

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Perfil cognitivo de los adultos mayores de un Programa Social en una Iglesia
Cristiana del Distrito de San Martín de Porres

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Oscar García Espinoza

Lima – Perú

2017

Este trabajo de tesis de grado está dedicado a mi amada esposa Carmen Rosa, mis amados hijos J. Renzo, Karen L. Joyce G., Jennifer del Carmen y Oscar Mariano y a mis adorados nietos, que, junto a los logros en mi vida profesional, son lo más hermoso que he recibido de parte de Dios.

Agradecimiento:

Primeramente, a Dios:

Porque la vida es un don de Dios y debemos atesorarla, protegerla e invertirla tratando de ayudar a personas que sufren.

A nuestros catedráticos:

Nuestro afectuoso y sincero reconocimiento a todos aquellos eficientes profesionales que apostaron en nuestra formación.

A nuestros asesores:

Sra. Edith Olivera Carhuaz, Srs. Jesús Eduardo Ruelas Saavedra, Juan Magallanes Rodríguez y Manuel Arboccó de los Heros, un afectuoso agradecimiento por su dedicación exclusiva y su sabia orientación profesional, puesta de manifiesto en el desarrollo y culminación de nuestro trabajo de tesis.

Al Sr. Ronald Olivera Yarlequé:

Pastor de la Iglesia Bíblica Emmanuel, del distrito de San Martín de Porres, por su invalorable apoyo al permitir realizar la muestra representativa y el uso de sus instalaciones.

A las personas adultos mayores:

Integrantes de la Iglesia Bíblica Emmanuel que voluntariamente formaron parte de la muestra del trabajo de investigación, por su amable disponibilidad y cooperación en el proceso de medición y evaluación psicológica.

A todos, muchas gracias

El autor.

Presentación:

Hoy se expone un nuevo trabajo de investigación, bajo el título de “Perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social de una Iglesia Cristiana del distrito de San Martín de Porres” Lima.

Es un estudio realizado siguiendo los lineamientos que establece la Directiva N° 003-FPsyTS.- 2016, en la modalidad de titulación, Trabajo de Suficiencia Profesional de Psicología y Trabajo Social, que lleva adelante la oficina de Grados y Títulos de nuestra Universidad.

Esta exposición detallada, pretende dar a conocer los trabajos académicos realizados con mucho empeño sobre la variable de estudio: el perfil cognitivo y la unidad de análisis: el adulto mayor.

Con la certeza que, al ser valorado su contenido, se constituya en fuente de información clasificada y actualizada, por la importancia que representa la función cognitiva en la tercera edad; y al ser publicada y difundida, va a constituirse como un documento de interés en la comunidad científica para las futuras investigaciones, tanto en el ámbito nacional como internacional.

También, se espera con este tratado, llegar a promover la importancia de un envejecimiento saludable, y con la puesta en marcha del programa de estimulación cognitiva, se podrán atender los resultados hallados en este estudio; concientizando a la población geriátrica hacia la práctica de actividades intelectuales y a la conservación o mantenimiento del funcionamiento cognitivo, para una mejor calidad de vida.

A continuación, se pone a consideración este trabajo de investigación, esperando cumpla las expectativas propuestas por los asesores del programa de suficiencia profesional de nuestra Universidad y se constituya a la vez en una iniciativa que conceda a los afables lectores poder reflexionar sobre este tema analizado, con la intención de que lleguen a convertirse en agentes activos del proceso de envejecimiento.

ÍNDICE:

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema (evaluación y diagnóstico)

1.1	Descripción de la realidad problemática	19
1.2	Formulación del problema	24
1.2.1	Problema general	24
1.2.2	Problemas específicos	24
1.3	Objetivos de la investigación	25
1.3.1	Objetivo general	25
1.3.2	Objetivos específicos	25
1.4	Justificación e importancia.	26

CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual

2.1	Antecedentes	28
2.1.1	Internacionales	28
2.1.2	Nacionales	33
2.2	Bases teóricas	38
2.2.1	Variable de estudio: Perfil cognitivo	38
2.2.2	Fundamentos del proceso de diagnóstico	40
2.2.2.1.	La atención	41
2.2.2.2.	La orientación	41

2.2.2.3.	La memoria	41
2.2.3.	El deterioro cognitivo en el proceso d envejecimiento	45
2.2.4.	Unidad de análisis: el adulto mayor	46
2.2.4.1.	Teoría de la desvinculación	47
2.2.4.2.	Teoría de la actividad	47
2.2.4.3.	Teoría de los roles	48
2.2.4.4.	Teoría de la estratificación por edades	48
2.2.4.5.	Teoría de la continuidad	48
2.2.4.6.	Teoría de la subcultura	49
2.2.5.	La reserva cognitiva	49
2.3	Definición conceptual.	51

CAPÍTULO III: Metodología

3.1	Tipo y diseño utilizado	52
3.2	Población y muestra	52
3.3	Identificación de la variable y su operacionalización	53
3.4	Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico	54
3.4.1	Proceso de evaluación del MMSE	55
3.4.2	Calificación de los resultados	57
3.4.3	Ficha técnica del Minimental State Examination	57
3.4.4.	Adaptación peruana del Minimental State Examination	60

MMSE.

CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados

4.1	Procesamiento de resultados	62
4.2	Presentación de resultados	63
4.3	Análisis y discusión de resultados	86
4.4	Conclusiones	91
4.5	Recomendaciones.	93

CAPÍTULO V: Programa de intervención

5.1	Denominación del programa	94
5.2	Justificación del programa	94
5.2.1	Ventajas y utilidad	97
5.3	Establecimiento de objetivos	98
5.3.1	Objetivo general	98
5.3.2	Objetivos específicos	98
5.4	Sector al que se dirige	98
5.5	Establecimiento de conductas problemas / meta	98
5.6	Metodología de la investigación	99
5.7	Instrumentos /materiales a utilizar	101

5.8	Cronograma	101
5.8.1	Estrategia	101
5.8.2	Actividad	102
5.8.3	Indicadores de evaluación	102
5.8.4	Número de sesiones	103
	Primera sesión	104
	Segunda sesión	105
	Tercera sesión	106
	Cuarta sesión	107
	Quinta sesión	108
	Sexta sesión	109
	Séptima sesión	110
	Octava sesión.	111
CAPITULO VI	Referencias bibliográficas.	112

Anexos

Anexo 1	Matriz de Consistencia	119
Anexo 2	Carta de presentación: Solicitando una muestra representativa	120
Anexo 3	Carta autorizando realizar una muestra representativa	121
Anexo 4	Mini Mental State Examination (MMSE) – Folstein 1975	122
Anexo 5	Continuación del MMSE Folstein 1975	123
Anexo 6	Adaptación peruana del MMSE Custodio, C (2008)	124
Anexo 7	Formato de encuesta complementaria	125
Anexo 8	Solicitud: “Información sobre adaptación del MMSE”	126
Anexo 9	“Etapas del desarrollo humano” según Mansilla, M. (2000)	127
Anexo 10	Ejercicio atención y memoria	128
Anexo 11	Ejercicio atención, concentración y memoria. Fluidez verbal	129
Anexo 12	Ejercicio de cálculo	130
Anexo 13	Ejercicio de visualización	131
Anexo 14	Ejercicio de atención y concentración	132
Anexo 15	Ejercicio de atención y concentración	133

Anexo 16	Ejercicios de memoria sensorial	134
Anexo 17	Ejercicio de percepción	135
Anexo 18	Ejercicio de lenguaje	136
Anexo 19	Ejercicio de atención	137
Anexo 20	Ejercicio de percepción	138
Anexo 21	Ejercicio de memoria	139
Anexo 22	Ejercicio de memoria	140
Anexo 23	Ejercicio de memoria de trabajo y recuerdo	141
Anexo 24	Ejercicio de lenguaje	142
Anexo 25	Ejercicio de atención	143
Anexo 26	Ejercicio de memoria.	144
Anexo 27	Ejercicio de visualización	145
Anexo 28	Ejercicio de memoria	146
Anexo 29	Proceso de acopio de información y evaluación psicológica	147
Anexo 29 a	Palabras de saludo y bienvenida a los asistentes	148
Anexo 30	Fotos de reunión	149
Anexo 31	Trabajos grupales de estimulación cognitiva	150
Anexo 32	Foto grupal junto a los participantes	151

Índice de tablas

Tabla 1	Distribución de la población y muestra	53
Tabla 2	Niveles de variable perfil cognitivo de acuerdo a los criterios MMSE	54
Tabla 3	Rendimiento del MMSE en adultos mayores con demencia en Lima	60
Tabla 4	Distribución de la frecuencia de la muestra	63
Tabla 5	De frecuencia del factor escolaridad	63
Tabla 6	De frecuencia del factor estado civil	64
Tabla 7	De frecuencia del factor bio psico social	64
Tabla 8	De medidas estadísticas descriptivas de la variable perfil cognitivo	65
Tabla 9	De frecuencia del perfil cognitivo total de la muestra	66
Tabla 10	De frecuencia del perfil cognitivo según género	67
Tabla 11	De frecuencia del perfil cognitivo según estado civil	69
Tabla 12	De frecuencia del perfil cognitivo según nivel educativo	73
Tabla 13	De frecuencia del perfil cognitivo según etapas bio psico social	77
Tabla 14	De frecuencias de las áreas cognitivas evaluadas y que no presentan deterioro cognitivo – Normal	81
Tabla 15	De frecuencia de las áreas cognitivas evaluadas, que presentan deterioro cognitivo leve	82

Tabla 16 De frecuencia de las áreas cognitivas evaluadas y que presentan deterioro cognitivo moderado.	84
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de figuras

Figura 1. Estadístico porcentual perfil cognitivo del total de la muestra	66
Figura 2. Histograma correspondiente al perfil cognitivo según género	67
Figura 3. Estadístico porcentual correspondiente al sexo masculino	68
Figura 4. Estadístico porcentual correspondiente al sexo femenino	68
Figura 5. Histograma correspondiente al perfil cognitivo según estado civil	70
Figura 6. Estadístico porcentual correspondiente al grupo solteros	70
Figura 7. Estadístico porcentual correspondiente al grupo casados	71
Figura 8. Estadístico porcentual correspondiente al grupo viudos	72
Figura 9. Histograma correspondiente al perfil cognitivo según nivel educ.	73
Figura 10. Estadístico porcentual correspondiente al grupo sin escolaridad	74
Figura 11. Estadístico porcentual correspondiente al grupo primaria	75
Figura 12. Estadístico porcentual correspondiente al grupo secundaria	75
Figura 13. Estadístico porcentual del grupo de estudios superiores	76
Figura 14. Histograma del perfil cognitivo según etapas bio psico social	77
Figura 15. Estadístico porcentual correspondiente a la etapa adultez	78
Figura 16. Estadístico porcentual correspondiente a la etapa dorada	79

Figura 17. Estadístico porcentual correspondiente a la etapa platino	79
Figura 18. Histograma correspondiente a las áreas evaluadas normal	81
Figura 19. Histograma correspondiente a las áreas cognitivas evaluadas que presentan DC. Leve	83
Figura 20. Histograma correspondiente a las áreas cognitivas evaluadas que presentan deterioro cognitivo moderado.	85

Resumen

La presente investigación es de tipo descriptivo, y diseño no experimental y es transversal. El tipo de muestreo es no probabilístico, intencional por el investigador, con criterios de inclusión y exclusión. El objetivo general fue determinar el perfil cognitivo y precisar las diferencias según género, estado civil, nivel educativo, etapas bio psico social y áreas mayormente afectadas, de los adultos mayores de un programa social, en una Iglesia Cristiana del distrito de San Martín de Porres. La muestra estaba integrada por 60 personas de ambos sexos; que representan el 62% de varones y el 38% de mujeres, cuyas edades fluctúan entre 60 a 82 años de edad.

