del año 2015 y es impulsado hasta la actualidad por el equipo de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (en adelante RIEPS). La misma plantea la formación en servicio de profesionales de diferentes disciplinas, tales como las de los autores del presente escrito, en acciones de prevención de enfermedades, educación y promoción de la salud.

El territorio geográfico del Área Programática del Hospital Pirovano está ubicado en el norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta región residen los sectores sociales de más altos ingresos y de mayor cobertura de salud de la Ciudad.

La composición demográfica de esta Área, al igual que la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se caracteriza por su creciente envejecimiento: el 22,3% de la población tiene 60 años y más².

El equipo RIEPS consideró importante el desarrollo de un proyecto de prevención de enfermedades y promoción de la salud orientado a la población adulta mayor debido a la caracterización demográfica del Área y al hecho de que el CeSAC N° 12 no contaba con un dispositivo de esta índole. En este sentido, se buscó complementar el trabajo asistencial desarrollado por los profesionales de salud con esta población. Plantear las intervenciones de salud en estas dimensiones es solidario con lo planteado en la Ley Básica de Salud N° 153/99 que rige el sistema de salud de CABA. La misma toma el concepto de salud integral, vinculándola no sólo a la atención médica, sino a la “satisfacción del conjunto de necesidades de las personas, tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”. También plantea la “participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo” (Ley N° 153/99).

Partiendo de la concepción de salud mencionada anteriormente y de la perspectiva de “envejecimiento activo” planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentan en este trabajo algunas reflexiones acerca del proceso grupal realizado por los

participantes del taller, centrándonos específicamente en la transformación de la demanda del grupo hacia el equipo coordinador durante el transcurso por el mismo.

Desde dónde nos posicionamos...

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la OEA (2015) plantea el envejecimiento como “activo y saludable”. En este sentido, define al mismo como el “Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones” (OEA, 2015).

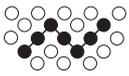
Siguiendo lo planteado por dicha convención, nuestra propuesta de trabajo se enmarca también en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), cuyos pilares fundamentales, definidos por la OMS (1978) son: la integralidad de las prácticas en el campo de la salud, la importancia del trabajo interdisciplinario, la participación de la comunidad en lo concerniente a la producción de salud, y el acercamiento de las acciones preventivo- promocionales a los espacios donde los diversos grupos viven su cotidianeidad. Esta estrategia es fundamental para garantizar el derecho a la salud de la población y para intervenir sobre los determinantes sociales de la misma.

Incorporando estas perspectivas acerca de la salud y el envejecimiento, el taller se propone como tarea principal la estimulación cognitiva, teniendo en cuenta las diversas dimensiones del proceso de envejecimiento. Por esto, es necesario sostener una mirada interdisciplinaria que complejice la lectura de las demandas y necesidades de los adultos mayores y que además permita realizar intervenciones más allá de lo meramente cognitivo.

Otra de las bases conceptuales del equipo reside en el énfasis en la promoción de la salud en sus prácticas.

(1) El Área Programática brinda cobertura a la población que habita en el área de su responsabilidad con sus características propias, demográficas y sanitarias, tratando de satisfacer sus demandas de salud a través de programas de Atención Primaria de la Salud, de acciones de Vigilancia Epidemiológica y Atención Médica.

(2) <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>



“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores.

La promoción de la salud se define, tradicionalmente, de una manera más amplia que la prevención de enfermedades, porque se refiere a intervenciones en un sentido positivo, que “no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales.” (Leavell & Clark, 1976, p.19).

La promoción de la salud hace referencia al fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud (Czeresnia, 2008). En este sentido, cobra relevancia el diseño de actividades para los adultos mayores que no sólo se orienten a prevenir el declive cognitivo causado por el envejecimiento normal, sino también promuevan la reflexión y la construcción de herramientas para poder enfrentar la multiplicidad de condicionantes de la vejez.

El diseño de proyectos orientados a la promoción de la salud de los adultos mayores presenta diferencias frente a propuestas basadas solamente en acciones preventivas, ya que los mismos también apuntan a acciones que promuevan la participación y cambios a nivel individual, familiar, comunitario, y/o institucional (Mora y Araujo, 2008). De esta forma, es necesario abandonar el tradicional enfoque del experto que otorga instrucciones y recomendaciones a un adulto mayor, que las recibe pasivamente, para ubicarse como un actor social más que ofrece conocimientos y herramientas a la comunidad a fin de realizar las actividades en forma conjunta. Esta perspectiva de trabajo considera a las personas como sujetos con capacidad para construir conocimientos, y en base a los mismos, significar, valorar y dar sentido a su mundo y a su práctica.

Por ello partimos desde el reconocimiento de los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen, como así también los principios de independencia, participación, dignidad, cuidado y realización de los propios deseos. Este enfoque busca eliminar la discriminación y reconocer la diversidad existente en la manera en que envejecen las personas y las poblaciones, como parte del proceso de producción de acciones e intervenciones específicas para la población adulta mayor.

Para poder llegar a la diversidad de expresiones que implican la vejez y el envejecimiento es necesario

pensar en prácticas integrales que tomen en cuenta los modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, y de afrontarlo.

Repensando la vejez...

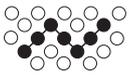
Tradicionalmente la vejez ha sido representada a partir de las nociones de jubilación, dependencia y enfermedad. En los últimos años se ha comenzado a transformar esta concepción, dado que los avances de la medicina han aumentado la esperanza de vida, y las exigencias actuales han modificado esta etapa de la vida: un número significativo de adultos mayores continúan participando en el mercado laboral (formal o informalmente), en el trabajo doméstico, en el cuidado de otras personas o en otras actividades por cuenta propia. Es decir, las representaciones negativas acerca de la vejez no se corresponden necesariamente con la vida cotidiana de las personas.

Tal y como lo plantea la gerontología crítica, la vejez es una construcción social, además de un fenómeno psicobiológico. Por lo tanto, son los condicionantes psico-sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores (Aranibar, 2001). Este proceso no es idéntico para todos, sino que existen diferencias según el género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el contexto social, los modos de vida y el impacto de los acontecimientos histórico-sociales que afectan el curso de la biografía personal.

Los prejuicios, estereotipos y representaciones sobre la vejez son históricos, sociales e ideológicos y están en interrelación con la idea de juventud. Vejez y juventud se constituyen en pares antitéticos, en que la vejez tiene una connotación negativa mientras que la juventud es el ideal al que aspira gran parte de la sociedad.

La reproducción de un conjunto de prejuicios y percepciones negativas estereotipadas sobre la población adulta mayor, denominado por R. Iacub (2011) “viejismos”³, también está presente en la percepción de los adultos mayores sobre sí mismos. La eficacia de estas representaciones reside en su carácter implícito y subyacente, y tiene implicancias en la autoestima de estas personas, ya que “los significados socialmente establecidos inciden en la construcción de las identidades en tanto esos códigos funcionan como

(3) Algunos ejemplos que circulan socialmente: las personas mayores son asexuales o sobresexualizadas (“viejo verde”); que tienen pensamiento rígido y poca posibilidad de cambio; se comportan como niños y son dependientes; que no entienden, son “viejos gaga”; entre otros.



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

descriptores que modelan a los sujetos.” (Iacub, 2011, p.34). Por este motivo, el equipo se propone tener una mirada reflexiva que permita cuestionar los discursos y sentidos acerca de la vejez y que colabore a que los participantes pueden cuestionar dichos significados y reconsiderar las identidades socialmente conformadas (Iacub, 2011).

El modo en que se concibe a la vejez conlleva determinadas maneras de intervenir en las problemáticas de este rango etario. Desde nuestra perspectiva de trabajo, las actividades planteadas, no son un fin en sí mismo, sino que deben responder a las necesidades y demandas de las personas destinatarias, es decir, una propuesta tiene que definir objetivos específicos y plantear actividades adecuadas para favorecer la reflexión y un aprendizaje significativo para los adultos mayores.

¿Cómo diseñamos los talleres?

El taller consiste en encuentros grupales con adultos mayores de una hora y media de duración con frecuencia semanal. Los mismos se llevan a cabo durante todo el año con un receso de verano, durante los meses de enero y febrero. El mismo se lleva adelante desde el año 2015 y, en la actualidad, el grupo está compuesto por aproximadamente 30 participantes cuya edad oscila entre los 60 y 90 años.

Desde el equipo definimos un taller como un “espacio de encuentro en el que un grupo de personas se reúne para pensar y aprender sobre distintas temáticas de una forma activa y creativa. Permite fortalecer la participación, la reflexión, la cooperación y la comunicación.” (Guía de Dispositivos de Intervención en Educación para la Salud, 2013, p. 20).

En este sentido, se busca conformar un espacio de pertenencia para propiciar la construcción y el fortalecimiento de los vínculos y redes sociales, como así también fomentar la accesibilidad al CeSAC y al sistema de salud. Este último concepto refiere al vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000)

La metodología utilizada contempla dos líneas de trabajo: por un lado, estimulación cognitiva, y por otro, actividades que permitan compartir y reflexionar sobre distintas situaciones que se atraviesan en la vejez. Estas

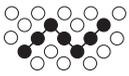
dos líneas cobran mayor o menor énfasis de acuerdo a los objetivos planificados para cada encuentro. Se desarrollan actividades individuales y grupales, y, de esta manera, se busca reforzar los lazos del grupo y el aprendizaje colectivo. La modalidad de los encuentros conlleva el uso de recursos didácticos tanto lúdicos como artísticos, que incluyen actividades con textos literarios, dramatizaciones, música, expresión corporal, cine-debate, entre otros, mediante los cuales se busca propiciar el intercambio de saberes, pensamientos, sentimientos y vivencias de cada participante.

“Se hace camino al andar”: transformación de la demanda de los adultos a lo largo del recorrido del taller.

Pichon Rivière planteó que la tarea grupal se lleva a cabo simultáneamente en dos planos: uno temático y otro dinámico. El plano temático es el relacionado al tema o contenido a abordar. En cambio, el plano dinámico se relaciona con los aspectos emocionales, vinculares, los modos en que el grupo va enfrentando los obstáculos y ansiedades que se le presentan en su tarea. (Aguiló y Losada, 2015). Es importante tener en cuenta que ambos planos presentan el mismo nivel de importancia en el trabajo grupal y es por ello que deben abordarse juntos. Como destacan Aguiló y Losada es fundamental “prestar atención a la dinámica grupal, en el sentido de cómo y desde qué inter-juego de roles el grupo afronta los obstáculos al aprendizaje. Las ansiedades saludables, las resistencias, los momentos grupales de estar centrados/as en la tarea y ser productivos/as, resolviendo e integrando” (Aguiló y Losada, 2015, p. 7), porque si los mismos no se elaboran pueden manifestarse como obstáculos a la tarea. Es por ello que es de interés del equipo, en esta oportunidad analizar algunos de los movimientos del grupo de adultos mayores que han acontecido a lo largo de su participación en el taller, tanto a nivel dinámico como temático, siempre mutuamente interrelacionados. Tomaremos como eje organizador de esta reflexión el movimiento en las demandas de los participantes del taller a la coordinación a lo largo del transcurso de su participación en el mismo.

Al comenzar el TBO las principales demandas que circulaban en el discurso de los participantes giraban en torno a la recuperación de la memoria en términos instrumentales. Algunas de las frases que hemos registrado de los primeros encuentros:

“Vengo porque noto que me falla la memoria” / “Vine porque no tengo memoria para nada” / “Necesitamos



“Enlazando ideas, tejiendo vínculos”: acerca de la dinámica grupal en un taller para adultos mayores.

cariño, comprensión, ejercitar la memoria” / “Curioso de conocer la técnica dado que estoy con inconvenientes con la memoria.” / “Vine con la ilusión de aprender, porque a veces me olvido, dejo la pava en el fuego.”

A partir de la explicitación de la modalidad de trabajo y su fundamentación por parte del equipo coordinador, así como también de la realización de las diversas actividades (lúdicas, artísticas, reflexivas, corporales, etc.) en que se puede ejercitar la memoria y otras funciones cognitivas, se logró ensanchar las concepciones que traía el grupo acerca de la memoria y su forma de ejercitarla.

A lo largo de los encuentros se han ido sucediendo distintas intervenciones por parte de la coordinación y manifestaciones/momentos del grupo que dan cuenta un cambio en la posición del mismo respecto de lo que buscan en el taller, y qué expectativas satisface éste. En este punto nos parece interesante sistematizar algunos de los mismos:

• **Organización de encuentros con dinámicas distintas a la propia de un día de taller convencional con el objetivo de favorecer los vínculos entre los participantes:**

Encuentros festivos dentro del taller con motivo del día del amigo, de la primavera, de fin de año, entre otros. Estos encuentros se propusieron como un espacio libre cuya única consigna era traer algo para compartir. En las primeras ocasiones, los adultos mayores no sabían qué hacer, la ausencia de una tarea direccionada generaba desconcierto, pero progresivamente empezaron a organizarse en pequeños grupos en relación a qué traer: degustar recetas favoritas, tocar un instrumento musical, compartir algún fragmento literario que los haya marcado, organizar juegos para sus compañeros, entre otros. De este modo algo lo singular de cada uno se ponía a jugar en el grupo.

• **Los participantes fueron apropiándose del espacio y generando espacios de confianza, habilitándose a plantear pedidos y demandas a los coordinadores y a la dirección del Centro de Salud:**

Han pedido una charla de un especialista en neurología acerca del funcionamiento cognitivo; en relación a los eventos comunitarios realizados para niños en el CeSAC, plantearon su deseo de que el Centro de Salud organizara un evento de esa índole para adultos. Estas propuestas fueron tomadas por parte del equipo y del CeSAC, y así, por ejemplo, se llevó adelante una peña

con música folclórica en el Centro de Salud abierta a la comunidad y los profesionales del Centro que favoreció otro tipo de vínculo entre los profesionales y los adultos mayores, así como también entre los mismos adultos.