Se utilizó la prueba neuropsicológica Mini Mental State Examination (MMSE), instrumento adaptado por el médico neurólogo peruano Custodio (2008). La información obtenida fue analizada y procesada a través del programa MS Excel 2016 y IBM SPSS 21.

Se concluyó que el perfil cognitivo total de la muestra es el 55% que corresponde el valor normal; el 23% para quienes presentan deterioro cognitivo leve, y el 22% a deterioro cognitivo moderado. En el factor según género, no se evidencian diferencias significativas. En lo referido a los grupos: estado civil, viudos, sin escolaridad; y el grupo platino; son considerados como factores de riesgo para presentar deterioro en la función cognitiva.

Además, se estima que la escolaridad es un factor que influye directamente en el deterioro cognitivo en personas de 75 años hacia adelante, por el bajo puntaje obtenido, a ser valorado bajo los criterios del MMSE.

También, en lo que concierne a las áreas evaluadas, se concluye que la atención y cálculo, recuerdo y el lenguaje, son identificadas como áreas mayormente afectadas, lo que justifica llevar a cabo un programa de estimulación cognitiva para atender estas necesidades halladas en la investigación.

Palabras claves: Perfil cognitivo, deterioro, adulto mayor, reserva cognitiva, envejecimiento.

Abstract

This research is quantitative, non-experimental, descriptive and applied. The general objective was to determine the predominant cognitive profile in a sample of older adults, participants in a social program of a Christian Church in the district of San Martín de Porres; And whose population was composed of 60 seniors of both sexes.

We used the Mini Mental State Examination (MMSE), which was adapted to the Peruvian population by Custodio, N. (2008). The information obtained was analyzed and processed through the SPSS program. The sample represents 62% of males and 38% of females, whose ages range from 60 to 82 years of age.

It is concluded that, 55% of the total of the sample, the Normal value predominates. That in the factor according to gender, there are no significant differences.

In relation to the stage marital status, the group of widows; In the stage according to schooling, the group without schooling; And in the Bio psycho social stage, the platinum group; Are considered as risk factors for impairment of cognitive function; And also that a direct relationship between cognitive deterioration and years of schooling is established, as well as in people aged 75 years and older, because of the low score obtained and assessed under the MMSE criteria.

In addition, as regards the areas evaluated, it is concluded that attention and calculation, memory and language are identified as areas most affected, which justifies carrying out a program of cognitive stimulation to meet these needs found in research.

Key words: Cognitive profile, impairment, elderly, cognitive reserve, aging.

Introducción

Por circunstancias del internado realizado por el lapso de un año (2015) en el Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú”, esta fue una oportunidad para un acercamiento a las personas adultos mayores y un privilegio descubrir su mundo y su prudencia, la tolerancia y sensibilidad, también el sufrimiento y la angustia; esto permitió valorar la vida, fortalecer la vocación de servicio hacía ellos; en síntesis, fue lo que orientó a desarrollar y formular este tema.

Este trabajo de investigación, se llevó a cabo en el distrito de San Martín de Porres-Lima, siendo su objetivo general determinar el perfil cognitivo que prevalece en los adultos mayores de un programa social de una iglesia cristiana; el mismo que se sujetó a la estructura de trabajo de suficiencia profesional.

Como se puede apreciar, en el Capítulo I se detalla la descripción de la realidad problemática sobre lo que está aconteciendo en el mundo actualmente, conocido como el envejecimiento progresivo de la población, que incluye una variedad de cambios en el individuo, entre los cuales también puede afectar la función cognitiva. Esta situación, está permitiendo que los gobiernos vean este asunto con preocupación, especialmente en el área de la salud. Luego, viene la formulación del problema, que tiene que ver con conocer, diferenciar y establecer los factores de riesgo en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores; seguidamente se exponen los objetivos que se quieren alcanzar en este proceso.

En lo concerniente a la justificación e importancia, se trata de explicar lo que motivó a realizar todo este estudio, para llegar a conocer los niveles de deterioro cognitivo en la población evaluada, y de este modo también saber qué áreas son las mayormente afectadas. Además ésta información procesada se constituiría de gran valor, como material de consulta para futuras investigaciones, y también como orientación para temas similares, especialmente en programas de intervención, cuando se trabaja, como en este caso, con personas adultos mayores.

En lo que respecta al Capítulo II, el marco teórico conceptual, esta parte se inicia

con la exposición de varios temas de investigación afines, que forman parte de la literatura revisada tanto en el ámbito nacional como en el internacional, para conocimiento y orientación del quehacer científico. Seguidamente se especifican las bases teóricas, en donde se exponen una secuencia de información relevante, y datos sobre la variedad de definiciones y conceptos que están en estrecha relación con la variable de estudio.

En el Capítulo III Metodología, se precisan los pasos a seguir en el curso investigador; en primer lugar, ésta seguirá un tipo descriptivo, diseño no experimental, y transversal. Con un tipo de muestreo no probabilístico, intencional por el investigador, con criterios de inclusión y exclusión. En lo que se refiere a las técnicas e instrumentos de medición y evaluación, se realizó una encuesta para tratar de conocer la información relevante y luego se aplicó del Mini Mental State Examination (MMSE) una prueba sencilla, muy utilizada para tamizaje y exploración de la función cognitiva.

En seguida, se continuó con descripción del procesamiento y análisis de las cifras procesadas, y la elaboración de la base de datos con los resultados logrados, utilizándose el programa Microsoft Excel 2000 y el SPSS, que permitió un análisis en forma rápida y segura.

En cuanto al Capítulo IV, sobre el procesamiento, presentación y análisis de los resultados; en esta parte se expone debidamente ordenada, información sobre los datos estadísticos obtenidos de los factores analizados, y anotados en tablas y figuras, debidamente comentados e interpretando su contenido. Luego en forma pormenorizada se muestran las conclusiones, exponiendo los resultados alcanzados, y respondiendo a los objetivos propuestos que guiaron esta investigación.

Con respecto al Capítulo V, ya con los resultados conseguidos y las áreas cognitivas identificadas como afectadas, se procedió a planificar y elaborar el programa de estimulación cognitiva, siguiendo el diseño propuesto para tal fin, con la finalidad de atender las necesidades encontradas en este proceso, y con el uso de estrategias potenciar las capacidades cognitivas en el adulto mayor afectado.

Para finalizar, el Capítulo VI de las referencias bibliográficas, se detallan las fuentes a las que se ha recurrido en el proceso de acopio de información, y los anexos que incluyen copias de documentos y formatos utilizados, así como otros documentos de apoyo a la presente investigación.

CAPITULO I

Planteamiento del problema (evaluación y diagnóstico)

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según las informaciones aportadas por la Organización Mundial para la Salud (2012); el cambio en la pirámide poblacional, que guarda relación con el proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial, se viene dando a pasos acelerados. Debido a este proceso, durante los años 2015 y 2050, el segmento de las personas consideradas como adultos mayores, a partir de los 60 años se duplicará, en una proporción del 11% al 22%, situación que ha sido considerada como una revolución demográfica, y que representa un hecho novedoso, que nunca antes se ha presentado en el mundo.

En proyecciones y cálculos estadísticos, este tipo de población etaria pasará de 605 millones en el transcurso del medio siglo (2050). Es por eso, agregan que, estas alteraciones demográficas en el mundo, será más ligero e impetuoso en los países considerados en vías de desarrollo.

Este organismo, además menciona que, reconociendo que el envejecimiento poblacional es un proceso considerado de múltiples dimensiones, y que, como resultado, el riesgo de afrontar alguna disfunción o deterioro cognitiva aumenta naturalmente con la edad; por lo que se deduce que, entre un 25% y un 30% de los adultos mayores de 85 o más padecen ya, cierto grado de deterioro en la función cognitiva.

Según datos compartidos por la Organización Mundial de la Salud (2015), el incremento de la esperanza de vida en las últimas décadas, ha causado un aumento de la población adulta mayor, que, por primera vez en la historia, gran parte de ellos tienen expectativas de vida similar

o superior a 60 años. Se espera, para el 2050, estas personas bordearán los 2000 millones, un incremento de 900 millones con relación al 2015.

Señalan que, actualmente en el mundo existen 125 millones individuos con 80 años o más. Se pronostica que para el año 2050, habrá una cantidad parecida de esta población etaria (120 millones), únicamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo.

Por otra parte, por valoraciones y proyecciones, aseguran que para el 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de bajos y medianos ingresos. Este cambio demográfico en las personas hacia edades más avanzadas conocido como envejecimiento poblacional, tuvo su comienzo en los países de ingresos altos, (así, en el Japón el 30% de la población ya tiene más de 60 años), y las variaciones más contundentes, se observan en los países de ingresos altos y medianos.

Esta organización igualmente comenta que, el aumento de la esperanza de vida concede buenas ocasiones, no solo para las personas adultos mayores, sino también para las sociedades en general. Esto permite, una ocasión para iniciar diversas actividades, como concluir estudios, programar otras profesiones o retomar pasadas actividades gratificantes; faculta de diferentes maneras que, los adultos mayores contribuyan con sus familias y la comunidad. Lo mencionado, sobre el alcance de estas oportunidades y contribuciones, depende en gran medida de un factor importante: la salud.

Con respecto al enfoque presentado en el Plan Nacional para las personas vulnerables PLAN PAM 2013 - 2017, y difundido por el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; especifican que, tanto en el Perú, como en otros países de América Latina, también ocurre un progresivo periodo de envejecimiento poblacional, cuyo ritmo de crecimiento aumenta en la primera parte del siglo XXI.

Manifiestan que, de acuerdo a las valoraciones y proyecciones oficiales difundidas durante el año 2012, la población nacional proyectada, había logrado como promedio 30 millones de habitantes (INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Lima, 2001). De esa totalidad, su ritmo de crecimiento se estima que el 9,2% de la población lo conforman personas adultas mayores, cuyo equivalente es 2 millones 711,772 habitantes, y la proporción es de 1 millón 266,930 corresponde al sexo masculino y 1 millón 444,842 al sexo femenino.

Esta institución nombra que, la rapidez con que aumentó este segmento poblacional, es más que el doble del proceso de crecimiento de la población en su totalidad. Así, explican que, considerando que la medida de desarrollo de la población total estimada en el período intercensal 1993-2007, fue de 1.6% como promedio anual, la medida de crecimiento del segmento poblacional de 60 y más años fue de 3.5% en el mismo período.

Revelan que, las proyecciones perciben que durante el año 2025, el grupo adulto mayor de nuestra sociedad, será de casi cuatro millones y medio de habitantes, y en estas estimaciones para el año 2050, serán de un promedio de 9 millones. Agregan que, de conformidad a las cantidades oficiales proporcionadas, en vista del ritmo de crecimiento por departamentos, los lugares con considerable cantidad de población adulta mayor en nuestro país, es como sigue: Lima (32.19%), La Libertad (6.17%), Piura (5.94%), Puno (5.24%) y Cajamarca (5.2%). La proporción de población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9.2% (INEI, ENAHO 2010).

Por otra parte, Arboccó (2014), añade que según información difundida por el Instituto Nacional de Estadísticas (INEI), el 9% de la población peruana son adultos mayores (cerca de 3 millones de personas). Cita que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) supone

que el envejecimiento activo, el cual va más allá de la función física, concierne al desarrollo intelectual, cívico, social, artístico y espiritual; entendido así al sujeto en todas sus capacidades, con todas sus facultades disponibles.

Este autor, asimismo, indica que en algunos lugares del planeta se comenta de la *Cuarta Edad* (no solo de la tercera edad), por la existencia de grupos de personas longevas que efectúan diversas labores, con ganas de existir y que generan producción, inclusive superan a alguna apatía juvenil. La ausencia de ánimo, atención, motivación y sentido del humor, así como la falta de sueños e ideales, es lo que más envejece al ser humano, más que la edad por sí misma.

Por su parte, Abarca, J. Et al. (2008), en estudios realizados sobre la conexión entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en adultos mayores de Arequipa, sostienen que el curso del envejecimiento, es un asunto de aumento progresivo y alarmante en el espacio mundial, como resultado de las transformaciones económicas y sociales.

Explica que, el bajo índice de nacimientos, sobre todo en países desarrollados vinculados a los avances de la medicina, admite que cada vez hay una cantidad mayor de adultos mayores en todos los espacios del mundo; y que, como consecuencia, un mayor predominio e incidencia de patologías; entre ellas las enfermedades Neurodegenerativas.

Nuestra nación no es ajena a esta realidad, y este grupo poblacional estaba conformada por el 7.68 %, que representaba a 2 millones 146 mil personas. Agrega que, en este momento se estima, que hay un promedio de 22 ancianos por cada 100 jóvenes de 15 años de edad, y estimaciones para el año 2015, se proyectan 52 adultos de 60 años por cada 100 jóvenes de 15 años; presagia que esta cantidad aumentará.

Igualmente, aclara que, influenciado por el descenso de la mortalidad y la desaceleración de la fecundidad, en todos los lugares del mundo, como resultado, se advierte un preocupante problema socio sanitario que requiere atención inmediata, esto tiene que ver con el progresivo aumento de enfermedades relacionadas al proceso de envejecimiento, considerando así a las patologías de etiología neurodegenerativas.

De la misma manera, teniendo en cuenta el lugar geográfico donde se lleva a cabo el trabajo de investigación, se ha visto por conveniente considerar al Plan Estratégico Institucional de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres al 2017, en donde se contemplan los aspectos sociodemográficos.

Este documento señala que, la población actual del distrito, según las proyecciones del INEI (2012), tiene un índice de 659,613 habitantes, que representa una cantidad promedio del 8% de toda la provincia de Lima. Revela que, según aproximaciones realizadas para el año 2017, la población de SMP tendrá una cantidad de 726,538 habitantes, siendo su crecimiento proyectado de 67 mil habitantes desde el 2012 y el año final del límite de este plan PEI (2017); y el sexo femenino destaca sobre el masculino.

Asimismo, este distrito tiene una incidencia en porcentajes altos de población de adultos mayores (65 y más años), segmento poblacional que es considerado relevante dentro de las políticas públicas que emprenden los gobiernos locales.

Se ha considerado como muestra a una población de adultos mayores, que en su mayoría son residentes de este distrito, y participan en un programa social organizado por la Asociación Iglesia Bíblica Emanuel (AIBE). El local de esta institución se encuentra ubicada en la Av. Perú Nro. 1569 del distrito de San Martín de Porres, Lima; y cuenta con una membresía de aproximadamente 400 personas, de las cuales

700 son personas con una membresía aproximada de 400 personas, de los cuales 70 son personas adultas mayores.

Esta institución realiza diversas actividades, a manera de programas sociales, como el denominado “Ministerio de Gente Sabía”, que es integrado por todos los adultos mayores de ambos sexo, a partir de 60 años a más, quienes participan en reuniones donde se fomenta el amor a Dios, y al prójimo, promoviéndose conjuntamente la interacción social. Además del apoyo espiritual y psicológico, existe una preocupación para que estos adultos mayores fortalezcan las capacidades y habilidades cognitivas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el perfil cognitivo en una muestra de adultos mayores, de un programa social en una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres?

1.2.2. Problemas secundarios

- ¿Existen diferencias según el género, en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?
- ¿Existen diferencias según el factor estado civil, en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?
- ¿Existen diferencias según el nivel educativo, en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?

- ¿Existen diferencias según las etapas bio psico social, en una muestra de adultos de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?
- ¿Existen áreas cognitivas referidas a la orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo y lenguaje, que se encuentren mayormente afectadas, en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general. -

Determinar el perfil cognitivo en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres.

1.3.2. Objetivos específicos

- Precisar las diferencias según el género, en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.
- Precisar las diferencias según el factor estado civil, en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.
- Precisar las diferencias según el nivel educativo, en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.
- Precisar las diferencias según las etapas bio psico social, en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.

- Precisar que áreas cognitivas referidas a la orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo y lenguaje se encuentren mayormente afectadas, en una muestra de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.

1.4. Justificación e importancia. -

El presente estudio del perfil cognitivo en personas adultos mayores, se explica desde tres aspectos:

1.4.1. Aspecto Teórico

En este nivel, se trata de sostener, que a través de este proceso, y de un análisis minucioso de los datos observables sobre las funciones cognitivas; permiten identificar las capacidades conservadas y/o deterioros, midiendo su nivel de progresión; y al analizarlos se puede conocer el grado del perfil cognitivo, y las áreas mayormente afectadas; respondiendo así a los objetivos de la investigación.

1.4.2. Aspecto Práctico

En este plano se justifica y es importante porque, con los resultados procesados y obtenidos, conociendo el nivel de déficit cognitivo y sobre todo detectadas las funciones alteradas, permite realizar una planificación y elaboración de un programa de intervención de estimulación cognitiva, para abordar y potenciar estas áreas mayormente afectadas de los evaluados, en esta investigación.

1.4.3. Aspecto Metodológico

Esta investigación se justifica y es importante porque las conclusiones a las que se arriba, podrán ser contrastadas con los resultados de otras investigaciones realizadas, tanto a nivel nacional, como internacional, que son revisadas y registradas como antecedentes en el Marco Teórico. Además, la información obtenida y los datos procesados, se constituirán

de gran valor e interés científico, como material de consulta para futuras investigaciones, y referenciales para casos similares, especialmente en programas de intervención, cuando se trabaja, como en este caso, con personas adultos mayores.

CAPITULO II

Marco teórico conceptual

2.1. Antecedentes

Existen algunas informaciones acerca de investigaciones relacionadas con la variable perfil cognitivo, y temas similares, tanto en el ámbito nacional e internacional, que han sido publicados para conocimiento, como documentos de interés científico y de utilidad, para referencias a futuras investigaciones. A continuación, se detallan algunas, cuyos resultados y conclusiones son convenientes para ubicarse en el problema de investigación:

2.1.1. Internacionales

Portillo (2015), con la tesis doctoral “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores en Maracaibo-Venezuela”. Mencionó que el objetivo de este tema, fue analizar el deterioro cognitivo en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos del municipio Maracaibo-Venezuela. Para poder cumplir con ese propósito, aplicó el Examen Cognitivo de Cambridge-revisado (CAMCOG-R) y el Mini Mental State Examinación (MMSE), a una muestra conformada por 498 adultos mayores, en un periodo comprendido de MAY a DIC 2008; igualmente realizar el registro de múltiples variables sociodemográficas.

En cuanto a los factores de riesgos socio-demográficos vinculados con el déficit cognitivo, comentó que las personas adultas mayores cuyas edades comprendidas entre los 65-74 años, resultaron con menor índice de deterioro cognitivo, comparados con los de mayor edad; y que estos resultados guardan relación con la literatura revisada. Asimismo agregó que, en el análisis del deterioro en la función cognitiva por edad, quienes presentaron DCL, fue el grupo de 75 años de edad en adelante.

Explicó que, en cuanto al género, no se evidenciaron diferencias importantes, al establecer una comparación entre este, con la presencia o ausencia de DCL. Además, que el segmento con mayor presencia de DCL, fueron los adultos mayores sin nivel de escolaridad.

Que, en lo referido al estado civil, registra un menor porcentaje de DCL en los adultos mayores casados, que no guarda una relación con el nivel socioeconómico, demostrando que es un factor poco influyente en el deterioro cognitivo en adultos mayores.

También detalla que, al aplicar la prueba CAMCOG-R, el 69% de la muestra no presentó DCL, identificando un mayor número de casos con DCL en comparación al MMSE; y que, en las variables sociodemográficas, los resultados logrados son: la edad a partir de 75 años, el vivir solo, ser viudo y la no escolaridad son factores de riesgo para el DCL. Añadió que, en los resultados de la prueba CAMCOG-R observó que los adultos mayores con DCL recibieron puntajes diferentes entre sí en las áreas evaluadas.

Asimismo, en los resultados de evaluación de la memoria, los adultos mayores con DCL, obtuvieron menos de la mitad del puntaje máximo posible, y las personas sin DCL, recibieron un valor promedio muy cercano al máximo posible en la misma área; y que las áreas mayormente afectadas en los evaluados con DCL, fueron lenguaje, memoria, orientación, atención, praxis y pensamiento abstracto.