• **Establecimiento de redes entre los participantes por fuera del espacio/tiempo del taller:**

algún participante acompaña a la consulta médica a otro; se llaman por teléfono para avisar en caso de faltar al taller, o se acercan al inicio del mismo para dar aviso a los coordinadores si algún participante tuvo algún inconveniente; se organizan salidas para tomar un café; una vez al mes van al cine, etc.

• **Habilitarse a imaginar y jugar con la fantasía:**

en distintas propuestas vinculadas a la creatividad y la producción autónoma de narrativas y relatos literarios de distintos géneros, el habilitarse a imaginar y jugar con el lenguaje permitió que los participantes del grupo, progresivamente y según sus particularidades, puedan expresarse y empiecen a circular complicidades y códigos compartidos. Por ejemplo, el uso del doble sentido del lenguaje, y la risa que conlleva, en conversaciones ligadas a la sexualidad.

De este modo, la construcción de vínculos con los pares tanto dentro como fuera del grupo, y los efectos de éstos en cada participante, que consideramos que se fueron dando a la par de los movimientos planteados anteriormente, da cuenta de que la necesidad de los adultos mayores está ligada a algo más que el olvido. En la reunión de cierre del taller del año pasado, a partir de una evaluación de lo trabajado en el año, una de las participantes manifestó: “Ya no nos importa la memoria, ahora queremos conseguir un novio”, mientras otras asentían con la cabeza. En este espacio donde la memoria como problema es olvidada, es el presente y la presencia lo que cobra relevancia.

Reflexiones finales

El desplazamiento de la demanda inicial de los participantes es uno de los aprendizajes que trajo la



Bugge, Coullery, Pereira, Propato, Sena, Fontana

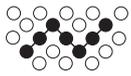
experiencia a lo largo de los años. Al transcurrir los encuentros del taller observamos un cambio en las demandas de los adultos mayores y después de un tiempo encontramos en el discurso de los participantes a la satisfacción, la vitalidad y la alegría como componentes asociados a la conformación del grupo.

En esta experiencia notamos que la preocupación por la memoria se convirtió en un medio para armar lazos con otros, compartir un espacio de pertenencia que los aloja y posibilita el encuentro. Sin duda, la tarea ocupa un lugar central pero lo más interesante es a dónde nos lleva. Consideramos que éste es el horizonte que guía nuestras propuestas y actividades para adultos mayores.

13. Regalado Doña, P. (2002). "Envejecimiento activo: un marco político." *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37: 74-105. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf> (Obtenido el 17/04/17)
14. Stolkiner, A. y otros (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.

Referencias bibliográficas

1. Aguiló, E. y Losada, A. (2015). Los grupos y la intervención comunitaria. Recuperado de www.procc.org (22-06-2017)
2. Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Serie población y desarrollo, núm. 21, Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
3. Czeresnia, D. (2008). "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
4. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud – RIEpS (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
5. Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
6. Iacub, R. y Sabatini, B. (2012). *Psicología de la mediana edad y la vejez*. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Ministerio de Desarrollo Social.
7. Leavell, H. y Clark, E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. San Pablo, Brasil: McGraw-Hill.
8. Ley N° 153/99 Básica de Salud (C.A.B.A.) Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php (Obtenido el 27/06/2017)
9. Mora Y Araujo, M. (2008). *La educación para la salud. Un enfoque integral*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
10. OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Disponible en:
11. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp (Obtenido el 27-06-2017)
12. OPS/OMS (2007). *La renovación de la Atención Primaria de la Salud*. Documento de posición.



Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión

Ricardo Díaz-Castillo¹, Sergio González-Escobar², Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes³, María Montero-López Lena⁴

Resumen

El estudio de la resiliencia se ha enfocado principalmente en niños y adolescentes, poco se conoce acerca de cómo se presenta y que factores están involucrados en su desarrollo en otras etapas de la vida como la vejez, por ello, el objetivo de la presente investigación es documentar la presencia de la resiliencia en adultos mayores, así como la participación de factores de riesgo y protección, a través una revisión sistemática de 32 artículos científicos publicados entre los años 2000 y 2016 obtenidos de las bases de datos Academic Search Premier, Pubmed, Redalyc, Scielo y Science Direct. Se encontró que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de alguna persona significativa, siendo personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, con esperanza y con sensación de autoeficacia, que buscan información y toman decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, realizando una reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, y que durante dichos acontecimientos se mantenga una buena relación familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de trabajo y grupos religiosos. Se concluye que la resiliencia también se presenta en los adultos mayores y que al igual que en otras etapas de la vida, ésta se desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección.

Palabras clave: Resiliencia, adultos mayores, factores de riesgo, factores de protección, estudio de revisión.

Abstract

The study of resilience has focused mainly on children and adolescents, little is known about how it is presented and what factors are involved in its development in other stages of life such as old age, therefore, the aim of this research is to document the presence of resilience in older adults, as well as the participation of risk and protection factors, through a systematic review of 32 scientific articles published between 2000 and 2016 obtained from the databases Academic Search Premier, Pubmed, Redalyc, Scielo and Science Direct. It was found that resilience helps older people to overcome risk factors such as loneliness, depression, chronic

illness or mourning for the death of a significant person, being spiritual people, optimistic, with a positive attitude, with hope and with a sense of self-efficacy, who seek information and make decisions, who maintain healthy lifestyles and, as far as possible, good health. Likewise, by making a cognitive restructuring of the painful events, and during such events a good family relationship is maintained, as well as other support networks such as friends, co-workers and religious groups. It is concluded that resilience also occurs in the elderly and that as in other stages of life, it will develop through the interaction between risk factors and protection.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2017

Recibido:
11/07/2017

Aceptado:
01/09/2017

(1) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de México.

(2) Centro Universitario UAEM Atlacomulco, Universidad Autónoma del Estado de México.

(3) Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

(4) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Contacto: Mtro. Ricardo Díaz Castillo; Filiberto Gómez S/N, (Carretera Toluca – Naucalpan Km. 1.5), Col. Guadalupe, Toluca, Estado de México, C.P. 50010; psi.diaz.castillo@gmail.com.



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero-López Lena

Keywords: Resilience, elderly, risk factors, protective factors, review study.

INTRODUCCIÓN

La resiliencia es la capacidad que pueden desarrollar las personas resultado del proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y de protección, desde individuales hasta socioculturales, posibilitando la superación del riesgo y/o evitando los efectos negativos del mismo de una manera constructiva, con lo cual se presentará la adaptación positiva (Fergus y Zimmerman, 2005; González Arratia, 2007; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Olsson, Bond, Bums, Vella-Brodrick y Sawyer, 2003). De acuerdo con Fergus et al. (2005) y Olsson et al. (2003) serán necesarios tanto factores de riesgo que atenten contra la persona como factores que la protejan para que aparezca la resiliencia.

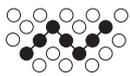
Los factores de riesgo son el conjunto de variables individuales, familiares y/o medioambientales, que al estar presentes incrementan la probabilidad de resultados negativos o problemas de adaptación positiva, como problemas emocionales, conductuales o de salud (Barcelata, 2015; Dekovic, 2005; Hein, 2004; Rutter, 2003). En este sentido, Aguirre (2004) señala como factores individuales a las alteraciones perinatales o en el transcurso del desarrollo, también considera problemas emocionales, inmadurez, baja autoestima y problemas escolares como bajo rendimiento o abandono de la escuela. Como factores familiares-sociales señaló a la enfermedad mental o el abuso de sustancias en la familia y conflictos familiares como divorcio, rechazo de los padres, abandono, maltrato y/o abuso infantil, así como a aquellos de carácter socioeconómico, particularmente la pobreza.

Finalmente, dentro de los factores del medio considera la disponibilidad al alcohol, drogas, armas, condiciones de la comunidad como injusticia, pandillerismo y desempleo. Así mismo, se han identificado otros factores de riesgo como nivel socioeconómico (Brooks-Gunn y Duncan, 1997), número de sucesos vitales estresantes (Tiet et al., 1998), divorcio, enfermedad física o mental de alguno de los padres (Garmezy, 1993), maltrato infantil (Jaffe, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas y Taylor, 2007), violencia intrafamiliar (Amar, Kotliarenko y Abello, 2003), catástrofes comunitarias o desastres naturales (Kotliarenko y Aceitón, 2006) y situaciones de riesgo acumulativo (Rutter, 1987).

Por su parte, los factores protectores son condiciones que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985). Werner y Smith (1982) y Garmezy (1990) señalan que son dos categorías de factores protectores los implicados en el desarrollo de la resiliencia, factores internos como temperamento, inteligencia, sentido del humor, empatía y locus de control y, factores externos como unión familiar, calidad de las relaciones intrafamiliares y estilos de crianza. Así mismo, se han señalado otros factores internos como asertividad, autoestima, autonomía, control de impulsos, creatividad, espiritualidad, flexibilidad, iniciativa, moralidad, motivación al logro, personalidad, ser buen amigo, sociabilidad, solución de problemas y toma de decisiones (González Arratia, 2011; Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1996; Manciaux, 2003; Suárez-Ojeda, 1997; Wolin y Wolin, 1993). Mientras que como factores externos se ha identificado que la presencia de padres competentes, la relación de calidad con algún cuidador primario, el apoyo social de la familia, el desarrollo de vínculos informales y la participación en instituciones formales como escuela o grupos religiosos, son las condiciones socioambientales que favorecen la resiliencia (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target, 1994; Mothner, 1995).

Es importante mencionar, que la mayoría de las investigaciones en resiliencia se han enfocado en la población infantil y adolescente, por lo que tanto los factores de riesgo como de protección han sido identificados en dicha población, sin embargo, tomando en cuenta que la resiliencia es la capacidad que resulta de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González Arratia, 2007), se puede asumir que esta situación se presente en otras etapas de vida, como la vejez. Al respecto, Braudy (2008) señaló que el desarrollo de la resiliencia es posible para muchos adultos mayores, independientemente de los orígenes sociales y culturales o de deficiencias físicas y cognitivas.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es documentar la presencia de la resiliencia en los adultos mayores, así como la participación de factores de riesgo y protección, a través de una revisión sistematizada de estudios científicos.



Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos especializados en el tema, para lo cual se exploraron tres bases de datos internacionales (Academic Search Premier [Ebsco Host], Pubmed y Science Direct) utilizando las palabras clave; *resilience, older adults, old people, elderly*. Así mismo, con la intención de obtener información publicada en Hispanoamérica se exploraron dos bases más que tienen la característica de acoger estudios a nivel regional (Redalyc y Scielo), para esta búsqueda se utilizaron las palabras clave; *resiliencia, adultos mayores, personas mayores, ancianos*. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos publicados entre los años 2000 y 2016; 2) que contuvieran las palabras clave en el título y/o el resumen; 3) hacer referencia en su objetivo general al estudio, teórico o empírico, de la resiliencia en adultos mayores; y, 4) ser una investigación empírica, cuantitativa o cualitativa, o una revisión teórica. Treinta y dos estudios cumplieron los criterios, fueron analizados mediante el uso de una matriz con cinco secciones: referencia bibliográfica, objetivo, método, resultados y conclusiones.

RESULTADOS

Los artículos fueron clasificados de acuerdo con el año de publicación, país de origen, idioma, enfoque y tipo de estudio, así mismo se clasificaron de acuerdo a la evaluación de la resiliencia (directa o indirecta) y variables asociadas (factores de resiliencia o consecuencias de resiliencia) con el objetivo de sistematizar la información arrojada por los mismos. En la Tabla 1 se observa que en los últimos 6 años (2011-2016) se ha publicado más del doble de estudios que en el periodo 2000-2010. También que la mayor parte de los estudios son de origen estadounidense, seguidos de los estudios colombianos, entre otros países, sólo se encontraron dos estudios mexicanos. En relación al idioma de redacción, la mayor parte de los estudios fueron escritos en inglés y sólo nueve estudios se redactaron en español.

Tabla 1. Categorización de los estudios por año de publicación, país de origen e idioma de redacción.

Por otra parte, en la Tabla 2 se puede observar la clasificación respecto a los enfoques de estudio, la cual se realizó a partir de los procedimientos utilizados para la recolección de información, aquellos estudios que utilizaron escalas de evaluación se identificaron como

empíricos cuantitativos, mientras que los empíricos cualitativos utilizaron entrevistas y grupos focales, finalmente, los estudios teóricos fueron aquellos que brindaron información a partir de una revisión de estudios científicos. En este sentido, permearon los estudios cuantitativos duplicando a los cualitativos y finalmente sólo cuatro teóricos.

También en la Tabla 2 se puede observar que en relación con el tipo de estudio, se clasificaron en dos tipos, estudios descriptivos, los cuales, como su nombre lo indica son aquellos que describen el objetivo de estudio, en este caso la resiliencia. Así mismo, se identificaron estudios de asociación, considerando aquellos que señalaron la relación entre la resiliencia con otras variables, ya sea como factores de resiliencia o como consecuencia de la misma, estos últimos estudios fueron los de mayor frecuencia en una proporción de ocho a uno. Para este análisis solo se consideraron los 28 estudios empíricos.

Tabla 2. Categorización de los estudios por enfoque y tipo de estudio.

En la Tabla 3 se puede observar que los estudios se clasificaron de acuerdo con el enfoque desde el cual abordaron la resiliencia, se consideraron los estudios que la evaluaron a través de una escala de evaluación específica. Por otro lado se consideraron los que la evaluaron de manera indirecta, es decir, aquellos que evaluaron tanto factores de riesgo como soledad, depresión, ideación suicida, estrés y mala salud; como factores de protección como autopercepción de la salud, bienestar, satisfacción con la vida, felicidad y sentido de pertenencia a la comunidad, y con ello se asumió la presencia de la resiliencia. La mayor parte de los estudios fueron los que evaluaron la resiliencia de manera directa. Es importante mencionar que para esta clasificación solo se consideraron los estudios empíricos.