Ortiz (2014) en la tesis doctoral “Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz”. México; especifica que, el objetivo de la investigación, fue determinar la prevalencia del deterioro cognoscitivo en este tipo de población. Citó que, como instrumento de medición y evaluación al Mini Mental State Examination de Folstein.

Luego indicó que, se valoró el perfil cognitivo del adulto mayor con posible depresión crónica en una muestra de 245 sujetos, alcanzando niveles de deterioro cognitivo leve, posible y sin deterioro; en tres grupos con edades similares.

El género femenino presentó deterioro cognitivo leve con 53% (78); el factor escolaridad con deterioro cognitivo leve 33% (48); en bachillerato; con posible deterioro 38% (10); en el nivel secundaria y sin deterioro 27% (20); y en el nivel primario la cuarta parte con posible deterioro. Igualmente, los evaluados sin escolaridad tuvieron un desempeño similar a los individuos con demencia leve, y que se reduce el desempeño en este grupo en la medida que aumenta en edad, mientras que en los grupos de mayor escolaridad la disminución después de los 65 años es moderado (26).

Manifestó que, el grupo sin escolaridad, con deterioro cognitivo obtuvieron un porcentaje del 22%, el grupo con menos de 7 años de escolaridad 9%, y con más de 7 años de escolaridad solo 1% (20); además la muestra fue del 19% con deterioro cognitivo leve en el grupo de primaria (27).

Nash, N. (2013) Et al., con el tema de investigación denominado “Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural, de la Universidad Veracruzana, México”. Comentó que, acerca del objetivo que cumplió con este estudio, fue establecer una comparación de la capacidad cognitiva y de marcha en adultos mayores a partir de los 60 años hacía adelante, que viven en áreas tanto urbana como rural, en dos municipios de las ciudades de Veracruz y México.

La muestra empleada, estuvo conformada por 80 adultos mayores, y que los instrumentos aplicados en este caso, fueron, la escala de Mini Mental State Examination (MMSE) para evaluar el deterioro cognitivo y la escala de Tinetti para evaluación de la marcha y equilibrio.

Que, realizado el análisis e interpretación de resultados del Mini Mental State Examination (MMSE) y su relación con el lugar de domicilio de la muestra (rural y urbana), concluyó que hubo diferencias en ambos grupos poblacionales, y que la escolaridad es un factor que influyó considerablemente, debido a que en las áreas atención y cálculo tuvieron una valoración entre 12 y 24 (índice de deterioro); esta fue mayor en los ancianos del área rural por ser una gran mayoría iletrados. Aclaró que, lo obtenido es coherente con investigaciones, en donde el nivel educativo guarda relación con los casos donde se evidencia deterioro cognitivo.

Hizo hincapié que, en el área rural las persona evaluadas, demuestran pocos problemas en el equilibrio y en la marcha, en comparación con las personas que viven en el área urbana, al tener estos últimos menos índices en deterioro cognitivo, que los del área rural. Por este motivo, la disminución de la marcha y el equilibrio se relaciona con el deterioro cognitivo, y que es la memoria una de las funciones más afectadas.

Hernández, M. (2013) con la presentación de la tesis postgrado “Relación entre la función cognitiva y valores de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos, que acuden a la consulta de medicina interna en el consultorio Guada Lacau 2012-2013” Valencia-Venezuela. Refirió que ahora, más pacientes sobreviven a enfermedades, que antes eran mortales, y que con el envejecimiento de la población, hay un buen número que tienen variadas condiciones médicas coexistentes; además, que la diabetes es un factor de riesgo para el déficit cognitivo, conforme lo establecen pruebas cognoscitivas; siendo una enfermedad que viene afectando tanto ancianos como jóvenes.

Puntualizó que, el objetivo de este estudio, fue precisar los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) con la diabetes mellitus DM2, y su

relación con la función cognoscitiva (FC), evaluada con el Mini Mental State Examination (MMSE). Con relación a los materiales y métodos empleados, se evaluó a un grupo de pacientes con DM2, entre el 2012 y 2013 en consulta de medicina interna. Se determinó a veinticuatro con Hb1Ac y puntuación del MMSE, con los resultados siguientes: El 45,8% tuvo HbA1c entre 9% y 14% (mal control $P < 0,42$).

En el MMSE, 58,3% entre 27 y 30 (sin deterioro de la FC), 12,5% entre 25 y 26 puntos (posible deterioro) y 29,2% entre 18 a 24 (deterioro leve a moderado), predominó ($P < 0,02$) ausencia de deterioro cognoscitivo. Ni edad, ni sexo tuvieron relación ($P > 0,05$) con HbA1c o MMSE. Los componentes del MMSE se correlacionaron negativa y significativamente (de $P < 0,07$ a $P < 0,001$) con valores de la HbA1c).

Especifica que, esta investigación concluyó: que a mayores valores de hemoglobina glucosilada HbA1c, mayor deterioro de la función cognitiva; puntualiza acerca de la necesidad de evaluar con el MMSE a pacientes con DM2, y conociendo su valoración cognitiva, permitirá una vigilancia médica en el control de la enfermedad.

Molina, M. (2011) con la tesis doctoral “Efectos de la actividad cognitiva en el funcionamiento cognitivo en personas mayores” Universidad Autónoma de Madrid.

Dio a conocer que, el objetivo principal de este trabajo fue profundizar en el estudio de la correspondencia entre el funcionamiento cognitivo en la vejez y la realización de actividades cognitivas, mediada por el contexto socio-cultural y la edad; proponiendo dos objetivos generales: a) analizar si en dos entornos socio-culturales diferentes, existe vínculo entre el funcionamiento cognitivo y la realización de tareas cognitivas; y b) estudiar el impacto de la actividad cognitiva sobre el funcionamiento cognitivo, en distintas etapas del ciclo vital. Comunica que se logró

contactar a 211 personas como muestra, entre los cuales a 67 personas de 90+ años de edad.

El instrumento que utilizó para la recogida de información fue la entrevista estructurada ESAP (European Survey o Ageing Protocol), adaptada para personas muy mayores en la muestra de 90+; y la pruebas MMSE.

Hizo constar, que según los resultados en este estudio, la práctica de actividades intelectuales y la conservación o mantenimiento del funcionamiento cognitivo son dos realidades que se dan asociadas en sujetos mayores y muy mayores, en ausencia de deterioro cognitivo. Estas deducciones tienen implicaciones relevantes para la comunidad científica, a la hora de halar índices predictivos de buen funcionamiento cognitivo y de estrategias preventivas; pero también para la comunidad en general, al encontrar elementos de cambio sobre como poder actuar y que otorgan, al menos, calmar, conflictos vinculados a la edad, convirtiéndonos en agentes activos del proceso de envejecimiento.

2.1.2. Nacionales

Belón & Soto (2015), de la Universidad Católica San Pablo-Arequipa, con el trabajo de investigación “Perfil cognitivo del adulto mayor de Arequipa”; explicaron que el objetivo de este estudio, fue buscar y conocer el perfil cognitivo en la población geriátrica de ese lugar. Poniendo en claro que, este trabajo fue realizado por primera vez durante el año 2015, y el énfasis en la evaluación de una persona que se presume algún déficit cognoscitivo en la vejez; y que las valoraciones clínicas y exploraciones neuropsicológicas desempeñan un rol importante.

Especificaron que, los instrumentos de cribado o tamizaje del perfil cognitivo más utilizados en el medio clínico, es el Mini-Mental State Examination (MMSE), y lo consideran como el patrón de oro o gold

standard, y fue aplicado en este caso. Puntualizan que, procesaron las diferencias en el puntaje total obtenido, de acuerdo al sexo, años de escolaridad, estado civil, ocupación anterior, ocupación actual, actividades cotidianas, ingresos y con quién vive; y en el análisis sobre el perfil cognitivo general de las personas evaluadas, consiguieron un porcentaje del 21% con índices de deterioro.

Expusieron que, no se hallaron diferencias importantes con relación al sexo en el puntaje total obtenido; además que la media fue menor en mujeres que en varones. Compararon estos resultados y los consideran similares con la investigación realizada por Sánchez Rodríguez & Torrellas-Morales (2011) y Varela Et al. (2004), quienes sostienen que el sexo no constituye un factor de riesgo para el deterioro, puesto que las personas de la muestra no presentaron diferencias importantes en la función cognitiva.

Igualmente, en el estado civil, citaron que son los solteros los de mejor desempeño. Lo mismo, en el nivel de escolaridad, aseguran que, estudios realizados plantean la existencia de una fuerte relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en adultos mayores; citaron a (Custodio et al., 2008; Soto et al., 2007; Rodríguez & Sánchez, 2004; Varela et al., 2004; Letenneur et al., 1999).

Refieren que, realizar labores intelectualmente minuciosas tiene un efecto significativo sobre la función cognitiva, y la ocupación ejerce un rol importante en la reserva cognitiva, en vista que implica un desarrollo mental permanente, por lo tanto se constituye en una forma de estimulación cognitiva, citaron a (Soto-Añari, Flores-Valdivia & Fernández-Guinea, 2013; Gély-Nargeot et al.2000).

Gonzales (2012) Et ál, en el análisis sobre el “Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor de dos centros de día - Lima”. Consideraron como objetivo principal, valorar el perfil cognitivo y la

capacidad funcional. Precisan que se procedió a evaluar a una muestra constituida por 150 adultos mayores a partir de los 60 años hacia adelante, de ambos sexos que asisten a dos Centros de Día en Lima, Perú.

Para este caso, utilizaron instrumentos de perfil social para registrar: edad, sexo, nivel educativo, estado civil y personas con quien vive. De igual manera, para la evaluación del estado cognitivo se aplicó el Mini-Mental State Examination (MMSE); y para la capacidad funcional el Índice de Barthel, y la Escala de Lawton y Brody. Manifiestan que, consiguieron los siguientes resultados: los adultos mayores tuvieron una edad media de 74.6 ± 7.2 años, con predominio del sexo femenino.

Que, el 21.3% presentó déficit cognitivo, con mayor prevalencia en el sexo masculino. En lo que respecta a la capacidad funcional, el 52.7% con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria; y en las actividades instrumentales el 4.0% y 16.0%, mostraron dependencia grave y moderada respectivamente.

Revelaron que, se evidenciaron mayor dependencia del sexo masculino en las actividades instrumentales y del sexo femenino en las actividades básicas. También, los resultados indicaron que a mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional. Este estudio concluyó, destacando la importancia de promover un envejecimiento saludable, fomentar acciones para prevenir el déficit cognitivo y programas para mejorar la capacidad funcional.