También, en la Tabla 3 se pueden observar la clasificación de los estudios de acuerdo con la participación de variables asociadas a la resiliencia, por un lado, se identificaron los estudios que evaluaron la relación con factores de resiliencia, por otro lado se identificaron los estudios que evaluaron variables que se consideraron consecuencia de la resiliencia. En este sentido, la mayor parte fueron aquellos que evaluaron la presencia de factores de resiliencia. Es importante mencionar que para esta clasificación se omitieron los tres estudios descriptivos, por lo que sólo se

En relación a las variables asociadas a la resiliencia, como se mencionó, la mayor parte de los estudios

Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero-López Lena

Tabla 1. Categorización de los estudios por año de publicación, país de origen e idioma de redacción.

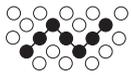
Año de publicación		País de origen	Idioma de redacción		
n		Categoría	n	Categoría	n
2000 - 2010	10	Estados Unidos	12	Inglés	23
2011 - 2016	22	Colombia	4	Español	9
		Australia	2		
		Brasil	2		
		China	2		
		España	2		
		México	2		
		Chile	1		
		Kenia	1		
		Nueva Zelanda	1		
		Paquistán	1		
		Reino Unido	1		
		Tailandia	1		
Total	32	Total	32	Total	32

Tabla 2. Categorización de los estudios por enfoque y tipo de estudio.

Enfoque de Estudio		Tipo de estudio	
Categoría	N	Categoría	n
Empírico cuantitativo	20	De asociación	25
Empírico cualitativo	8	Descriptivo	3
Teórico	4		
Total	32	Total	28

Tabla 3. Categorización de acuerdo a la evaluación de la resiliencia y variables asociadas.

Evaluación de la resiliencia		Variables asociadas a la resiliencia	
Categoría	n	Categoría	n
Evaluación con escala	23	Factores de resiliencia	16
Evaluación Indirecta	5	Consecuencias de resiliencia	9
Total	28	Total	25



Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión

analizaron los factores de resiliencia. En este sentido, respecto a los factores de riesgo, Adams, Sanders y Auth (2004) examinaron la relación entre la soledad y los síntomas depresivos de adultos mayores e indicaron que tanto la depresión como la soledad son factores de riesgo que reducen la resiliencia. También se analizó la presencia de la resiliencia bajo otros factores de riesgo como enfermedad crónica (Acosta & Sánchez, 2009), duelo por la muerte de un cónyuge, un familiar u otra persona significativa (Bellamy, Gott, Waterworth, McLean y Kerse, 2014), violencia social (Bennett, Chepngeno-Langat, Evandrou y Falkingham, 2015; Van Wormer, Sudduth y Jackson III, 2011), demencia (Braudy, 2008), e incluso desastres naturales como huracanes (Greene, 2007), señalando que la resiliencia se puede presentar bajo estas condiciones de estrés en adultos mayores.

Por otra parte, respecto a los factores protectores, Acosta y Sánchez (2009) estudiaron personas con enfermedades crónicas, entre los que permeaban adultos mayores, plantearon tres factores; individuales que se refieren al alto nivel de espiritualidad, esperanza y una actitud positiva frente al diagnóstico; así mismo se consideran factores familiares debido a que los pacientes ven como un aliciente el que sus familiares estuvieran presentes durante su enfermedad; y, finalmente factores comunitarios como las redes de apoyo alrededor de la persona, como amigos, trabajo y religión, que se convierten en una fuente de apoyo durante la enfermedad, en conjunto estos factores favorecieron la resiliencia en dichas personas.

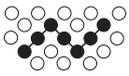
Mastel-Smith, Hersch y Walsh (2013) identificaron como atributos personales de resiliencia la toma de decisiones, ser optimista y tener esperanza, autoeficacia, reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, trascendencia de los eventos adversos a través de la espiritualidad, altruismo y capacidad de respuesta rápida a las situaciones adversas. Así mismo, se identificaron otros factores de resiliencia como estilos de vida saludables, autopercepción y estado de salud, seguridad y apoyo, relaciones sociales, altruismo, competencia cognitiva, personalidad y espiritualidad (Cortés, Flores, Gómez, Reyes & Romero, 2012; Greene, 2007; Hernández, 2009; Loua y Ngb, 2012; Pathike O'Brien y Hunter, 2015; Van Wormer, Sudduth y Jackson III, 2011; Wells, 2009).

Es de destacar el estudio de McLaren, Gomez, Bailey y Van Der Horst (2007), el cual fue el único de los analizados que aplicó los modelos de resiliencia (compensatorio, de riesgo-protección, de desafío; Fergus et al., 2005) para analizar la predicción de la

ideación suicida, como factor de riesgo, y el sentido de pertenencia a la comunidad, como factor protector. Los autores reportaron que cuando el sentido de pertenencia (psicológico) fue el factor de protección, los resultados indicaron apoyo para el modelo de riesgo-protección para los hombres y las mujeres, mientras que el modelo de compensación sólo aplicó para las mujeres. Por otro lado, cuando el sentido de pertenencia (antecedentes) fue el factor de protección, el apoyo fue para el modelo de compensación para hombres y mujeres. Finalmente, señalaron que el modelo de exposición aplicó para las mujeres solamente.

Por otro lado, respecto a los estudios que analizaron variables como consecuencia de resiliencia, Zeng y Shen (2010) investigaron a 16566 adultos mayores para conocer si los adultos centenarios son más resilientes que adultos mayores jóvenes, y si la resiliencia contribuye a la longevidad. Los resultados indicaron que los centenarios son significativamente más resilientes que cualquier otro grupo de vejez. Los autores concluyeron que la resiliencia contribuye de manera significativa a la longevidad en todas las edades, y se vuelve aún más profunda a edades muy avanzadas. Por su parte, Pinheiro de Paula, Koller y Novo (2011) señalaron que los eventos más estresantes en los adultos mayores son el divorcio o separación matrimonial y la muerte de un hijo, cónyuge o de los padres. Así mismo, señalaron que la alta resiliencia se asocia a un mayor bienestar, a pesar de que también se asocia con una mayor presencia de eventos estresantes.

En relación al bienestar, Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo (2012) señalaron que el afrontamiento resiliente es un predictor de bienestar. Por su parte, Engel et al. (2011) reportaron que la depresión, la resiliencia, y el bienestar emocional se relacionaron de forma significativa con la sensación de apetito, la cual regularmente se ve afectada en esta población. También, se ha reportado que la resiliencia se asocia a la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas, entre ellas adultos mayores (Quiceno & Vinaccia, 2013; Vinaccia, Quiceno & Remor, 2012). Así mismo, que se asocia con la voluntad de buscar atención de salud (Smith, 2009; 2012).



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero-López Lena

CONCLUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue documentar la presencia de resiliencia en los adultos mayores, así como la participación de factores de protección y de riesgo, en este sentido, la capacidad que resulta del proceso dinámico en el que interactúan factores de riesgo y de protección, desde individuales hasta socioculturales, y que posibilita la superación del riesgo y/o evita los efectos negativos de una manera constructiva, conocida como resiliencia, tiene una relación directamente proporcional con la edad, en otras palabras, la resiliencia beneficia la longevidad de las personas.

También, la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo como soledad, depresión, enfermedad crónica o el duelo por la muerte de alguna persona significativa, siendo personas espirituales, optimistas, con actitud positiva, con esperanza y con sensación de autoeficacia, que buscan información y toman decisiones, que mantienen estilos de vida saludables y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, realizando una reestructuración cognitiva de los acontecimientos dolorosos, y que durante dichos acontecimientos se mantenga una buena relación familiar, así como otras redes de apoyo como amigos, compañeros de trabajo y grupos religiosos.

Finalmente, el análisis permitió confirmar que los factores tanto de riesgo como de protección a los que se ven expuestos los adultos mayores, coincide con los señalados por otros autores. Por ejemplo, en cuanto a los factores de riesgo, coinciden en que el número de sucesos vitales estresantes, la violencia e incluso los desastres naturales son factores de riesgo de resiliencia (Amar et al., 2003; Kotliarenko et al., 2006; Tiet et al., 1998). Por su parte, en cuanto a los factores protectores, coinciden que la unión familiar, la autoestima, la espiritualidad, la personalidad, la toma de decisiones y las redes de apoyo, ya sea con la familia o con vínculos informales como la participación en instituciones formales como grupos religiosos son factores de protección de resiliencia (Garmezy, 1990, González Arratia, 2011; Kotliarenko et al., 1996; Manciaux, 2003; Suárez-Ojeda, 1997; Werner et al., 1982; Wolin et al., 1993). Por lo anterior, se concluye que la resiliencia es una capacidad que se puede desarrollar en la vejez y que al igual que en otras etapas de la vida, está capacidad de desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección.

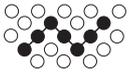
REFERENCIAS

1. Aguirre, G.A. (2004). Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres, Sector IV de Pamplona alta San Juan de Miraflores 2002. Tesis no publicada de la Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
2. Amar, J.J., Kotliarenko, M.A. & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 162-197.
3. Barcelata, B.E. (2015). Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia. México: Manual Moderno.
4. Braudy, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.
5. Brooks-Gunn, J. & Duncan, G. (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children: Children and Poverty*, 7(2), 55-71.
6. Dekovic, M. (2005). Multiple Perspectives within the Family: Family Relationship Patterns. *Journal of Family Issues*, 26(4), 467-490.
7. Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A frame work for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-26.
8. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). He Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology*, 35(2), 231-258.
9. Garmezy, N. (1990). A closing note: Reflections on the future. En: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub, (Eds.) Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 527-534). New York: Cambridge University Press.
10. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
11. González Arratia, L.F.N.I. (2007). Factores determinantes de la resiliencia en niños de la Ciudad de Toluca. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Iberoamericana. México.
12. González Arratia, L.F.N.I. (2011). Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Como desarrollarse en tiempos de crisis. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
13. Hein, A. (2004). Factores de riesgo y delincuencia juvenil. Revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación Paz Ciudadana.
14. Jaffe, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient and non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 231-239.
15. Kotliarenko, M. & Aceitón, H. (2006). La resiliencia como ventana de oportunidad un análisis entre resiliencia y pobreza. III Conferencia de la red Latinoamericana y del Caribe de Child Watch International. México.
16. Kotliarenko, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado del arte de resiliencia. Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
17. Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
18. Manciaux, M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa.
19. Mothner, H.D. (1995). Resilience (personality trait) in children. *Health Education*. Fall 95, 116(1).
20. Olsson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept



Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión

- analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
21. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
 22. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
 23. Rutter, M. (2003). Categories, dimensions, and the mental health of children and adolescents. En J.A. King, C.F. Ferris, & I.I. Lederhendler (Eds.). *Roots of mental illness in children* (pp. 11–21). New York: The New York Academy of Sciences.
 24. Suárez-Ojeda, E.N. (1997). Perfil del niño resiliente. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales. Universidad Nacional de Lanús. Fundación Bernard Van Leer.
 25. Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Davies, M., Hoven, C. Cohen, P. et al. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191–1200.
 26. Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Mac Graw Hill.
 27. Wolin, S. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villardbooks.
 28. Acosta, I. & Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónico terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24–32.
 29. Adams, K., Sanders, S. & Auth, A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–485.
 30. Araújo, C. & Faro, A. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, 42, 63–80.
 31. Azeem, F. & Naz, M. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111–130.
 32. Bellamy, G, Gott, M., Waterworth, S., McLean, C. & Kerse, N. (2014). 'But I do believe you've got to accept that that's what life's about': older adults living in New Zealand talk about their experiences of loss and bereavement support. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 96–103.
 33. Bennett, R., Chepngeno-Langat, G., Evandrou, M. & Falkingham, J. (2015). Resilience in the face of post-election violence in Kenya: the mediating role of social networks on wellbeing among older people in the Korogocho informal settlement, Nairobi. *Social Science & Medicine*, 128, 159–167.
 34. Brandburg, G.L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G. & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 862–874. doi: 10.1111/j.1365–2648.2012.06075.x.
 35. Braudy, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43–61.
 36. Cárdenas-Jiménez, A. & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista Salud Pública*, 13(3), 528–540.
 37. Cortés, J., Flores, P. Gómez, C., Reyes, K. & Romero, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 73–81.
 38. Engel, J, Siewerdt, F., Jackson, R., Akobundu, U., Wait, C. & Sahyoun, N. (2011). Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 482–487.
 39. Fernandes de Araújo, L., Teva, I. & Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257–276.
 40. Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262–270.
 41. Greene, R. (2007). Reflections on hurricane Katrina by older adults: three case studies in resiliency and survivorship. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16(4), 57–74.
 42. Hanfstingl, B. (2013). Ego and spiritual transcendence: relevance to psychological resilience and the role of age. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, s/n, 1–9.
 43. Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit. Revista de Psicología*, 15(2), 153–161.
 44. Hicks, M.M. & Conner, N.E. (2014). Resilient ageing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 744–755. doi: 10.1111/jan.12226.
 45. Lou, V. & Ng, J. (2012). Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1039–1046.
 46. McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M. & Van Der Horst, R. (2007). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 89–102.
 47. Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W. & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 238–243.
 48. Pathike, W., O'Brien, A. & Hunter, S. (2015). Elderly resilience in Thailand: an ethnographic study. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 22(10), 21.
 49. Pinheiro de Paula, M., Koller, S. & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: the role of resilience. *Ageing International*, 36, 492–505.
 50. Quiceno, M. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9, 17, 69–82.
 51. Quiceno, M. & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 591–619.
 52. Smith, J. L. (2015). Self-compassion and resilience in senior living residents. *Seniors Housing & Care Journal*, 23(1), 16–31.
 53. Smith, P.R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 829–837.
 54. Smith, P.R. (2012). Resilience and stigma influence older



Díaz-Castillo, González-Escobar, González-Arratia López-Fuentes, Montero-López Lena

- African-american seeking care. The ABNF Journal, Fall.
55. Tomás, J., Sancho, P., Melendez, J.C. & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326.
 56. Van Wormer, K., Sudduth, C. & Jackson III, D. (2011). What we can learn of resilience from older African-american women: interviews with women who worked as maids in the Deep-south. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 410-422. doi: 10.1080/10911359.2011.561167.
 57. Vinaccia, S., Quiceno, M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377.
 58. Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults Margaret. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419.
 59. Zeng, Y. & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, S/N, 1-9. doi:10.1155/2010/525693.