Aguirre (2014), de la Universidad Privada “Juan Mejía Baca”-Lambayeque, con el trabajo de tesis de grado “Factores socio familiares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo en adultos mayores de un centro integral de Lambayeque”. Presentó una investigación cuantitativa descriptiva, siendo el objetivo identificar el nivel cognitivo del adulto mayor, y los factores socio familiares y personales. En este caso,

la muestra estuvo constituida por 29 participantes de una Centro Integral de adultos mayores, con edades que fluctúan entre los 65 a 84 años de edad; el 45% fueron mujeres y el 55% varones.

En este trabajo, aplicaron el Test de Pfeiffer, para la detección de deterioro cognitivo, la Escala Socio familiar de Gijón, para detectar situaciones de riesgo o problemática social, el Test de Barthel que evaluó las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor.

En conclusión, detalló que, el 55,2% de evaluados no presentaron deterioro cognitivo; en cambio el 27,6% dio como resultado deterioro leve; el 13,8% con deterioro moderado; y el 3,4% con deterioro grave. Una octava parte de la muestra tiene deterioro moderado; el 62% muestra riesgo social y el 13.8% evidenciaron problemas sociales. El 86.2% con síntomas depresivos moderados, y el 13.8% severas. Las mujeres viudas entre edades de 75 -79 años con deterioro cognitivo grave y los varones con deterioro cognitivo leve (17.2%) y moderado (10.3%). El 37.1% de varones presentó riesgo social y las mujeres 10.3%.

En lo que corresponde al estado civil, el 6.9% de los viudos (as) tuvieron dependencia leve, con edades que oscilan entre 70 -74 años. En lo que compete a factores socio familiares, existe una asociación (75%) entre personas adultos mayores con deterioro moderado, que poseen riesgo social, mientras que un 25% adolecen problemas sociales, un 50% con deterioro leve tienen riesgo social, mientras que el 12.5% problema social.

Precisó que, en el factor capacidad funcional no encontró ningún enlace con el nivel cognitivo, a diferencia de las manifestaciones depresivas que mostraron una asociación del 75% de adultos mayores con deterioro cognitivo, que padece depresión moderada, mientras que el 25% evidencia depresión severa.

Chávez & Núñez (2013) de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo, con la tesis de grado “Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo, período Abril - Septiembre 2011”. El objetivo fue buscar la frecuencia de deterioro cognitivo leve (DCL) en ancianos. El análisis, fue de tipo descriptivo-prospectivo, con una muestra de 244 pacientes, a través de la revisión de historias clínicas. Utilizaron los instrumentos de medición y evaluación de Peterson y el MMSE, que fue aplicado en los ambientes del consultorio externo; al término del cual, los datos fueron procesados a través de un análisis descriptivo.

Los resultados logrados son los siguientes: la frecuencia de DCL fue 39,75%, de los cuales el 31,96% corresponde al género masculino y 68,04% al género femenino; fue más repetido en mayores de 80 años (54,67%) y con menor grado de instrucción primaria: 74,23%). La enfermedad cardiovascular que encontraron con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial (HTA) y el área más afectada del MMSE fue atención y cálculo. En conclusión; la frecuencia de DCL encontrada es del 39,75%, con más regularidad en el sexo femenino y en personas de mayor edad.

Moncada, L. (2014) con la tesis de grado “Efecto protector del consumo de cafeína sobre el deterioro cognitivo en personas de edad avanzada, en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo- Perú. De la Universidad Privada “Antenor Orrego”- Trujillo. El objetivo de esta investigación, fue precisar si el consumo de cafeína tiene un efecto protector sobre el deterioro cognitivo en personas mayores de edad, en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de EsSalud, Trujillo.

En este caso, se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, de corte transversal, y se procedió a valorar 90 pacientes adultos mayores,

divididos en dos grupos: Grupo I (45 consumidores de cafeína) y Grupo II (45 sujetos no consumidores de cafeína).

Con relación a la edad promedio, para el grupo I fue $70,07 \pm 4,88$ años y para el grupo II fue $71,98 \pm 6,03$ años ($p > 0,05$). Respecto al sexo y su relación con los grupos de estudio, se tuvo que la proporción de varones estuvo presente en el 51,11%, y 44,44% en los grupos I y II, respectivamente, ($p > 0,05$). En lo concerniente a la procedencia, el 75,56% de la muestra fueron de procedencia urbana en el Grupo I y en el Grupo II el 64,44% correspondieron a esta procedencia ($p > 0,05$). En lo que toca al nivel de instrucción, se observó que 44,44% de la muestra tuvieron nivel de instrucción primaria en el Grupo I, y en el Grupo II el 57,78% correspondieron a ese nivel de procedencia ($p > 0,05$).

En cuanto a la valoración del Minimental State Examination (MMSE), el promedio para el grupo I fue $24,11 \pm 2,34$, y para el grupo II fue $19,51 \pm 4,67$ ($p < 0,001$). Al categorizar el MMSE en presencia o ausencia de deterioro cognitivo, se tuvo que el 31,11% del grupo I tuvieron deterioro cognitivo y en el grupo II 80% ($p < 0,001$) con un OR = 0,11 IC 95% [0,043 – 0,30].

En conclusión, el deterioro cognitivo en adultos mayores consumidores de cafeína, registra un 31,11%; y en los no consumidores de cafeína el 80%. Por lo tanto, se sostiene que el consumo de cafeína tuvo efecto protector para el deterioro cognitivo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable de estudio: Perfil cognitivo

Según Beck (1995) citado por Bolívar, Et al. (2012), manifiesta que el perfil cognitivo se encuentra determinado por el conjunto de imágenes que el ser humano ha edificado a través de la experiencia vivida. Estas diferencias son las que moldean, promueven su autonomía y existencia

de cada individuo. Tales perfiles o imágenes son el resultado de los modelos que la persona individual libera a partir de las vivencias tanto positivas como negativas.

Agrega que, “Los perfiles cognitivos permiten en sobremanera el conocimiento de los fundamentos centrales del procesamiento de la información, es decir, como las personas responden al mundo y a sí mismo”.

A su vez estos, establecen la manera de exteriorización de las emociones y los comportamientos. Es importante considerar que para la determinación de un perfil cognitivo se debe reconocer, según Beck, el grupo de convicciones con relación a sí mismo y a los demás, para de esta manera definir así los comportamientos, afectos y estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, según Gonzales, Et ál. (2013), el estado cognitivo es el resultado del funcionamiento global de las diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la atención, la comunicación, la orientación, la comprensión y la resolución de problemas. Un gran número de procesos frecuentes en el adulto mayor pueden provocar deterioro cognitivo ocasionando incapacidad que determinara la necesidad de supervisión; uno de los principales déficits cognitivos es la demencia.

Según Crespo, S. (2014), agrega que la Neuropsicología como disciplina surge de la carencia de comprender el funcionamiento cerebral. La evaluación neuropsicológica informa sobre la situación en la que se encuentran las diferentes áreas y sistemas del cerebro, a través de la valoración de las capacidades cognitivas: orientación, atención, memoria, lenguaje, y otras, permitiendo así determinar el perfil cognitivo, el cual refleja su nivel de funcionamiento general y la situación de las habilidades conservadas y/o alteradas.

2.2.2. Fundamentos en el proceso de diagnóstico del perfil cognitivo

Belón, V. & Soto, M., refieren en sus investigaciones, que durante el envejecimiento, pueden presentarse diversas enfermedades, tales como las enfermedades neurodegenerativas cuya prevalencia global va en aumento, según revelan diversos estudios, cita a los realizados por (Mora-Simón et al., 2012, Otero & Fontán-Scheitler, 2003; Roselli & Ardilla, 20012).

Indica que, en nuestro medio existe una prevalencia en demencia del 6.85% en personas adultos mayores de 65 años, también refiere de un gran número que sufre de deterioro cognitivo leve (DCL) no diagnosticados. Cita a (Custodio et al., 2012).

Además, hace referencia sobre el estudio epidemiológico llevado a cabo sobre las demencias por European Studies of Dementia (EURODEM) en 1999 (citado por Otero & Fontán-Sheitler, 2003) donde establece que la edad avanzada se constituye en factor de riesgo; y concluye que a mayor edad, mayor deterioro de las habilidades cognitivas.

Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012), en estudios realizados refieren que el conocimiento sobre la relación entre el cerebro, el comportamiento y los procesos cognoscitivos ha evolucionado gracias a las técnicas de neuroimagen, que exploran el metabolismo cerebral con precisión tanto en condiciones normales como patológicas. Investigaciones de resonancia funcional en sujetos neurológicamente intactos revelan que todos los aspectos de la cognición dependen de la actividad integrada de diversas áreas cerebrales.

Estos autores revisan los modelos cognoscitivos y sus correlatos neuroanatómicos asociados a los dominios cognoscitivos de la atención, la orientación, y la memoria:

2.2.2.1. La atención

A pesar de las dificultades para definirla, los psicólogos coinciden en que las personas tienen limitaciones en la cantidad de información que pueden procesar, lo cual complica realizar varias tareas simultáneamente. Esto implica que, para funcionar adecuadamente, se debe tener una forma de filtrar o seleccionar información. Este proceso selectivo que ocurre en respuesta a la capacidad de procesamiento limitada es conocido como atención (Heilman, 2002).

La atención es una función compleja que interrelaciona con diversos procesos cognitivos, y pueden diferenciarse tres componentes: selección, vigilancia y control. El normal funcionamiento de estos tres aspectos va a permitir al sujeto ejecutar y mantener una conducta dirigida a una meta.

2.2.2.2. La orientación

Es la conciencia de sí mismo con relación a sus contornos. Necesita de una confiable integración de la atención, percepción y memoria. Un deterioro en el proceso perceptual o en la función de la memoria puede desencadenar en un defecto específico de orientación.

Los defectos en orientación es uno de los síntomas más frecuentes de una alteración cerebral, y lo más común es el deterioro en la orientación de tiempo y espacio. Existen deficiencias en el nivel de conciencia o estado de activación.

2.2.2.3. La memoria

Esta función permite conservar experiencias y percepciones para luego evocarlas. Es uno de los procesos cognoscitivos más complejos y, de igual modo como la atención, interviene en el adecuado funcionamiento de muchos procesos cognoscitivos, por ejemplo, la adquisición del lenguaje (Ardila & Rosselli, 1992).

Refiere que puntualizan tres funciones de la memoria:

Registro: permite captar la información y que ésta quede agregada en la memoria, y es esencial prestar atención aquello que se está mirando, escuchando o tocando.

Consolidación: se encarga de almacenar la información recibida, y ordenarla de forma lógica.

Evocación: facilita el recuerdo posterior. Para una buena evocación hay que repetir la información varias veces.

Hacen referencia que, con el envejecimiento, las alteraciones en la memoria se originan por: cambios en las neuronas del cerebro y por diferencias de procesamiento. Estas variaciones neuronales (placas, nudos), o defecto de los neurotransmisores como la acetilcolina, el cual afecta la transmisión de información entre las neuronas, permiten deficiencias de atención por alteraciones en los lóbulos frontales.

Agrega que, otras causas del deterioro, se consideran: el uso de fármacos, patologías crónicas (corazón), depresión, alcohol, sedentarismo, hipertensión, falta de deseo para aprender, desnutrición, exceso de grasa (Gómez-Pérez, Ostrosky-Solís, Prospero-García, 2003).

Fundamentalmente, los ancianos reportan dificultades en recuperar la información (evocación). El impacto de estos factores puede aumentar a medida que se envejece, esto se debe a que las personas de edad pueden experimentar más de uno de estos factores al mismo tiempo (Ostrosky-Solís et al., 1998b; Gómez et al., 2003).

Los problemas de memoria se deben a cambios en los siguientes procesos (Ostrosky-Solís, 1998 a):

1. Atención dividida. Se altera la capacidad de prestar atención a dos cosas a la vez.
2. Capacidad para aprender nueva información. Se requiere mayor esfuerzo para aprender información.

3. Recuperar, es más difícil acceder a la información almacenada en la memoria a largo plazo de manera espontánea.
4. Evocar, se requiere más tiempo para recuperar la información de la memoria a largo plazo.

Por su parte, Robles, Y. (2003), sostiene que, el cambio más evidente con el proceso de envejecimiento en las personas mayores, es el retraso para procesar nueva información, en la velocidad de reacción a estímulos y en la rapidez de aprendizaje, que se percibe aproximadamente en la edad de los treinta años, cita a (Lezak, 1995; Katzman y Terry, 1983). Añade que, estudios efectuados confirman que esto posiblemente provenga debido a la disminución por efecto de la edad en los procesos inhibitorios cerebrales, probablemente por la reducción de neurotransmisores, y la continuidad del estímulo que lo origina.

Describe que, en la atención se evidencian cambios conforme a la dificultad de la tarea a realizar. La capacidad del registro y los aspectos selectivos de la atención para orientarla y sostenerla, se conservan con el paso del tiempo. Afirma que, en el proceso de dividir la atención o variar el foco de atención, presentan disminución. También, en la evolución de la memoria, concerniente a la adquisición, codificación, almacenamiento y recuperación de información, con el desarrollo del ciclo vital presenta una variación; observándose diferencias interindividuales; siendo visible la disminución en el proceso adquisición y recuperación de información reciente.

Estas variaciones en la memoria como consecuencia de la edad, han permitido diferentes definiciones; citando que Kral en 1958, planteó “*Olvido benigno de la senescencia*”; y el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., presentó “*Pérdida o deterioro de la memoria asociada a la edad*”; datos considerados en el DSM-IV y la CIE-10.

Otro aspecto que destaca, es el lenguaje. Revela que el habla, en las personas mayores originan respuestas más desarrolladas que en los jóvenes; pero en el entendimiento del discurso se aprecia un menor rendimiento. Precisa que, el lenguaje es la habilidad donde se puede ver mayor variabilidad interindividual. Cita a (Obler y Albert, 1985) (pp.21-22).

Según Papalía et al., (2009) el desarrollo de varios déficits cognitivos, incluido el deterioro de la memoria, no es una sola dolencia sino una docena o más que evidencian síntomas parecidos pero causas diferentes.

Agrega, que las personas mayores afectadas olvidan su habilidad para aprender nueva información, recordar la antigua o ambas. También, padecen deterioro en al menos una de las siguientes funciones: habla y escritura; actividades motoras; reconocimiento de objetos y personas, y planificación, ejecución y monitoreo de su propio comportamiento (por lo general una función de los lóbulos frontales).

Esta autora, hace referencia que una importante investigación británica (Paykel *et al.*, 1994) encontró que las tasas de demencia se duplican alrededor de cada cinco años después de los 75, desde ligeramente por arriba de 2 por ciento para las personas de 75 a 79 años de edad, a casi 8.5 por ciento para las edades de 85 a 89. La demencia mínima, que involucra un deterioro moderado, se eleva más pronunciadamente, desde casi 3 por ciento a la edad de 75, a casi 30 por ciento después de los 90 años de edad.

En el pasado, la demencia fue explicada mediante un patrón progresivo de deterioro. En la actualidad, el diagnóstico se basa simplemente en la presencia de los déficits descritos anteriormente, ya sea que empeoren o que no lo hagan.

2.2.3. El Deterioro Cognitivo en el proceso de envejecimiento

Es definido como el déficit continuo de las funciones cognitivas, que van declinando por efecto de factores tanto externos como internos del organismo, los mismos que se van observando en una persona con baja capacidad en la funcionalidad de la persuasión, memoria, percepción, o estados de alerta en el adulto mayor, además de padecer enlentecimiento de la marcha y decadencia motriz (Lobo, 2002; citado por Aguirre, 2014).

El deterioro cognitivo, asimismo es una alteración funcional de la memoria, que surge con el proceso de envejecimiento, y que algunas veces se puede manifestar en una demencia. El declive funcional puede afectar el cumplimiento del desarrollo de las tareas cotidianas. El déficit de las habilidades intelectuales, puede asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, y son atribuibles a razones patogénicas de naturaleza orgánica, y a otras de tipo social.

Esta alteración de tipo progresivo de las funciones intelectuales con preservación del nivel de vigilancia, puede debilitar en el individuo, la capacidad laboral o social, y puede experimentar un declinar en su autonomía, que lo puede llevar a una dependencia familiar.

Según Mónica Rosselli y Alfredo Ardilla (2012), una importante porción de la población mayor de 50 años, refiere pérdida subjetiva de memoria, con falta en muchos de ellos de una alteración objetiva de la misma. En estudios llevados a cabo, afirman que el Alzheimer (EA) en sus etapas iniciales se puede declarar como un Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Refieren que, a pesar de la variedad de investigaciones llevadas a cabo, en el proceso del envejecimiento desde la perspectiva neuropsicológica, por estimaciones se conoce que una buena cantidad de casos de demencia, no son diagnosticados oportunamente dentro de las etapas iniciales.

Añaden que, últimamente ha existido un interés para hallar casos demenciales en sus etapas de inicio, con la utilización de pruebas neuropsicológicas conocidas de tamizaje o cribado, cuya administración e interpretación son sencillas, y están diseñadas para lograr un método objetivo y plantear si el evaluado requiere o no de una evaluación profunda de la función cognoscitiva.

2.2.4. Unidad de análisis: El adulto mayor

Díaz (2014) describe que, en la mayor parte de las culturas reconocen como adulto a todo ser humano que tiene más de 18 años. Pasado los 60 años de edad, se les nombra como adultos mayores, o senectos, ancianos, también personas de la tercera edad. Además, afirma que algunos investigadores de la ciencia del desarrollo humano, sostienen que la edad adulta tiene sub etapas, tales como:

- Edad adulta temprana (entre 20 y 40 años de edad)
- Edad adulta intermedia (de 40 a 65 años de edad)
- Edad adulta tardía (después de 65 años de edad).

Desde la perspectiva psicológica, especifica que la persona adulta es aquel que ha llegado a su desarrollo pleno. Es una etapa que se establece en la plenitud del ciclo vital y el individuo es considerado maduro. De acuerdo a lo propuesto por la biología y las ciencias de la salud, la vejez es definida como un progresivo deterioro del organismo por efecto del envejecimiento, tanto orgánico como funcionalmente.

Información brindada por las ciencias sociales, citan que a la vejez se le designa como la etapa de la jubilación, porque tiene implicancias corporales, por el desgaste biológico causado por el envejecimiento. Desde el enfoque cronológico, la vejez es la situación de un individuo en edad avanzada.

Esta autora cita información extensa y provechosa, sobre las teorías

del envejecimiento dentro del enfoque sociológico y psicológico, que se detallan a continuación:

2.2.4.1. Teorías de la desvinculación

Esta teoría plantea que los ancianos van asumiendo el declinar de sus capacidades a medida que envejecen y enseguida se van alejando del mundanal ruido. Comienza con una disminución de actividades que están relacionadas con la competitividad y la productividad. Estas actitudes reflejan un sentido adaptativo realista que la sociedad lo permite y acepta, porque sabe que son atribuibles al deterioro que produce el envejecimiento.

La teoría ilustra que “una vez ya recorrida una determinada edad, es común que las personas vayan disminuyendo progresivamente los roles más activos, busquen y asuman otros de menor función, restringir la intensidad y continuidad de las interacciones sociales y se vayan concentrando cada vez más en su propia vida interior”.

2.2.4.2. Teoría de la actividad

Este modelo sociológico sostiene que el individuo solo en constante actividad puede ser feliz y sentirse complacido. Que siempre debe adoptar una actitud de productividad, sentirse útil materialmente, en el ambiente donde se realice. De lo contrario, los sentimientos de descontento y la sensación de inutilidad afectarán su estado de ánimo.

Existe discrepancias sobre este planteamiento, en que el desempeño sea solo en un sentido material, debiendo considerarse que la actividad pueda ser recreativa, o asumir una ocupación para le permita seguir autorrealizándose; pero es importante que el sujeto continúe activo, no importando si las labores son de recreación, lucrativas o por necesidad, que logre usar bien su tiempo en otras tareas propias de su nuevo estado, para no caer en la inadaptación.

2.2.4.3. Teoría de los roles

Esta teoría psicológica sostiene que, durante el ciclo vital, se cumple una diversidad de roles, que lo definen tanto social hacia afuera como personalmente hacia el mismo. En este sentido, el autoconcepto y autoestima debe estar en relación con el modelo de roles que realizan y del nivel con que contribuyen a las expectativas ajenas a ellos; es decir, de la manera en que se cumple con ellos. Indica además que, el nivel de adaptación de una persona en el curso del envejecimiento, obedece a la forma cómo vaya asumiendo los roles; que la manera de pensar de la sociedad le va asignando conforme a su edad, de la forma y grado en que asumen las expectativas de rol.

2.2.4.4. Teoría de la estratificación por edades

Este postulado se ciñe solo a demostrar la función que ejerce el rol sobre una determinada población, y para explicar el proceso de la vejez es necesario conocer el rol que desempeña el adulto mayor en una sociedad; esto porque se puede apreciar claramente como esta sociedad ejerce influencia en el anciano y viceversa. Sin embargo, las teorías pueden ir proponiendo las cuestiones problemáticas y alternativas de solución, que pueden aparecer en la interrelación social.

2.2.4.5. Teoría de la continuidad

Propone que esta etapa de la vida, es el resultado de un estilo de vida, de pensar y actuar desde que se nace hasta cuando empieza el periodo de la vejez. Asegura que, conforme se envejece las características principales de la personalidad se van acentuando más y más, y se fortalecen los valores previamente aprendidos.