La Gerontología a lo largo del curso de la vida. Apertura de las VIII Jornadas¹ de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología²

Alejandro Burlando Páez³

Resumen

El presente artículo se basa en mi discurso de apertura de las VIII Jornadas de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología, planteando líneas para pensar la Gerontología a lo largo del curso de la vida. Se plantean algunas características de los escenarios actuales que permiten pensar la salud pública desde una estrategia de Atención Primaria de la Salud, proponiendo formas alternativas de inserción profesional en la especialidad; asimismo de la especialidad en el sistema de salud, entendiendo a la salud desde una perspectiva bio-psico-socio-técnica y al sistema desde algunas de las características que presenta en la Argentina. Abordamos temáticas relacionadas con el envejecimiento y las personas mayores desde etapas anteriores; teniendo en cuenta la diversidad y heterogeneidad propia de las "vejece", con una mirada gerontológica que incluya la dimensión del derecho a la salud, que no debería prescribir en ninguna etapa de la vida. Incluimos en este trabajo dimensiones a tener en cuenta en modelos de gestión y atención de servicios sanitarios propuestos por la OPS, articulando dicha propuesta con las características locales del sistema. Abordar las temáticas del envejecimiento desde la complejidad, la interdisciplina y la transversalidad se vuelve fundamental al momento de plantear criterios para la formación profesional gerontológica, que incluya, entre otras, la perspectiva del curso de vida.

Palabras clave: Gerontología, curso de vida, interdisciplina

Abstract

This article is based on the opening speech of the VIII Post-basic Interdisciplinary Gerontology Residency Conference, outlining ways of thinking gerontology throughout the life cycle. Considering some characteristics of the present scenarios that allows us to think Public Health from the Primary Health Care strategy, recommending alternative ways of professional integration in the speciality, and furthermore, the speciality in the Health System, understanding this from a bio-psycho-socio-technical perspective. We will address topics related to ageing and

the elderly people from other stages in life, taking into account the diversity and heterogeneity distinctive of ageing, from a gerontological point of view, including their right to health, which does not expire, suggesting aspects to take into consideration in management models of health-care services proposed by the PAHO, articulating with the local characteristics. Approaching the subject of ageing from its complexity, interdisciplinarity and transversality, posing criteria for the gerontological professional training which include, between other things, the perspective of life-cycle. **Keywords:** Gerontology, life-cycle, interdiscipline.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2017

Recibido:
17/09/2017

Aceptado:
24/10/2017

(1) Se realizaron el 20 y 21 de abril de 2017, en el Hospital Gral. de Agudos Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

(2) La Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) pertenece al sistema de Residencias de la Dirección de Capacitación, Docencia e Investigación y al Programa Gerontológico de Salud (ProGeSa), del Ministerio de Salud del G.C.A.B.A. Todos los años desde el 2009 organiza las Jornadas anuales.

(3) Coordinador General de la RPIG y del ProGeSa.



Burlando Páez

*Mañana todos seremos viejos
“Al día siguiente no murió nadie.”
José Saramago reconoció en alguna entrevista
que su etapa más productiva comenzó
a partir de los 50 años de edad.
¿Será que supo envejecer?*

Hace ya un tiempo que desde la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) comenzamos a reflexionar sobre un fenómeno, que intentamos capturar y darle forma: se trata de la idea que implica mirar “la vejez” desde todas las edades, en sus múltiples sentidos, abordando temáticas relacionadas con el envejecimiento y las personas mayores desde otras etapas de la vida; pero también viendo al “viejo” que, potencialmente o en perspectiva, hay en cada uno de nosotros. Sabiendo que, si no nos morimos antes, todos seremos viejos, o personas mayores. Las múltiples maneras de imaginarnos y también de negarlo, tendrá que ver con nuestra historia, con la forma en que hemos vivido, con nuestra subjetividad; también con los entornos, con aspectos culturales, sociales, políticos, económicos, comunicacionales y técnicos (dimensión inevitable si hablamos del campo de la salud); aspectos que condicionan nuestra particular manera de “habitarlos” y habitar la vejez, presente o futura. Entendemos que es un fenómeno del que no puede dar cuenta la Gerontología desde sus categorías tradicionales.

Es por estas y otras razones que a lo largo de estas jornadas iremos pensando y debatiendo acerca de la importancia de “La Gerontología a lo largo del curso de la vida”, forma en la que denominaremos a dicho fenómeno.

Considero importante, en este sentido, mencionar aquí el proyecto de la OPS Curso de vida Saludable⁵, destacando algunos de sus puntos relevantes, que nos permitan reflexionar acerca del campo gerontológico⁶:

- El curso de Vida provee un marco conceptual que permite entender o visibilizar como múltiples determinantes y condicionantes de la salud (biológicas, psicológicas, sociales y técnicas⁷, entre otras), interactúan a lo largo de la vida y entre las distintas generaciones, para producir resultados en salud (Neils, 2010).
- El enfoque de Curso de Vida es una aproximación a la realidad, que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configura un salto desde un enfoque “evolutivo” hacia un enfoque “interrelacional”, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y factores de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales (DPES, 2011).
- Curso de Vida es una estrategia que jerarquiza procesos, define un modelo de intervención sobre la realidad y reordena las acciones y los recursos, articulando desde una perspectiva de desarrollo humano.

Este enfoque propone que las políticas públicas se orienten a la consolidación de una matriz de protección social de la vida de los ciudadanos. En este sentido, el logro de una atención integral en salud para las personas mayores resulta una utopía sino se la piensa como parte de una estrategia más amplia, que plantee la atención integral de la población en su conjunto.

Este enfoque conceptual⁸ nos permite pensar que:

- Los beneficios máximos en un grupo de edad pueden derivarse de intervenciones realizadas en una edad más temprana.
- Son necesarias intervenciones en varios momentos a lo largo de la vida para lograr mejores resultados y efectos acumulativos.

Este trabajo menciona algunos “períodos críticos” en el curso de la vida, que propongo pensarlos como hechos o “sucesos significativos”, quitándoles cierta connotación negativa a priori.

(5) El Proyecto “Curso de Vida Saludable” (FGL/HL), del Departamento de Familia, Género y Curso de Vida de la Organización Panamericana de la Salud, utiliza un enfoque integrado para atender las necesidades de salud de la población de América Latina y el Caribe, a lo largo del curso de vida. También, lidera los esfuerzos de cooperación técnica de la OPS enfocados hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 1, 4 y 5. Dado que los ODM están íntimamente relacionados, los esfuerzos del proyecto también apoyan el cumplimiento de los ODM 3 y 6.

El enfoque del curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud. El enfoque provee una visión más integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida y responda a los determinantes sociales. Al adoptar este enfoque, el Proyecto procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura de la Región. Accesible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=420%3A2008-curso-vida-saludable&catid=1214%3Aabout-the-project&Itemid=39489&lang=es

(6) Maddaleno, M; Curso de Vida Saludable, presentación en PDF. OPS.

(7) Agregado mío.

(8) Maddaleno, M; Op. Cit.



La Gerontología a lo largo del curso de la vida.

Apertura de las VIII Jornadas¹ de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología

Podemos mencionar a:

- Desarrollo embrio-fetal.
- Nacimiento.
- Crecimiento y desarrollo temprano.
- Entrada al sistema educativo.
- Salida del hogar.
- Establecimiento de relaciones sociales y sexuales.
- Entrada al mercado de trabajo.
- Pérdida o inseguridad en el trabajo.
- Paternidad.
- Episodios de enfermedad.
- Retiro del mercado de trabajo (jubilación).
- Morbilidad crónica.
- Pérdida de la independencia total.

Considero importante incluir en estos sucesos el ingreso al sistema de salud, ¿cuando se produce?, ¿desde la gestación?, ¿es una responsabilidad individual o del Estado facilitar el acceso? También pensar en términos de “sistema productivo” y “capitalismo” nos permite una mirada más compleja sobre el mundo del trabajo y los lugares que el mismo promueve en términos sociales, con consecuencias para la salud de una comunidad (ocupación/desocupación, incluidos, excluidos, desafiados, etc.).

Es importante poder dilucidar aquí, respecto a estos hitos en el curso de vida, la dimensión institucional (en tanto “conjuntos universales” instituidos) y del campo representacional de una comunidad determinada. Digo esto ya que se trata de dimensiones mucho menos visibles por estar naturalizadas, que generan y condicionan el complejo entramado de prácticas sociales y culturales; traduciéndose también en el enfoque de las políticas públicas, tanto en lo que hace al campo de la salud, a la vejez y a los derechos.

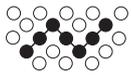
En cuanto a los contextos y a los hechos en el curso de la vida, prefiero pensarlos como condicionantes y no como determinantes; ya que esta última posición nos dejaría en una situación dogmática que promueve una visión prejuiciosa, sin posibilidades de intervenir y modificar ciertos rumbos en el plano individual y/o colectivo, promoviendo visiones y argumentos hegemónicos.

Este proyecto de la OPS propone la inclusión de la noción de trayectorias, de períodos de latencia y de efectos acumulativos. Entiende como efectos latentes a aquellos factores biológicos y de desarrollo que tienen consecuencias a largo plazo independientemente de circunstancias ulteriores. Por ejemplo: condiciones nutricionales, infecciones y/o tabaquismo (en los padres) antes del nacimiento de un niño, contribuyen a la aparición de enfermedades coronarias y diabetes en la edad adulta de ese niño. Durante el desarrollo: malnutrición, falta de estimulación del desarrollo cognitivo, exclusión del sistema educativo, también generan consecuencias en etapas posteriores. Los efectos acumulativos son propuestos como la sumatoria de ventajas o desventajas a lo largo del tiempo, que generan efectos durante el trayecto de vida y se entienden como complejos, ya que involucran a personas, a los grupos familiares y a sus comunidades.

Incluir la noción de trayectoria en este proyecto, pone en debate las ideas de “etapas de vida” y la “clasificación por grupos etarios” de la población. Si bien esta última variable suele ser la preponderante al momento de clasificar los datos estadísticos y poblacionales, como una forma de establecer categorías que permitan leerlos, suelen obturar la posibilidad de pensar y reflexionar acerca de las características de una comunidad y las distintas formas de entender e implicarse en cuestiones ligadas a la salud (entre otras tantas dimensiones posibles). Se ha recurrido a la edad cronológica como criterio para la organización de las instituciones sociales por la simplicidad de su aplicación y por ser considerada una categoría igualitaria y equitativa debido a su universalidad (Oddone, 2012). Sin embargo, su aplicación plantea los siguientes problemas:

- En cuanto al conocimiento científico, una explicación basada en la edad cronológica no es útil porque no constituye un principio explicativo.
- En cuanto a su aplicación práctica, en gerontología, la edad cronológica no puede predecir de manera general la forma de vida de las personas ni sus necesidades.
- En cuanto a la difusión del conocimiento gerontológico al público en general, la utilización de la edad cronológica puede conducir a afianzar estereotipos sobre las personas de edad avanzada que contribuyan a etiquetarlas erróneamente⁹.

Respecto a las etapas de vida y a los grupos etarios, Maddaleno plantea que no existe una sola forma de agrupar y que no todos los individuos alcanzan determinada etapa a una edad específica. En este



Burlando Páez

punto, llevándolo al campo gerontológico, la vejez no constituye una etapa homogénea ni igualadora, como algunas visiones proponen; sino que, muy por el contrario, se trata de un período heterogéneo de la vida y, por ende, con diversos matices. “Por lo tanto, dar cuenta de la diversidad en el envejecimiento, implica ir más allá de las características individuales que generan diferencias. Implica llegar hasta las estructuras fundamentales que organizan la vida social en un sistema jerárquico para así poder estudiar las formas de regulación mediante las cuales los grupos dominantes mantienen el control en la sociedad moderna. Para ello se propone conceptualizar la edad, la clase social, el género y la etnia como sistemas interconectados de relaciones de poder que estructuran la vida social y que se caracterizan más por el conflicto que por el consenso. La desigualdad en la vejez se va modelando a través del curso de la vida en función de características tanto estructurales como individuales. La edad, como quiera que sea considerada, no es la base de la diversidad como tampoco lo son el género, la clase social o la etnia, por sí solos. Aunque se puedan abordar en forma independiente y de hecho lo son en la mayoría de los casos, para tener un panorama totalizador de la desigualdad social, es necesario considerarlas en conjunto (McMullin, 2000)¹⁰.

Entonces no será lo mismo pensar en “grupos etarios” que en “etapas de vida”, como una disquisición que representa al menos dos posiciones frente a las temáticas de la vejez y el envejecimiento, a lo largo del curso de la vida.

Podemos señalar el planteo conceptual de algunos autores del campo Psicogerontológico que abonan o promueven la visión sobre la trayectoria:

“La teoría del Curso de la Vida (Neugarten, 1999; Hagestad, 1999; Yuste Rosell, 2004; Zarebski, 2011), que viene a reformular las teorías tradicionales del Desarrollo por Ciclos Vitales (Erikson, 1985) con una concepción más fluida de la vida humana, incorporando el armado de la propia biografía, es decir el plano de la subjetividad, a los factores biológicos y sociales, tradicionales en gerontología. Esta concepción teórica destaca la importancia de estudiar el envejecimiento en todo su proceso a fin de entender las distintas vejeces alcanzadas.” (Zarebski, 2014)¹¹

Una trayectoria con derechos

Es necesario plantear que los derechos a la salud y a la vida tienen que estar presente a lo largo de dicho trayecto y, por ende, que “los derechos no se pierden con los años”.