La persona se va haciendo más estable y menos voluble en cuanto a su personalidad, y un poco limitante para procesar los cambios, referidos a convicciones e ideas. En valores, logra alcanzar el tope máximo, en consecuencia, es más estricta y rígida con su entorno.

2.2.4.6. Teoría de la subcultura

Esta hipótesis permite conocer porque se origina el aislamiento desde otro punto de vista. Asegura que los ancianos tienen cierta inclinación a interactuar más entre ellos, que con otros grupos; esto se explica al hacer una comparación con sujetos de edades menores les daría una imagen de censura acerca de ellos. Este es el motivo por lo que se busca poner en marcha comparaciones con otras personas de un entorno similar a ellos.

Esta teoría señala que: “Los mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, que ayuda a mantener su identidad y autoestima aceptable, les permite establecer comparaciones de sí mismo con otras personas, en situación similar a la suya”. Se reflexiona si esta actitud es natural, o es por el rechazo que experimenta el anciano por parte de la sociedad.

2.2.5. La reserva cognitiva

Según Díaz, U. Et ál. (2009) la reserva cognitiva, es explicada como la capacidad del cerebro para mantener mejor las consecuencias de la enfermedad asociada a la demencia. Se piensa que esta destreza está desarrollada como un efecto, o de una capacidad innata, o bien resultados de las experiencias vividas, como la educación o la actividad laboral.

Agregan, que determinadas variables relacionadas a la reserva cognitiva en los últimos tiempos han ido tomando mayor importancia (complejidad ocupacional, alfabetización, bilingüismo, estimulación cognitiva, etc.) y otras han ido mermando en su significación (volumen cerebral).

Citan a Stern, responsable en la comunidad científica internacional de investigación, que defiende esta materia, y presume que, con un límite parecido de patología cerebral, se espera que aquellos sujetos con mayor reserva cognitiva evidencien menos deterioro cognitivo y que,

entre individuos con capacidad cognitivo parecida, aquellos con más reserva cognitiva sean más capaz para soportar niveles más elevados de patología.

Además, sostiene que una importante reserva cognitiva se evidencia en un uso más eficiente de redes cerebrales o habilidades cognitivas alternativas, esto permitiría un rendimiento o beneficio eficaz durante mayor cantidad de tiempo en caso de presencia de patología cerebral.

De igual forma, indican que trabajos neuropatológicos post mórtem, como el conocido estudio de las monjas, han concluido que sujetos con un nivel educativo bajo y una circunferencia craneal pequeña tienen 4 veces más probabilidad de manifestar indicios clínicos de demencia. Los estudios, al tratar de aclarar qué mecanismos neuronales y/o cognitivos podrían lograr que, frente a la misma medida de neuropatología subyacente, algunos individuos logren expandir una demencia tipo Alzheimer, en tanto que otras transcurre más tiempo o incluso mueren sin mostrar sintomatología alguna.

Según Stern (2009), citado por Meléndez, J. Et al. (2013), la reserva cognitiva la define como la habilidad que mantienen determinados individuos para retrasar el deterioro cognitivo que sobreviene con el proceso del envejecimiento, conservándose, clínicamente menos afectados, aunque los pormenores de neuroimagen o neuropatológicos muestren un proceso desarrollado de la enfermedad. Se explica, una mayor probabilidad para tolerar los síntomas relacionada al deterioro, o sea, para soportar mayor medida de neuropatología antes de llegar al inicio donde la manifestación clínica comienza a evidenciarse, cita a (Manly, Schupf, Tang, Weissm & Stern, 2007; Stern, 2002, 2003).

Al mismo tiempo, señalan que, para su operativización existen dos enfoques complementarios: el modelo pasivo y el activo. El modelo pasivo, delimitado como reserva cerebral (Katzman, 1993) o reserva

neural (Mortimer, Schuman & French, 1981), haciendo mención su operacionalización a la dimensión del cerebro, cantidad de neuronas o densidad sináptica.

Los modelos activos, mantienen la presencia de una intencionalidad para disminuir los efectos del déficit, pudiéndose poner en actividad los procesos de reserva cognitiva (RC) y compensación, esta última explicada como el uso de estrategias o mecanismos que ayudan a superar o aliviar la disminución del funcionamiento de la memoria; diferenciándose dos tipos de capacidades básicas: las implícitas (habilidades cerebrales) y las explícitas (habilidades cognitivas y conductuales).

2.3. Definición conceptual

Para efectos de la presente investigación, el perfil cognitivo se define conceptualmente, como el resultado del funcionamiento global de las diferentes áreas cognoscitivas, tales como la orientación en tiempo y espacio, recuerdo inmediato y diferido, registro (memoria a corto plazo), atención y cálculo, lenguaje, repetición, lectura, escritura y praxis constructiva, medidas a través de la valoración clínica según los criterios del Mini Mental State Examination (MMSE) – Folstein 1975, que permite recabar y registrar datos observables. La puntuación obtenida va a determinar el valor normal del perfil cognitivo, o grado de deterioro leve, moderado y/o severo que puedan presentar las personas adultos mayor al ser evaluados.

CAPITULO III

Metodología

3.1. Tipo y diseño utilizado

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, porque el investigador buscó especificar las propiedades importantes de las personas sometiéndolas a un análisis para reseñar sus características y refiriendo minuciosamente e interpretando lo que es. Por lo tanto, se aplicó la estadística descriptiva para conocer la frecuencia, y las medias de los puntajes obtenidos en los instrumentos de investigación, al ser administrados a las personas de la muestra.

Asimismo, es un estudio no experimental, porque de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006), un estudio de tipo no experimental, “se realiza sin manipulación de la variable de forma intencional por el investigador” (p.189), “por el contrario, se observa el fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural para después analizarlo, por tanto posee un control menos riguroso que el experimental”. También es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único.

3.2. Población y muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico, intencional por el investigador, con criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en la presente investigación: los adultos mayores entre 60 y 82 años de edad y que desearon participar voluntariamente en el presente estudio.

Criterios de exclusión:

De igual modo, cumplieron criterios de exclusión, los adultos mayores

mayores que presentaron déficit en la capacidad auditiva, y visual.

Para efectos de este trabajo de investigación, la población estuvo constituida por 60 adultos mayores de un programa social en una iglesia cristiana ubicada en el Distrito de San Martín de Porres- Lima. Sus edades estaban comprendidas entre 60 y 82 años, donde el 38.3 % son varones y el 61.7 son mujeres.

Tabla 1

Distribución de la población y muestra

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	23	38,3
FEMENINO	37	61,7

Elaboración propia

3.3. Identificación de la variable de evaluación y su operacionalización

La variable de evaluación es identificada como perfil cognitivo, definido conceptualmente como el valor del estado cognoscitivo del adulto mayor, que resulta al ser evaluado. Esta es una variable fácilmente operacionable, porque todos sus indicadores tienen un valor determinado.

Explicada operacionalmente, determinará el valor normal o el grado de deterioro cognitivo que pueda presentar una persona evaluada bajo los criterios del MMSE:

Tabla 2

Niveles de la variable perfil cognitivo de acuerdo a los criterios del MMSE

Nivel o grado	Puntaje logrado
Normal	30 a 27
Deterioro cognitivo leve	26 a 24
Deterioro cognitivo moderado	23 a 16
Deterioro cognitivo severo	- 15

Elaboración propia

En psicología se mide el perfil cognitivo mediante test, y en este estudio se aplicó el Mini Mental State Examination (MMSE), una prueba de tamizaje dentro de las escalas cognitivas-conductuales; donde el evaluado responde a un cuestionario de 30 preguntas (ítems) agrupadas en 10 secciones, que luego de analizadas e interpretadas, permite reconocer aquellas capacidades conservadas y/o déficits cognitivos, y calculando su nivel de progresión; esto último es un valor que representa toda la variable.

3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico

En este estudio, el investigador se desplazó al local de la Iglesia Bíblica Emmanuel, ubicado en la Av. Perú N° 1569 distrito San Martín de Porres, para encuestar y evaluar a cada uno de los adultos mayores previamente citados. Los cuestionarios se contestaron en forma personal y en presencia del entrevistador, previo al consentimiento informado, y participación de manera voluntaria. (Ver anexo 3).

El proceso de aplicación de las técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico, se efectuó de la siguiente manera:

- _ Una encuesta, para obtener datos e información en la evaluación, referentes a aspectos personales, sociales, familiares, ocupacionales del adulto mayor (Ver anexo 7).
- _ Se procedió a la valoración clínica bajo los criterios del Mini-Mental State Examination (MMSE) que permitió recoger y registrar los datos observables, para poder apreciar el estado funcional del área cognitiva de los evaluados. Su aplicación demandó entre en 10 a 15 minutos. Es un instrumento de fácil administración, calificación objetiva y de interpretación inmediata. (Ver anexos 4 - 5).

Para efectos del diagnóstico dependerá de los puntos logrados por cada uno de las personas evaluadas, en la aplicación del instrumento, estas son las siguientes:

- _ De entre 30 a 27 puntos, considerado como valoración Normal.
- _ De 26 a 24 puntos: Deterioro leve.
- _ De 23 a 16 puntos: Deterioro cognitivo moderado.
- _ De -15 puntos: Deterioro cognitivo severo.

Por otro lado, el punto de corte para sospecha de deterioro cognitivo fue ajustado según años de educación: 27 para individuos con más de 7 años de educación, 23 para aquellos con 4 a 7 años de educación, 21 para aquellos con 1 a 3 años de educación, y 18 para los iletrados. Se ha usado la versión peruana, modificada de la traducción de Buenos Aires- Argentina, adaptada por el Médico Neurólogo peruano. Nilton Custodio Capuñay y colaboradores en el 2008 (ver Anexo 6 pág. 124).

3.4.1. Proceso de Evaluación del Minimental State Examination

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede experimentar la persona evaluada:

Orientación:

En tiempo. - 5 preguntas sobre el año, época del año, mes, día de la semana y día del mes. 1 pto. respuesta acertada. (5 ptos. máximo).

En espacio. - 5 preguntas sobre: el país, ciudad, distrito, el piso y lugar donde se ubica el evaluado. 1pto. respuesta acertada (5 ptos. máximo).

Recuerdo inmediato o registro de tres palabras (3 puntos)

Enunciar tres palabras claras (pelota-bandera-árbol), lento y una por segundo; la persona debe repetir. Cada palabra repetida bien 1 pto.

Atención y Cálculo

Debe restar 5 veces consecutivas empezando de 100 menos 7. Cada resta correcta 1 punto. Ante la imposibilidad de restar, deberá deletrear la palabra ODNUM de atrás hacia delante. Por cada letra correcta 1 pto.