El proyecto Curso de Vida Saludable de la OPS propone que el sistema de salud debería tender a:

- Un sistema liderado por la APS, que permita implementar una estrategia de trabajo con el enfoque de “curso de vida”.
- Que los servicios de salud sean estructuras dinámicas y estén preparadas para responder a las necesidades de salud particulares de cada etapa de vida y para la continuidad en el cuidado integral de la salud de la población.
- Un modelo liderado por APS es un escenario pro-equidad, trabajando con las poblaciones vulnerables.

En este sentido, constituye un logro fundamental la declaración realizada por la CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES de la OEA en el año 2015, que ya tiene fuerza de ley en la Argentina desde el 2017.

Modelo de Gestión y Atención de Servicios

La OPS plantea un modelo de gestión y atención de los servicios de salud basada en:

- APS.
- Atención integral, integrada y continua.
- Redes integradas intra-sectoriales e inter-sectoriales.
- Cuidado continuo y longitudinal en salud.

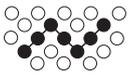
Tenemos que entender que la atención primaria de la salud constituye una estrategia transversal a los tres niveles de atención.

En el campo gerontológico suele plantearse la necesidad de trabajar en pos de una atención integral de las personas mayores, planteo que a mi entender resulta utópico si no lo pensamos en un contexto mayor, en el que se planteen políticas públicas que conciban la

(9) Oddone, María Julieta (2012) Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión, en revista Población, Año 5, Número 9, ISSN: 1852-074X, p.p. 55 y 56. Registro Nacional de las Personas. Dirección Nacional de Población. Buenos Aires. Argentina.

(10) Oddone, Op. Cit., página 59.

(11) Zarebski, G. (2014) Cuestionario Mi Envejecer, página 31, 1° edición. Paidós, Buenos Aires, Argentina.



La Gerontología a lo largo del curso de la vida.

Apertura de las VIII Jornadas¹ de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología

“atención integral de la población” en su conjunto, teniendo en cuenta la conformación actual del sistema de salud en nuestro país, que contempla 3 subsectores (público, prepago y de las obras sociales). Asimismo se organiza en tres niveles de atención. Pensar en una atención integral, dadas las características de nuestro sistema de salud, implicaría proponer políticas y normativas que permitan una articulación más fluida entre los subsistemas y, por otra parte, una mayor referencia y contra-referencia entre los niveles de atención (conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios).

Nuestra Residencia se desarrolla en el Sistema Público de Salud, en el primer y segundo nivel de atención (Cesac 36 del Área Programática del Hospital Vélez Sarsfield y Unidad de Geriatria del Hospital Durand), concebida desde una estrategia de APS.

Un antecedente interesante para seguir reflexionando lo constituye la concepción de Salud Colectiva, entendida como un “conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud (...) la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras”¹².

Continuando con la propuesta de un modelo de gestión y atención, una dimensión a tener en cuenta es la que se refiere a la cultura y las prácticas profesionales en el campo de la salud. Especialmente en lo que hace a los abordajes de temáticas de la vejez y de las personas mayores, en los que suelen establecerse “automatismos profesionales”; que son la repetición de recetas y encuadres utilizados por otros profesionales en otros contextos y momentos en los cuales dieron buenos resultados pero que distan mucho de la realidad y/o las comunidades en las que se pretende insertar (formas y modelos de talleres para trabajar la memoria, abordajes comunitarios, estrategias clínicas, etc).

En este sentido, propongo establecer algunas diferencias

sobre lo “naturalizado” y lo “cotidiano”. Cuando una práctica está naturalizada se pierde de vista o se oculta la noción de por qué y para qué se hace, solo se la repite generando un efecto de automatización. Se coagula el sentido, imposibilitando la reflexión. Se genera un efecto de invisibilidad del padecimiento y del efecto de esa práctica, generando un alto sufrimiento y pérdida de subjetividad, tanto del paciente como del profesional. La cronificación en las situaciones de internación en el segundo nivel de atención generan este efecto en ambos sentidos, dejando al profesional desprovisto de herramientas que le permitan reflexionar, revisar su práctica y encontrar salidas lo más creativas posible a esa situación.

Si pensamos en lo cotidiano quizás estamos del lado de lo habitual de una práctica profesional, dejando abierta la posibilidad de pensarlas, revisarlas y modificarlas. Lo cotidiano brinda un marco de seguridad en el hacer, generando cierta previsibilidad, siempre y cuando destinemos un espacio para la reflexión sobre la tarea.

Formación profesional gerontológica con perspectiva de curso de vida

Asistimos en estos tiempos a una serie de transformaciones en los marcos institucionales y representacionales de la sociedad, en donde las categorías conocidas (familia, educación, salud, etc.) están en crisis y en tránsito hacia nuevas formas. En este sentido, cuando planteamos trabajar por una Gerontología con perspectiva del curso de vida, estamos tratando de capturar un fenómeno del que no podemos dar cuenta desde las categorías tradicionales o conocidas para abordar el envejecimiento. Es necesario, en principio, poder dar cuenta de los procesos de envejecimiento de las sociedades actuales, entre otras cosas.

El trabajo desde la Residencia se propone en tensión entre aquellos núcleos instituidos dentro del sistema de salud y sus prácticas profesionales; y la necesidad de transformación permanente que apunta a la elaboración de criterios profesionales que permitan un abordaje de las temáticas del envejecimiento que consideren al adulto mayor como un sujeto de derecho (Vicente, Burlando Páez, 2011).

Para que lo integral de una atención sea posible, tenemos que incluir también, desde las prácticas

(12) Granda, Edmundo A qué llamamos salud colectiva, hoy? Trabajo presentado en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia; 29 de julio al 2 de agosto de 2003.



Burlando Páez

sanitarias, una mirada bio-psico-social y cultural, que incluya también la dimensión técnica/tecnológica que propone cambios fundamentales en contextos actuales si hablamos de las problemáticas de salud y la comunidad.

Entonces es un desafío para la formación de recursos profesionales en el campo gerontológico incluir contenidos y prácticas que nos permitan:

- Profundizar un abordaje interdisciplinario y mestizado, donde los aportes estén teñidos por la filiación profesional, pero también por las trayectorias e historias individuales, que enriquezcan el intercambio para un abordaje integral, en tanto trabajamos con problemáticas inter y transdisciplinarias.
- Promover las perspectivas de género, culturales, generacionales, que visibilicen las cuestiones del envejecimiento en distintos grupos poblacionales y en diferentes contextos.
- Generar espacios de formación profesional donde la perspectiva gerontológica sea transversal a todas las especialidades.
- Propiciar miradas integradoras en la formación profesional.
- Estimular el trabajo y la investigación sobre las formas de envejecer y las “vejece” en las sociedades actuales que permitan proyectar futuros escenarios.

La capacitación es una herramienta fundamental para la transformación, siempre que pensemos en profundidad los nuevos escenarios, tanto los que estamos transitando, así como los escenarios futuros. Contextos con profundas contradicciones y paradojas, teñidos por lo anacrónico, por la falta de recursos, por la pobreza, por la falta de accesibilidad; pero también con intersticios por donde se filtran abordajes novedosos, el compromiso de algunos trabajadores del sistema, la creatividad frente a la escases de recursos y la burocracia institucional, el trabajo solidario y en red por parte de los profesionales del campo gerontológico y de otras especialidades. En este sentido, incluir las dimensiones comunicacional y técnica se vuelve necesario en términos formativos, ya que puede facilitar la cotidianeidad profesional y comunitaria, evitando la visión obstaculizadora de estas variables.

Si bien nuestra propuesta apunta a trabajar sobre lo que serán las nuevas generaciones de viejos o los viejos del futuro, no podemos dejar de reflexionar acerca de las nuevas generaciones de profesionales, con sus formas y modalidades de entender y habitar el mundo profesional, la vejez, lo tecnológico, la comunicación y lo comunitario; generación que podemos denominar

“profesionales del nuevo milenio” (millennials).

Bibliografía

1. Burlando Páez, A.; Vicente, P. (2011) La interdisciplina en la práctica profesional y la formación de recursos humanos de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología del G.C.A.B.A. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Gerontología.
2. Granda, Edmundo (2003) A qué llamamos salud colectiva, hoy? Trabajo presentado en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia.
3. Maddaleno, M; Curso de Vida Saludable, presentación en PDF. OPS.
4. Oddone, María Julieta (2012) Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión, en revista Población, Año 5, Número 9, ISSN: 1852-074X, p.p. 55 y 56. Registro Nacional de las Personas. Dirección Nacional de Población. Buenos Aires. Argentina.
5. OEA (2015) CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. Disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Curso de Vida Saludable. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=420_3A2008-curso-vida-saludable&catid=1214_3Aabout-the-project&Itemid=39489&lang=es
7. Saramago, José (2005) Las intermitencias de la muerte. Alfaguara, Buenos Aires. Primera edición.
8. Zarebski, Graciela (2014) Cuestionario Mi Envejecer, página 31, 1º edición. Paidós, Buenos Aires, Argentina.



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

Yaimara Escalona Castro¹, Ana María Ramos Monteagudo²

Resumen

El presente estudio tiene como propósito diseñar un Programa de Actividades de Estimulación Cognitiva para ralentizar el deterioro cognitivo en personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante; perteneciente al área de salud del policlínico Este, municipio de Camagüey. Se realizó el análisis teórico de importantes fuentes bibliográficas relacionadas con el envejecimiento y las características de la vejez como etapa del ciclo vital, así como las particularidades de las funciones cognitivas en este grupo etario. Fueron estudiadas 25 personas mayores. Se constató un diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve amnésico (DCL-a), por lo que no cumplen los criterios para el diagnóstico de un deterioro cognitivo mayor, ni existe la presencia de algún tipo de demencia. Se diseñan las actividades de estimulación cognitiva en función de ralentizar el deterioro cognitivo en el grupo estudiado. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Salud (PHQ-9), Examen Cognoscitivo Mini - Mental (MMSE), Índice de Barthel y Figura de Rey.

Palabras clave. Envejecimiento, vejez, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva.

Introducción

Uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas es el envejecimiento poblacional; este se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total, considerado hoy un fenómeno universal. El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX por lo que para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. (Hernández, 2005)

El interés por la vejez y el proceso de envejecimiento ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, lo que resulta evidente, ya que es en

las edades avanzadas donde existe un relativo declive en determinados procesos intelectuales, dentro de las que se pudieran citar algunas como la memoria, la atención y la velocidad del procesamiento de la información.

Un envejecimiento normal presenta un deterioro cognitivo que depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual, lo que limita la independencia de las personas mayores en las actividades de la vida diaria y en consecuencia disminuye su calidad de vida, este último elemento se ve unido al proceso de envejecimiento como un ente indispensable ya que es en esta etapa donde acontecen cambios cognitivos que alteran la vida de los personas mayores. Además de que la

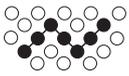
ISSUE N°2
DICIEMBRE
2017

Recibido:
03/08/2017

Aceptado:
16/10/2017

(1) Psicóloga, Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Camagüey, Ignacio Agramonte Loynaz, Cuba. Máster en Trabajo Social. E/mail yaimara.escalona@reduc.edu.cu

(2) Psicóloga, Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Camagüey, Ignacio Agramonte Loynaz, Cuba. Máster en Trabajo social y Máster en Gerontología, Dependencia y Protección de los Mayores. Universidad de Granada, España. E/mail ana.ramos@reduc.edu.cu



Escalona Castro, Monteagudo

edad avanzada es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades demenciales.

Por solo citar un ejemplo referido a los factores ambientales, se puede mencionar la pérdida de la actividad laboral (aspecto que acontece en este periodo etario); la reducción de las demandas del entorno trae implícito un proceso de desentrenamiento de las habilidades cognitivas que pueden ser considerados, al menos en parte, responsable de dicho declive.

En el interés por brindar alternativas al problema planteado, se han realizados numerosos estudios e intervenciones que demuestran efectos positivos para compensar el deterioro cognitivo a través de actividades de estimulación cognitiva, ya sean generales o específicas.

Se podrían enmarcar dos objetivos fundamentales, un objetivo preventivo encaminado a evitar la aparición de demencias o combatiendo el deterioro cognitivo propio de la edad y el otro objetivo es precisamente el de complementar el tratamiento farmacológico ante una demencia.

En Cuba el incremento del envejecimiento poblacional tuvo lugar en los inicios del siglo XX, siendo una de las naciones de menor crecimiento poblacional en la región de América Latina y el Caribe, con valores similares a países del mundo desarrollado.

Según la encuesta nacional de envejecimiento poblacional 2010, el país ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 17,8% en el 2010, lo que indica según investigaciones de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), su ubicación en el Grupo III de Envejecimiento (mayor del 15 % la población de 60 años y más, respecto al total). Así, en el término de 25 años el envejecimiento se ha incrementado en 6,5 puntos porcentuales.

Como perspectiva de la dinámica demográfica entre el año 2011 y el 2025 la población de Cuba habrá disminuido en valores absolutos, el 26 % tendrá 60 años y más, con un elevado crecimiento absoluto de las personas de 80 años, si hoy tenemos 2 millones de personas de 60 años y más, para el 2030 serán 3,3 millones.

En el caso específico del municipio Camagüey, se pudo constatar que se ubicó en el tercero del país de mayor cantidad de personas adultas mayores, con 59 536 habitantes en esas edades. (ONEI, 2010).

Con estos antecedentes se hace necesario crear programas que brinden atención a este grupo de edades

con la finalidad de incrementar la calidad de vida y preservar la autonomía personal, creando un entorno generador de estímulos que faciliten el razonamiento, la actividad motora, sus relaciones interpersonales, en fin, su independencia, así como ejercitar las habilidades intelectuales conservadas durante el mayor periodo posible. Es por ello que se plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir a ralentizar el deterioro cognitivo en personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos "El Diamante", en el municipio de Camagüey?

Con lo cual se plantea como objetivo general: Proponer un programa de actividades de estimulación cognitiva para ralentizar el deterioro cognitivo en personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.

A la vez se persiguen los siguientes objetivos específicos: Diagnosticar el estado del funcionamiento cognitivo de las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.

Diseñar un programa de estimulación cognitiva que contribuya a ralentizar el deterioro cognitivo en las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos propuesto se definen las siguientes tareas de investigación:

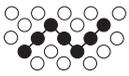
- Estudio de los principales fundamentos teóricos relativos al envejecimiento y a la vejez como etapa del desarrollo en personas mayores.
- Aplicación de métodos y técnicas para el diagnóstico del funcionamiento cognitivo de las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.
- Diseñar las actividades de estimulación cognitiva que conforman el programa, dirigidas a ralentizar el deterioro cognitivo en las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.

Procedimiento metodológico

Se utilizan métodos de nivel teórico y empírico (analítico-sintético, histórico-lógico, el análisis documental y la consulta a especialistas en el tema estudiado).

En calidad de Técnicas:

- Observación.
- Cuestionario sociodemográfico.
- Cuestionario de salud (PHQ-9).



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

- Examen cognoscitivo Mini - Mental (MMSE).
- Índice de Barthel.
- Figura de Rey.
- Guía de Observación:(anexo 1): Como método científico es una percepción, atenta, planificada y sistemática de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales.
- Cuestionario sociodemográfico. (anexo 2): Con el objetivo de obtener los siguientes datos generales, identificación del participante, fecha de la aplicación del protocolo, datos demográficos, laborales y económicos, estado de salud general y los Tratamientos farmacológicos actuales.
- Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9): Examen auto administrado empleado para diagnosticar trastornos mentales. El PHQ-9 es un cuestionario de salud del paciente que evalúa 9 criterios de depresión del DSM 5.
- Examen cognoscitivo Mini - Mental (MMSE): Permite la medición breve y cuantitativa del déficit cognoscitivo, es decir, evalúa la gravedad del déficit cognoscitivo en un determinado momento, para seguir el curso de los cambios cognoscitivos en el tiempo y para evaluar la respuesta a un tratamiento. Permite conocer el estado de funcionamiento de determinados procesos como: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.
- El rendimiento en el MMSE no se empleó para el diagnóstico de DCL. Esta exploración se complementó con la técnica índice de Barthel para conocer el grado de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria básicas y la Figura de Rey para corroborar habilidades viso-espaciales, memoria, planificación y memoria de trabajo. Así como el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) que aporta el grado de depresión del sujeto estudiado.
- Para analizar los resultados del MMSE se determinaron las tres medidas de tendencia central (media, mediana y moda) de los valores obtenidos en nuestra muestra, y la desviación estándar (DE) para evaluar la dispersión.
- Índice de Barthel: Se trata de un índice que consta de diez parámetros y mide las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se trata de uno de los instrumentos para medir ABVD más utilizado internacionalmente, especialmente en pacientes con enfermedades cerebrovasculares agudas.
- Figura de Rey: Es un test utilizado para distintos propósitos incluyendo la evaluación de daño cerebral en pacientes neurológicos, determinar la presencia de demencia y estudiar el grado de

desarrollo cognitivo en niños. Mide numerosas habilidades cognitivas que incluyen habilidades viso-espaciales, memoria, planificación y memoria de trabajo (funciones ejecutivas).

- Método estadístico: El procesamiento estadístico se realizó a través de pruebas contenidas en el SPSS versión 21.

La realización de este estudio permitió diseñar un Programa de Estimulación Cognitiva en función de ralentizar el deterioro de los procesos cognitivos en las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos "El Diamante". Puede servir no solo para las personas mayores estudiadas, sino que además puede ser adaptado en función de su puesta en práctica en otras Casas de Abuelos. Realizar actividades que demanden la activación de las capacidades mentales superiores constituye un modo de prevenir alteraciones en el funcionamiento cognitivo y sin duda contribuyen a ralentizar su deterioro.

Aproximaciones teóricas sobre el envejecimiento y la vejez. Particularidades del contexto cubano.

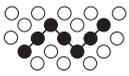
El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los seres vivos, aunque de manera diferente o con distinta intensidad (Arking, 1991). Es un proceso normal que comienza desde el momento mismo del nacimiento y es algo totalmente distinto a la enfermedad.

A lo largo del desarrollo del pensamiento científico relacionado con el proceso de la vejez y el envejecimiento existen tres momentos históricos que corresponden al surgimiento y desarrollo de las disciplinas que estudian este acontecimiento: la geriatría, la gerontología y la psicogerontología.

En este caso las autoras de este estudio asumen los elementos más significativos de este proceso desde una visión gerontológica, ya que desde la gerontología surgen aportaciones al proceso de envejecimiento y se ofrece además un nuevo punto de vista relacionando lo biológico y lo social.

Es precisamente esta disciplina la que estudia sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y a las personas viejas desde dos puntos de vista: como la vejez afecta al individuo y como la población anciana cambia la sociedad. (Sánchez S, C Delia).

El hecho de encontrarnos ante el incremento de la población de personas adultos mayores es una apremiante y dar respuesta a este acontecimiento impone desarrollar una visión de la gerontología



Escalona Castro, Monteagudo

centrada en los cambios biológicos del organismo y que dé pasos a modelos que impliquen el desarrollo y la realización personal del sujeto.

Es decir, se debe concebir el envejecimiento como un estado vivencial reforzado por la experiencia de toda una etapa de vida (generalmente más de la mitad) que le permite al adulto maniobrar autónoma, crítica y reflexivamente. Significaciones que solo son posibles cuando existe una experiencia que permite la autorregulación del comportamiento con independencia de contingencias pasadas, actuales o futuras como pudieran ser el padecimiento de enfermedades (estados corporales somáticos y psíquicos) y la presión social de expectativas externas de actuación (normas sociales, prejuicios, mitos y estereotipos) que por muchos años han regido el comportamiento. (Psicología del desarrollo III).

De aquí se desprende la necesidad de concebir el proceso de envejecimiento no solo como un declinar sino como un tiempo propicio para el desarrollo. Es decir; el envejecimiento es visto como la explicación de los fenómenos que acontecen a lo largo del ciclo vital del individuo y es la fase final de dicho ciclo la que está ocupada por el periodo de tiempo que conocemos como vejez y que finaliza con la muerte.

De allí se concibe la idea de que el envejecimiento de cada persona es un aspecto concreto y no solo se debe de entender como algo individual, es decir el cumplir años e ir atravesando las diversas etapas del ciclo vital, sino que además hay que entender el envejecimiento de la población de forma general ya que se envejece en un contexto sociocultural singular.

Con los avances en la medicina, las campañas de vacunación, el diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades, la mejora en la higiene y la alimentación, el incremento de la escolaridad-educación, etc., se está consiguiendo que la esperanza de vida se incremente de forma notable (Vanegas, 2003).

Hace un siglo la esperanza de vida en los países desarrollados era de aproximadamente cuarenta años, actualmente la esperanza de vida, en los mismos países, está situada en el entorno de los 80 años. Si al incremento de la longevidad unimos el hecho de que la población demográficamente "vieja" (de 65 y más años) está incrementando su porcentaje sobre la población total debido a la caída de la natalidad veremos que este fenómeno llamado "transición demográfica" tiene como contrapartida biomédica el incremento de enfermedades y dolencias de tipo degenerativo a las

cuales debe enfrentarse nuestro organismo, en general y el cerebro en particular, en las etapas finales del ciclo vital (Omran, 1983).

Hoy encontrar formas eficaces que permitan afrontar este acontecimiento, es imperante para la sociedad actual, y dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean el envejecimiento de la población debe de constituir una prioridad.

Aunque la mayoría de las personas tienen un envejecimiento normal, cada vez más hay personas que van a tener un envejecimiento patológico. En este sentido señala: "...uno de los desafíos más importantes de las sociedades desarrolladas sea encontrar formas eficaces que permitan afrontar el rápido envejecimiento de la población, y dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean la discapacidad y el envejecimiento físico y cognitivo de la población". (Ballesteros, 2007).

Por lo tanto podemos confirmar que la realización de programas interventivos para estimular y mantener en condiciones de funcionabilidad los procesos cognitivos y el estado físico y de salud, es sumamente importante, tomando como premisa los intereses, expectativas, valores y categorías que nos llevan a pensar en la calidad de vida como nivel de satisfacción de las necesidades de la persona en su contexto cultural.

La situación actual en Cuba con respecto al envejecimiento poblacional está influenciada por cambios económicos, políticos y sociales que se han gestado a partir de la crisis surgida en los años 90's, lo que ha impactado sensiblemente la economía, el desarrollo sociodemográfico y la vida social del país.

Cuba ya es un país envejecido, como se refería con anterioridad en este trabajo, con un 18.3% respecto a la población general y una expectativa de vida de 78 años de edad, y cuyos pronósticos apuntan a mayores porcentajes de envejecimiento poblacional. (Fraíz, 2015).

Se puede decir, que estos indicadores de envejecimiento en la población cubana son originados por tres factores principales: el descenso de la natalidad, aumento de las migraciones y el incremento de la expectativa de vida. Lo que constituye un reto para la sociedad en general, ya que no estamos preparados para este proceso demográfico; de allí que veamos entonces la importancia de profundizar en el conocimiento de este ciclo vital y de llevar una vida plena de saberes, circunstancias y relaciones humanas que posibilite el advenimiento a este período con mejor salud física y mental.



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

Las autoras de esta investigación se afilian al concepto que define a las personas mayores como el individuo que pertenece a la llamada tercera edad, y se ubica alrededor de los sesenta años, asociada al evento de la jubilación (Orosa, 2003). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta la muerte.

Dentro de los aspectos que configuran el sistema de actividades de este grupo etario se significa el rol social, es en este periodo que la persona se ha jubilado y pasa de una vida laboral activa a una vida doméstica activa. Dentro del sistema de comunicación, se significa las relaciones afectivas y comunicativas que se establecen con la familia. En esta etapa de la vida existe una demanda muy alta de ser tenido en cuenta y sobre todo aceptado y comprendido por los que lo rodean, siendo la comunicación el espacio o el medio, que tiene para intercambiar mutuamente experiencias, conocimientos, sentimientos, opiniones acerca de su experiencia en su diario vivir, y también la manera de percibir que es tenido en cuenta, lo que favorecerá un mejor entorno y satisfacción familiar.

En la bibliografía consultada se aprecia que existen varios tipos de envejecimiento dentro de los que se pueden citar, el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico, por lo que hacer referencia a cuestiones relacionadas con la particularidad de cada una de estas posiciones se torna necesario, si se parte de concebir el envejecimiento como un proceso de cambios a lo largo de toda la vida, lo que fundamenta la afirmación de que la mente envejece.

Hablar de envejecimiento normal significa cumplir con los parámetros aceptados en función de la edad del individuo que le permite una adecuada adaptación física, psíquica y social al medio; mientras que el envejecimiento patológico, se ve asociado a las incidencias de procesos, enfermedades u otros aspectos que alteran los parámetros e impiden o dificultan la adaptación del individuo con el mundo, consigo mismo y con los demás.

Aproximación a las características del funcionamiento cognitivo en personas mayores

La vejez viene acompañada de transformaciones estructurales y funcionales importantes en prácticamente todos los órganos y sistemas, incluido el Sistema Nervioso Central. (Raz, 2001).

En este sentido coinciden autores como Baltes y Linderberger (1997) cuando afirman: "El hecho de envejecer está asociado con el deterioro de muchos procesos sensoriales y cognitivos".

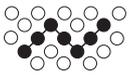
Es precisamente a lo largo del ciclo vital, que las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Por ello el envejecimiento se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las cuales se pueden mencionar las funciones mentales, las que traen como consecuencia un deterioro cognitivo. Cuando se hace referencia al deterioro de la mente, se está significando el declinar brusco o continuo en una o varias de las funciones intelectuales del individuo previamente desarrolladas.

Según Franco y Criado (2002) el deterioro cognitivo (DC), es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias).

Estudios posteriores refieren que el DC se caracteriza por un compromiso cognitivo, que generalmente involucra la memoria, pero que no tiene la gravedad suficiente para satisfacer los criterios necesarios para el diagnóstico de demencia. (L.E. Fontán-Scheitler, J. Lorenzo-Otero, A. Silveira-Brussain, 2004).

Se reconocen actualmente tres sub-tipos de deterioro cognitivo: el DC Leve amnésico (DCL-a), caracterizado por un déficit aislado de la memoria; el DC Leve multidominio (DCL-mult), que implica un déficit leve de más de un dominio cognitivo (puede incluir la memoria), pero sin cumplir criterios para el diagnóstico de demencia; el DC Leve monodominio no amnésico (DCL-mnoa), que representa la afección de un solo dominio distinto de la memoria. Este último constituiría el estado prodrómico de demencias no Alzheimer, tales como las frontotemporales, demencia por cuerpos de Lewy o vascular, mientras que el DCL-a evoluciona generalmente a enfermedad de Alzheimer. (M.L. Migliaccia, D. Scharovskyb, S.E. Gonorazkya, 2009)

Las características más significativas que visualizan este suceso en las personas mayores están vinculadas con el proceso perceptivo, el cual se ve afectado en primer término por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta. Las capacidades del anciano sufren cierta disminución, que varía considerablemente de un individuo a otro, lo que trae como consecuencia una alteración al recibir y tratar las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la generalidad de los ancianos



Escalona Castro, Monteagudo

llegue a ser sordos o ciegos.

Otro aspecto es el aprendizaje de las personas mayores, en el que existe la capacidad de aprender y de generar estrategias sustitutivas, aunque necesitan un tiempo de reacción más largo; hay mayor dificultad en la relación con la complejidad, la rapidez y la abstracción. Factores como la motivación, la tendencia a reaprender, la asociación, la repetición, el esfuerzo y la transferencia influyen en el proceso de aprendizaje.

La velocidad de procesamiento también sufre modificaciones, caracterizándose por un descenso generalizado en la velocidad del procesamiento de la información, lo que incluye desde tareas de memoria hasta tareas de razonamiento.

Otro elemento significativo es la memoria, ya que constituye un predictor por excelencia de envejecimiento, puesto que algunas formas de memoria se deterioran, aun cuando existen algunas que se conservan. Se reconoce que la memoria a largo plazo o semántica y la procedimental prevalecen sin significativas alteraciones ante un envejecimiento normal, no siendo así en la memoria de trabajo o memoria a corto plazo que sí se afectan.

También se ha popularizado que la pérdida de memoria como factor de la vejez muchas veces está asociada a estados depresivos más o menos enmascarados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognoscitivo.

La atención también se ve afectada, hay mayor distractibilidad de esta y se producen déficit en las habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas.

De igual forma los procesos centrales del pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo—motor y los cambios de criterios, también se evidencian un proceso de desgaste—rendimiento, el comienzo de declinación de algunas características, tales como la flexibilidad, la fluidez y la organización.

La inteligencia pasa de ser fluida a ser una inteligencia denominada cristalizada, basada en la experiencia y los conocimientos.

A pesar de lo referido anteriormente algunos autores como Crespo-Santiago & Fernández-Viadero (2012) refieren:se conoce con el nombre de reserva cognitiva a esta capacidad de poseer un suficiente acervo mental que pueda paliar los efectos nocivos del envejecimiento sobre nuestra cognición.

De igual forma Rocío Fernández Ballesteros habla de este término, el cual llama plasticidad cerebral, y que

supone la habilidad que poseen las células nerviosas de desarrollar, mantener y reorganizar sus conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células, motivo por el cual se han diseñado diversos programas, para que una vez detectado el deterioro cognitivo, se pueda actuar para mejorar o prevenir un daño mayor. (Fraíz, 2015)

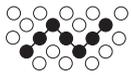
En resumen se puede significar que con la edad el pensamiento se hace cada vez más reflexivo se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, la atención, el vocabulario y el conocimiento; mientras que disminuye la memoria, la concentración, la asimilación y la rapidez de reacción.

Por todo lo referido el envejecimiento creciente y progresivo de la población a nivel mundial es una preocupación, ya que esta situación puede traer aparejada un incremento en la prevalencia de demencias y deterioro cognitivo leve; resultando ser un tema de gran importancia, ya que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de las personas mayores.

No cabe dudas entonces que es importante conocer en las personas mayores los mecanismos de procesamiento de la información y su estado cognitivo; así como la conducta inteligente, su adaptación a la vida diaria, el grado de comprensión de la realidad, su capacidad discriminativa y su habilidad para tratar mentalmente situaciones prácticas, sin perder de vista que en ocasiones los síntomas que afectan los procesos cognoscitivos puedan estar expresando estados afectivos motivacionales negativos que se pueden enmascarar con síntomas físicos.

Tampoco se pueden dejar de visualizar en el funcionamiento intelectual factores influyentes como la escolaridad, el entrenamiento, el estímulo del entorno, el estado de salud físico y psíquico, las pérdidas sensoriales, los aspectos biográficos y de personalidad. Puesto que las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales lo hacen un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

De ahí, la importancia de tomar la estimulación cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique, ya que puede ralentizar el deterioro en los procesos de atención, memoria, pensamiento, comprensión, orientación temporal, espacial, etc. y disminuir los factores de riesgo tanto biológicos, psicológicos como ambientales.



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

Diagnóstico del funcionamiento cognoscitivo de personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos.

Metodología utilizada

Se declara que el presente estudio corresponde al tipo exploratorio-transversal donde no se buscan causas ni se explican razones sólo se limita a determinar las características de funcionalidad cognitiva en las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante.

Estructurar el diseño de un Programa de Actividades para la Estimulación Cognitiva que contribuya a ralentizar el deterioro cognitivo en personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos "El Diamante", implica diagnosticar el funcionamiento cognosciente actual del grupo investigado, por lo que se exponen principios que sustentan la propuesta, así como se exponen el conjunto de actividades que se proponen para tal fin.

La muestra estuvo constituida por 25 adultos mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante, perteneciente al área de salud, Policlínico Este, en el período comprendido desde marzo de 2015 hasta junio del mismo año, a partir de los siguientes criterios de selección:

- Edad comprendida entre 60 y 85 años.
- Estar dispuesto a colaborar en el estudio.
- Asistir a la Casa de Abuelos El Diamante.

Análisis de los resultados

Estructurar un programa de estimulación cognitiva para personas mayores que asiste a la Casa de Abuelos El Diamante que contribuya a ralentizar el deterioro cognitivo en el grupo estudiado mediante un conjunto de actividades, implica partir del diagnóstico cognoscitivo, además de tener en cuenta características relacionadas con el entorno más próximo a la persona y elementos relacionados con la esfera afectiva motivacional de los mismos.

La muestra está compuesta 25 sujetos estudiados de los cuales el 56 % son hombres y el 44 % son mujeres. La composición etaria está constituida por un 48 % de personas mayores que tiene entre 60 y 75 años, 36 % están entre 75 y 85 años; y el 16 % restante supera los 85 años.

En relación al estado civil se destaca que un 44 % son

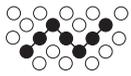
solteros, el 16 % está casado y un 40 % ya enviudó.

El 100% de las personas mayores no posee vínculo laboral. Un 88 % se encuentran bajo la condición de jubilación y el 8 % está beneficiado por Asistencia Social, por lo que ambos grupos reciben remuneración económica. Solo el 4 % no posee ninguna ayuda económica.

Tomando en cuenta elementos relacionados con el área familiar, se pudo constatar que en relación con la tipología de acuerdo a su composición pertenecen a familias nucleares y extensas el 44 % y el 56 % viven solos. Resultado significativo ya que no se corresponde con las cifras obtenidas referidas al número de hijos, pues un 75 % tiene descendientes y sin embargo el porcentaje mayor resultó ser el de personas mayores que viven solos.

Alcanzan un nivel de escolaridad primaria el 48 %, un 12 % cursó la secundaria básica, el 28 % posee un nivel medio y solo el 12 % de la muestra son universitarios. Estos datos requieren de ser tomados en cuenta al realizar el análisis del Mini Mental, puesto que en estudios donde se ha utilizado esta técnica se significa que el bajo nivel cultural afecta a la especificidad del test. En los analfabetos, la puntuación máxima es de 23, ya que no pueden realizar las pruebas de lectura y escritura y deletreo invertido o eventualmente, la sustracción seriada. Sin embargo aun cuando la mayoría de las personas mayores estudiadas solo alcanzó el nivel primario demostraron durante la aplicación de la técnica que tenían una educación que les permitía resolver las tareas planteadas y que ninguno de ellos era analfabeto por desuso.

En correspondencia a los elementos relacionados con el nivel de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria, evaluadas a través de la técnica Índice de Barthel, resultó que el 100% de las personas mayores estudiadas posee capacidades para realizar de forma independiente dichas actividades. Así como todos padecen de algún tipo de enfermedad crónica, con mayor frecuencia de aparición se encuentra la diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades coronarias. Además de la presencia de desajustes en la esfera afectiva volitiva motivacional. Se significa que el número de personas mayores con índices de depresión es de un 76% y no presentan estos síntomas el 24%. Aspecto que resulta significativo, ya que como se mencionó en el capítulo anterior los desajustes en la esfera afectiva motivacional de las personas mayores pueden influir considerablemente en los procesos cognitivos.



Escalona Castro, Monteagudo

Estos resultados se tomaron en cuenta para complementar el análisis obtenido en el MMSE. En la tabla I se ilustran algunos datos demográficos de interés de las 25 personas mayores estudiadas.

N	25
Hombres	14
Mujeres	11
Edad: media (DE)	75
Edad máxima	87
Edad mínima	60
DE: desviación estándar.	

Tabla I. Resumen de los datos demográficos y los resultados en el MMSE de 25 personas mayores estudiadas.

Se utilizaron tres medidas de tendencia central (media, mediana y moda) de los valores obtenidos en la muestra y la desviación estándar (DE) para evaluar la dispersión (Tabla II). Se calcularon los rendimientos medios y su DE para cada área evaluada por el MMSE (orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, repetición, comprensión, lectura, escritura y copia de figura).

N	25
Media (DE)	27,87 (1,75)
Mínima puntuación	23
Máxima puntuación	30
Mediana	28
Moda	29
DE: desviación estándar.	

Tabla II. Resultados del MMSE.

Con la intención de obtener una aproximación sobre cómo incide cada área en la pérdida de puntos como grupo, para eliminar el efecto de las diferentes puntuaciones en cada dominio (p. ej., orientación = 5, fijación = 3 y copia = 1), se estratificó a las personas mayores de acuerdo a la puntuación global en el MMSE.

Las puntuaciones más bajas se encontraron entre (25-24- 23), hay un alto porcentaje de pérdida de puntos en la repetición y aumenta claramente la afectación de la atención, sin embargo en este grupo la pérdida de puntos en las áreas de lenguaje, orientación temporal y fijación no se demuestran clínicamente significativas, y únicamente aparecen algunas modificaciones en los que obtienen puntuaciones más bajas.

Los sujetos con puntuaciones más bajas en el MMSE presentan una importante afectación de la memoria y la atención y, en menor cuantía está la orientación temporal.

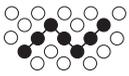
De forma general se identificó que las mayores dificultades se presentan en el área de memoria, orientación espacial, atención y cálculo y dibujo.

Estos datos se corresponden con el resultado obtenido en la técnica Figura de Rey, donde el 100% de las personas mayores obtuvo puntuaciones bajas, lo que relaciona dificultades en la memoria de trabajo, en habilidades viso-espaciales y la planificación, lo que se presume estar proporcionado por algún daño de tipo orgánico y que está relacionado con el deterioro que sufre el sistema nervioso central producto al envejecimiento del sujeto a lo largo de su desarrollo.

Este resultado supone que las personas mayores del estudio presentan un DC Leve amnésico (DCL-a), caracterizado por un déficit aislado de la memoria, por lo que no cumplen los criterios para el diagnóstico de un deterioro cognitivo mayor, ni existe la presencia de algún tipo de demencia.

Haciendo referencia a algunas regularidades generales emergidas del análisis de los resultados se puede decir que:

- Existen dificultades en el funcionamiento de algunos procesos cognoscitivo que influyen en el resultado final de las actividades como es el caso de la memoria, la atención, la coordinación viso espacial y coordinación motora.
- Existen factores de riesgos de tipo biológico por la presencia de enfermedades crónicas que pueden desencadenar otras enfermedades comprometedoras de la calidad de vida de estas personas mayores.
- Aparecen factores de riesgos de tipo psicológico y social, ya que se dan índices significativos de depresión en la muestra estudiada. Aspecto que puede estar relacionado con la percepción que tiene el individuo respecto a su condición de viejo o con las condiciones en las que se encuentran sus vínculos afectivos con la familia y los amigos, así como con las instituciones encargadas de proveer un bienestar y una calidad



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

de vida adecuadas.

Programa de actividades de estimulación cognitiva para personas mayores en Casa de Abuelos en Camagüey

Este programa de estimulación cognitiva tiene como objetivo general ralentizar el deterioro cognitivo en las personas mayores que asisten a la Casa de Abuelos El Diamante, lo que puede permitir promoción de la salud, mejora de la calidad de vida y prevención de un mayor deterioro cognitivo de las personas que participan en el estudio y que tienen algunos procesos cognoscitivos con un ligero déficit en el funcionamiento como es la memoria, la orientación espacial y la atención lo que implica un resultado poco óptimo en otras funciones cognitivas como pudiera ser el pensamiento, el análisis, la síntesis, coordinación visomotora y abstracción, aun cuando poseen capacidades cognitivas preservadas. Las actividades se han diseñado en función de estimular las diferentes áreas cognitivas y entrenar más de un área a la vez. Para lo que se toma como punto de partida los resultados alcanzados en las técnicas aplicadas.

Este Programa además puede incidir en el aspecto social, ayudando a las personas mayores a relacionarse tanto en la Casa de Abuelos como fuera de ella. Además de motivarlos a mejorar sus facultades creando una rutina de trabajo individual durante el tiempo de ocio para la realización de tareas del taller.

Procedimiento

El Programa consta de 5 sesiones, en las cuales se ejecutan la realización de actividades en función del objetivo propuesto relacionado con el proceso cognitivo a estimular. En cada sesión se contará con dos o tres fichas de actividades y un juego preferentemente relacionados con lo explicado en la parte teórica. En las fichas siempre el participante debe de escribir sus nombres y apellidos y la fecha de ese día para entrenar el área de la orientación temporal y personal.

Para terminar se pregunta el estado de opinión de los participantes sobre lo realizado y por último se dan y explican las actividades para el hogar, dando por finalizada la sesión.

Las sesiones comienzan y terminan con actividades en un nivel que garantiza el correcto desempeño y en las etapas intermedias de la sesión la dificultad ha de incrementarse para lograr un esfuerzo cognitivo mayor. De esta manera se conseguirá motivar al principio de la sesión con la corrección de las tareas para el hogar.

Podemos distinguir dos tipos de fichas de trabajo, las fichas en las que se trabaja áreas cognitivas concretas y las fichas que se relacionan directamente con lo trabajado en la parte teórica.

Las fichas prácticas de trabajo se han obtenido de diferentes fuentes y han sido adaptadas a las características del grupo y el contexto sociocultural de referencia; contiene un conjunto de actividades lúdicas y las tareas para cumplimentar en el hogar. Las actividades propuestas tienen la finalidad de estimular cognitivamente no sólo un área en concreto; sino que estimula varias áreas a la vez.

Las actividades de tareas para el hogar, se conciben a partir de varios ejercicios de estimulación cognitiva pero que se han de realizar en un momento temporal ajeno al tiempo de estancia en la Casa de Abuelos. Las mismas se componen de actividades similares a las realizadas en las sesiones.

Esta estructura de las “tareas para el hogar³” se ha desarrollado a partir de la propia experiencia en la observación y exploración cognitiva desarrollada en La Casa de Abuelos El Diamante.

Contenidos de cada sesión.

1ª Sesión. Presentación

2ª Sesión. Tipos de memoria

3ª Sesión. Olvidos más frecuentes

4ª Sesión. Técnicas para la mejora de la memoria.

5ª Sesión. Repaso, juegos.

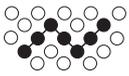
Actividades de estimulación cognitiva para personas mayores en Casas de Abuelos

1ra Sesión: Presentación

Ficha práctica 1: Dibujar mapa.

Ficha práctica 2: Atiende, Memoriza y Responde.

(3)Ver: Escobar Azareño, L. (2013). Programa de estimulación cognitiva para personas de edad avanzada. Diseño y evaluación. Universidad de Zaragoza; Reinoso García, Á. L.; Llanero Luque, M; Brizuela Ledesma, et. Al. (2008). Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Centro de prevención del deterioro cognitivo.



Escalona Castro, Monteagudo

Evaluación de la sesión.

Tareas para casa.

Presentación: La primera de las sesiones se destinará a hacer una breve explicación de todos los contenidos que se desarrollaran en el Programa así como una pequeña presentación.

Motivación: Los participantes conformaran dúos, cada sujeto escribirá en un papel en blanco algunas características de su personalidad y dibujara una caricatura que lo identifique. Luego se intercambian los papeles en el dúo y cada cual presentara a su compañero ante el grupo.

Ficha práctica 1: Dibujar mapa.

Objetivo: Entrenar la memoria visual y la orientación espacial.

Procedimiento: Se pedirá que los participantes dibujen un mapa de la habitación en la que se desarrolle la sesión en una hoja en blanco. Se deberán dibujar vistas desde el techo, las sillas, las mesas y algún otro detalle, después deberán escribir los nombres de las personas en el sitio que ocupan.

Ficha práctica 2: Atiende, Memoriza y Responde.

Objetivo: Entrenar la Memoria y la Atención.

Procedimiento: Se le entrega una hoja de trabajo a cada participante con algunas palabras. Luego de observarlas y pronunciarlas durante 30 segundos se coloca un papel encima de las palabras y se procede a responder las preguntas que aparecen debajo.

Lea las siguientes palabras en voz alta y con atención. Trate de memorizarlas asociándolas, intentando crear una historia con ellas.

MANZANA VESTIDO PINO CUCHARA
MÉDICO AVIÓN PANTERA VINO
GUITARRA TELEVISIÓN

TAPE LAS PALABRAS Y TRATE DE RESPONDER A LAS PREGUNTAS.

- Había una prenda de vestir, ¿cuál era?
- Había un árbol, ¿cuál era?
- Había una fruta, ¿cuál era?
- Había un utensilio de cocina, ¿cuál era?
- Había un animal, ¿cuál era?
- Había un medio de comunicación, ¿cuál era?
- Había una bebida, ¿cuál era?

- Había un instrumento musical, ¿cuál era?
- Había una profesión, ¿cuál era?
- Había un medio de transporte, ¿cuál era?

Evaluación:

Señala tu **SATISFACCIÓN GENERAL** con la sesión, en la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

Por favor, indícanos tu opinión sobre las cuestiones siguientes:

¿Qué aspectos consideras más positivos?

¿Y negativos?

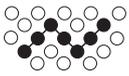
¿Qué fue lo más interesante?

Tareas para el hogar. Sesión 1

Nombre y apellidos: _____

Fecha: _____ Hora: _____.

Explica detalladamente alguna noticia o un acontecimiento personal reciente que sea significativo para ti.



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

Escribe palabras que empiecen por letra Z:

Escribe nombres de animales de 4 patas:

Observe durante dos minutos esta figura y la palabra.

Cierre los ojos e imagínese la durante unos instantes.

Copie el dibujo en el recuadro y escriba la palabra en la línea.



Casa. _____

Póngase nota: Bien o Regular.

RECORDÁNDONOS A NOSOTROS MISMOS

Sitúese mentalmente en su infancia y juventud y escriba distintos aspectos relacionados con esa época de su vida.

A qué escuela o colegio acudió?	
Qué cosas le gustaba hacer?	
Escriba el nombre de alguno de sus compañeros de colegio	
Escriba el nombre de alguno de sus profesores	
Qué juegos practicaba en esa época?	

2da Sesión. Tipos de memoria.

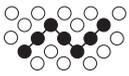
Ficha Teórica 1: Tipos de Memorias.

Ficha práctica 1: Ejercicios con precios.

Evaluación.

Tareas para casa.

Presentación: Se realiza una breve introducción relacionada con el proceso a estimular durante la sesión, en este caso aspectos relacionados con la memoria.



Escalona Castro, Monteagudo

Motivación: Se realiza el juego "La Rifa". Los participantes tomarán un papel de la caja y luego completarán la frase que está escrita en el papel. Habrá papales en blanco.

Ejemplo: Maestro es a enseñar como alumno es a aprender.

Escritor es a pluma como leñador es a hacha.

Antes es a después como primero es a último.

FICHA PRÁCTICA 1: Ejercicios con precios.

Objetivo: Entrenar los diferentes tipos de memoria.

Procedimiento: Se trata de un ejercicio de cálculo sencillo, entre una lista de precios deberán contestar una serie de preguntas, identificando el alimento más caro, el más barato, poniendo los precios de algunos de ellos.

Ficha práctica 1: Ejercicios con precios.

Observa la lista de alimentos y sus precios. A continuación conteste a las siguientes preguntas:

- 1 kilo de piña. 5.50 pesos.
- 1 kilo de mangos. 3.75 pesos.
- 1 paquete de pasta 10.00 pesos
- 1 kilo de chorizo 50.00 pesos
- 1 litro de aceite 30.00 pesos.

¿Cuánto vale el producto más caro? _____

¿Qué podemos comprar con 6 pesos?

Calcule el precio de dos kilos de piña

Calcule el precio de un kilo de mangos y un kilo de chorizo _____

Calcule cuánto costarían 3 litros de aceite _____

Calcule el precio de un litro de aceite y un paquete de pasta _____

Calcule cuánto costaría un kilo y medio de chorizo

Ficha práctica 2: Juego Popular.

Objetivo: Entrenar la memoria.

Procedimiento: Observar la lista de alimentos y sus precios. Y a continuación contestar preguntas.

Se eligen varias categorías (nombres, animales, comida...) posteriormente se elige una letra del abecedario y los participantes han de escribir palabras de esa categoría que empiecen por esa letra. Cuando alguien haya acabado todas las categorías dice Listo y nadie más puede escribir, se otorga 5 puntos por palabra repetida y 10 por las que no estén repetidas. Se siguen haciendo rondas con otras letras.

Letra	Nombre	Animal	ciudad	Fruta	Color	Total Puntos.

Evaluación

Señala tu **SATISFACCIÓN GENERAL** con la sesión, en la escala siguiente:

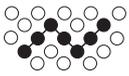
1	2	3	4	5
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

Por favor, indícanos tu opinión sobre las cuestiones siguientes:

¿Qué aspectos consideras más positivos?

¿Y negativos?

¿Qué fue lo más interesante?



Programa de estimulación cognitiva para ancianos semi institucionalizados en Camagüey

Parte Teórica

- Tipos de memoria: Existen 3 sistemas principales de memoria que interactúan y se comunican entre sí:
- Memoria sensorial: Muy breve (aproximadamente un segundo) conserva la información de nuestros sentidos y permite almacenarla en otros sistemas de memoria o eliminarla definitivamente. En este sistema no se produce declive con el paso de la edad. Es un sistema imprescindible para una buena actuación de la MCP y la MLP.
- Memoria a corto plazo: La información procedente de los sentidos registrada en la memoria sensorial llega a este sistema. Aquí se almacena para ejecutar determinadas acciones o tareas. Es limitada, unos siete elementos o grupos de elementos, luego puede pasar a la MLP u olvidarse. Con la edad este proceso se vuelve más lento y se produce una disminución de los recursos de procesamiento. Sin embargo, la capacidad de almacenamiento o retención permanece estable, por lo que se puede considerar que la MCP no sufre cambios perceptibles. Los ancianos tienen más problemas en manipular material (memoria operativa o de trabajo) que para retener números de teléfono o pequeñas cantidades de información.
- Memoria a largo plazo: Es el sistema de memoria más conocido, del que se suele hablar, es un almacén que contiene todo el conocimiento que una persona acumula a lo largo de su vida, la necesitamos para todas las actividades que realizamos. Es permanente, ya que se mantiene durante toda la vida y es ilimitada. Los problemas de memoria con la edad no se deben a un incorrecto almacén de la información sino a los procesos de aprendizaje y de recuperación de la misma.

Existen varios tipos:

- Memoria episódica: Capacidad para recordar las experiencias pasadas y su relación espacial y temporal. En este nivel las personas mayores presentan problemas, ya que muestran incapacidad para recordar hechos ocurridos momentos o días anteriores. Existe un déficit en la codificación, lo que implica un menor asentamiento semántico de los acontecimientos. Les cuesta más retener y recordar los datos cuando no tienen significado o no son familiares para ellos. Estos problemas no se dan en hechos remotos (juventud), por lo menos los hechos más especiales y relevantes.
- Memoria semántica: Almacena el conocimiento del mundo; almacena hechos, hechos, ideas, conceptos, reglas que definen el conocimiento

cultural del mundo. Es un tipo de memoria que no se encuentra afectada por la edad (incluso tienen mayor rendimiento). No obstante, las personas mayores necesitan más tiempo para recuperar información semántica pero en la mayoría de los casos se acaba recuperando.

- Memoria procedimental: Es la que permite recordar cómo realizar algo, está relacionada con las destrezas y habilidades que una vez adquiridas no requieren esfuerzo consciente para ser recuperadas.

Tareas para el hogar. Sesión 2

1. Realice las siguientes sumas y restas:

- $1 + 3 + 4 + 5 + 4 =$
- $7 + 4 + 5 + 7 =$
- $14 + 6 + 12 + 7 + 5 + 3 =$
- $38 - 3 - 9 - 6 =$
- $15 - 7 - 4 - 2 =$
- $27 - 6 - 9 =$
- $17 - 5 - 5 + 1 =$
- $15 + 10 - 2 + 8 - 4 =$
- $12 + 6 - 3 + 3 =$
- $14 - 4 + 7 + 8 + 2 =$
- $25 - 9 + 2 - 3 =$
- $10 + 9 - 3 =$

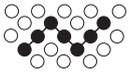
2- Ejercicios con pesos. Escriba las operaciones y los resultados.

A. Si paga con 10 pesos y le devuelven 3 pesos y 20 centavos ¿cuánto se gasta?

B. ¿Cuántas monedas de 20 centavos necesita para pagar 5 pesos?

C. ¿Cuánto dinero tiene si dispone de 1 billete de 10 pesos, 5 monedas de 3 pesos, 4 de 1 pesos y 3 de 20 centavos?

3. Lea una noticia positiva del periódico o de una revista y escriba un resumen. Haga un esfuerzo por recordarla. Si le cuesta trabajo, cópiela.



Escalona Castro, Monteagudo

4. Plantear un olvido cotidiano que le suceda con frecuencia y va a ir escribiendo cómo lo solucionaría.

Poner en práctica el Programa de actividades de estimulación cognitiva para ralentizar el deterioro cognitivo en las personas mayores estudiadas.

Realizar este estudio en otras Casas de Abuelos del municipio de Camagüey para correlacionar los resultados obtenidos y hacer extensivo el Programa de actividades de estimulación cognitiva a las Casas de abuelos del municipio de Camagüey tomando en cuenta las características de cada caso.

Bibliografía

1. Arking, R. (1981). *Biology and aging: Observations and principles*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
2. Ballesteros F. S. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Editorial Universitas-UNED.
3. Baltes, P.B., y Lindenberger, V. (1997). Emergence of powerful connections between sensory and cognitive functions across life-span. *Psychology and Aging*, 12, 12-21.
4. Reinoso García, Á. L.; Ilanero Luque, M; Brizuela Ledesma, et. Al. (2008). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva*. Centro de prevención del deterioro cognitivo
5. Crespo-Santiago & Fernández-Viadero. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Abril 2012, Vol.12, N)1, pp. 21-36 21 ISSN: 0124-1265. *Cambios Cerebrales en el Envejecimiento Normal y Patológico*.
6. Escobar Azareño, Luis. (2013). *Programa de estimulación cognitiva para personas de edad avanzada. Diseño y evaluación*. Universidad de Zaragoza.
7. Orosa, F. T. (2015). *Hablando de Vejez, desde un enfoque del desarrollo humano*. Universidad para todos. *Hacer y pensar la Psicología*. Parte 10. Editorial Academia.
8. Orosa, F. T. (2004). *La tercera edad y la familia*. La Habana. Editorial Félix Varela.
9. Oficina Nacional de Estadística e Información (2010). *Encuesta Nacional de envejecimiento poblacional*. República de Cuba.
10. Omran, A. R. (1983). The epidemiologic transition theory. A preliminary update. *Journal of Tropical Pediatrics*, 29, 305-316.
11. L.E. Fontán-Scheitler, J. Lorenzo-Otero, A. Silveira-Brussain, 2004. *Revista de Neurología*. Perfil de alteración en el Mini-Mental State Examination en pacientes con deterioro cognitivo leve.
12. L. Migliaccia, D. Scharovskyb, S.E. Gonorazkya, 2009. *Revista de Neurología*. 48 (5): 237-241. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. Raz, N. (2001). *Ageing and the Brain*. *Encyclopedia of Life Sciences*. 1-6, Nature Publishing Group. www.els.net
13. Sánchez S, C Delia. (1999). *Gerontología Social*. Publicaciones Puertorriqueñas.
14. Vanegas, J. A. (2003). Road map and principles for built environment sustainability. *Environmental Science & Technology*, 37, 5363-5372.