Recuerdo diferido (o evocación) (3 puntos)

Preguntar si puede recordar las tres palabras que antes repitió en el “registro de tres palabras”. Cada repetición correcta 1 pto.

Lenguaje. - Nominación (2 puntos)

Mostrar un lápiz y luego un reloj, y preguntarle ¿qué es esto? el paciente debe nombrarlos, 1 pto. cada respuesta correcta.

A continuación:

- _ Repetición.- Decir al evaluado que repita la siguiente frase: “la mazamorra morada tiene duraznos y guindones”. 1 pto. si repite la oración correctamente.
- _ Órdenes o Comandos (3 puntos). - Dar el papel al paciente y decirle: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha”. Cada parte bien ejecutada 1 pto.
- _ Lectura.- Mostrar la hoja que dice: “cierre los ojos” y decirle: “Haga lo que aquí se indica”. Si el paciente cierra sus ojos, 1 pto.
- _ Escritura.- En una hoja en blanco pedirle que escriba una frase espontánea, que contenga sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas. Se otorga 1 pto.
- _ Copia (Praxis constructiva).- En la hoja dice “copie esta figura” pedir que copie el dibujo. Deben estar todos los ángulos, los lados y las

intersecciones. No tomar en cuenta temblor, líneas disparejas o no rectas. Se otorga 1 punto.

3.4.2. Calificación de los resultados

Para calificar el profesional deberá considerar lo siguiente:

- _ Puntuar cada alternativa de respuesta, (de acuerdo al valor dado en el protocolo).
- _ Deberá sumar todos los puntos obtenidos por el paciente, (máximo puntaje es 30 puntos).
- _ Buscar el puntaje total obtenido en la tabla de correspondencia.
- _ Dejar constancia de alguna deficiencia motora o sensorial, visual, que pueda afectar la capacidad del sujeto para responder adecuadamente a las tareas planteadas.
- _ Cuando se hayan omitido ítems por no imposibilidad de su realización, deberá ponderar la nota, aplicando una regla de tres simple; vemos con un ejemplo: Un paciente que por incapacidad no pueda realizar las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizará la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtiene el número entero más cercano, en este caso 27 puntos que se interpreta como puntuación normal sobre 30 puntos.

3.4.3. Ficha técnica del Minimental State Examination

- _ Nombre: Examen Mental (MMSE).
- _ Nombre original: Mini Mental State Examination (MMSE).
- _ Categoría: Prueba neuropsicológica.

- _ Autores: Creado, según señala el subtítulo del artículo original Folstein y Mchugh (1975) como un método práctico para los clínicos, que permite medir el estado cognoscitivo de pacientes. Es el instrumento de exploración más usado a nivel mundial, solo o como parte de baterías.
- _ Objetivos: Folstein y col (1975) diseñaron el MMSE con la intención de examinar el estado mental, de forma rápida y cuantificable, para la evaluación de pacientes psiquiátricos, un instrumento que “separa pacientes con disturbio cognoscitivo de aquellos que no lo tienen”. La denominación de Mini obedecía a que la prueba sólo se concentra en los aspectos cognoscitivos de las funciones mentales. En respuesta a las baterías existentes de la época, consideradas extensas, diseñaron una forma simplificada, cuantificable, del examen del estado mental. Su brevedad de contenido y tiempo la hacía práctica para su uso rutinario y en el control de la evaluación. (Robles, 2003 p.56).
- _ Aplicación: Individual.
- _ Edad: Senil.
- _ Materiales: Cuestionario, papel y lápiz.
- _ Descripción: 11 ítems que calificados y dan un puntaje total de 30.
- _ Evalúa: Orientación (en tiempo y espacio), recuerdo inmediato (o registro de tres palabras), atención y calculo, recuerdo diferido (recuerdo retrasado o evocación), lenguaje (denominación, repetición, lectura, ordenes o comandos y escritura) y praxis constructiva.
- _ Validez: El MMSE presenta validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio, hallándose una estructura diferente en grupos estudiados: sano, demencia y depresión al responder a la prueba. En el grupo sano se identifican cinco factores: orientación, autodirección, verbal, evocación y registro. También presenta validez relacionada

con el criterio, estableciéndose como puntaje de corte el valor 23 para clasificar con mayor eficiencia la presencia de deterioro cognoscitivo. Con este puntaje la sensibilidad es 86%, la especificidad 94%, el poder de predicción positiva 93,5% y el poder de predicción negativa 87%. Robles (2003) (p.131).

- _ Confiabilidad: El MMSE tiene confiabilidad por consistencia interna, encontrándose que esta varía de acuerdo al grupo estudiado, reflejo de la variabilidad de los puntajes, siendo el coeficiente alfa de Cronbach 0.61 para el grupo sano, 0.82 para el grupo demencia y 0.80 para el grupo depresión. Robles (2003) (p.131).

El MMSE es una prueba que presenta validez y confiabilidad, y que permite identificar la presencia de deterioro cognoscitivo, por lo cual constituye un instrumento que puede ser utilizado en la práctica clínica así como en estudios epidemiológicos, en la atención de la salud del adulto mayor. Robles (2003) (p.132).

- _ Adaptación al español: Diseñado originalmente en inglés, y posteriormente validado al español.

Se ha realizado la adaptación peruana del MMSE, primero por Robles (2003) en un trabajo de tesis doctoral por la UNMSM.

Luego en base a la versión rioplatense del MMSE de Butman Et al. (2001) por el Neurólogo peruano Custodio, et al (2008), empleada en la realización del estudio de prevalencia de demencia en una población urbana de Lima publicada en el año 2008 en la Revista Anales de la Facultad de Medicina (anexo 6 pág. 124).

Tabla 3

Rendimiento del MMSE en adultos mayores con demencia en Lima, información proporcionada por Custodio Et ál (2008)

Rendimiento:	%	IC 95 %
Sensibilidad	64,1%	54,5 _ 72,7
Especificidad	84,1	76 _ 89,8
Valor predictivo positivo	24,4	17,0 _ 33,8
Valor predictivo negativo	96,7	95,7 _ 97,5
Área ROC (exactitud)	0,74	0,68 – 0,80
Odds ratio diagnóstica	9,4	4,92 – 18,12
LR(+)	4,0	2,55 – 6,38
LR(-)	0,4	0,32 – 0,56

Fuente: Rev. Perú Med. Exp Salud Pública 2016; 33(4)1-8 (Ref. Bibliográfica N° 9)

3.4.4. Adaptación peruana del Minimental State Examination MMSE.-

Se ha realizado la adaptación peruana del MMSE, primero por Robles, Y. (2003) en un trabajo de tesis doctoral por la UNMSM.

También, según Custodio, N. Médico Neurólogo, en carta al editor (s/f) refirió que el Minimental State Examination (MMSE) es una de las pruebas cognitivas breves más utilizadas en el mundo, para el tamizaje de pacientes con quejas cognitivas. El MMSE fue diseñado originalmente en inglés, y posteriormente validado al español. Que su grupo de investigación ha realizado numerosas publicaciones y trabajos de investigación, empleando la adaptación peruana del MMSE, en base a la versión “rioplatense” del MMSE de Butman y col; sin embargo, no ha publicado dichas modificaciones.

Que, debido a múltiples consultas recibidas de investigadores peruanos acerca de las adaptaciones realizadas al MMSE versión de Butman, que fue empleada en la realización del estudio de prevalencia de demencia en una población urbana de Lima publicado el año 2008 en la Revista Anales de la Facultad de Medicina, procede a enunciar las adaptaciones realizadas:

1. En el ítem repetición se cambió la frase: “El flan tiene frutillas y frambuesas” por la frase: “la mazamorra morada tiene duraznos y guindones”. En el ítem orden de tres comandos se cambió la orden: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” por la orden: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha”.

Refiere, que desde el año 2008, la adaptación peruana del MMSE ha sido empleada por su grupo de investigación en numerosos estudios, sin novedad. Que, para los investigadores interesados en obtener la adaptación peruana del MMSE, la misma que indica se encuentra disponible a solicitud.

Es por este motivo que con Carta Nro.358-2017-DFPTS, de fecha 31ENE 2017 firmada por el Sr. Ramiro Gómez Salas, Decano de la Facultad de Psicología UIGV, se gestionó al despacho del indicado profesional ubicado en la Calle Bartolomé Herrera No.161-Lince, quien proporcionó un documento sobre la adaptación peruana en (01) folios, (Anexo 6).

También proporcionó un artículo de la Revista Perú Med Exp. Salud Pública, 2016; 33(4) 1-8, sobre rendimiento en pruebas cognitivas breves de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes en una comunidad urbana de Lima Perú, en folios (08) en donde se detalla un trabajo de investigación sobre el rendimiento del MMSE. (Referencia bibliográfica).

CAPITULO IV

Procesamiento, presentación y análisis de los resultados

4.1. Procesamientos de los resultados

En el procesamiento de los resultados, se necesitó que el investigador tenga conocimientos para aplicación de la estadística descriptiva e inferencial. Este proceso se realizó primero tabulando la información, luego codificarla, y transferirla a una base de datos computarizada (IBM SPSS, 21 y MS Excel 2016) esto permitió que con prontitud y exactitud los cálculos se procesarán extraordinariamente. Seleccionado y puesto en ejecución el programa:

- _ Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas: Valor mínimo y máximo, la media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

- _ Luego se procedió a determinar la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes) de los datos del instrumento de investigación.
- _ A continuación, los resultados fueron preparados mediante la elaboración de tablas, cuadros gráficos de datos de cada uno de los factores: sexo, estado civil, escolaridad y etapa biopsicosocial. De igual modo, las áreas cognitivas encontradas mayormente afectadas.
- _ Asimismo, se realizaron los análisis complementarios.
- _ Se completó con la elaboración de las conclusiones, que contiene la interpretación de los datos obtenidos, contrastados con la literatura propuesta.

4.2. Presentación de resultados

Luego de concluido el procesamiento y análisis, se procede a exponer una serie de tablas y figuras que contienen datos relacionados con los diferentes factores que fueron analizados a la muestra, y una breve apreciación con las propiedades estadísticas porcentuales obtenidas, conforme a lo detallado a continuación.

Tabla 4

Distribución de frecuencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	23	38,3
FEMENINO	37	61,7

Elaboración propia

Se aprecia en esta tabla, que el total de la muestra está integrada por 23 varones, que representan el 38,3% y por 37 mujeres que constituyen el 61,7 %; que hace un total de 60 personas, y que en su totalidad conforman el 100% de la muestra.

Tabla 5

De Frecuencia del factor Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
SIN ESCOLARIDAD	3	5,0
PRIMARIA	18	30,0
SECUNDARIA	28	46,7
SUPERIOR	11	18,3

Elaboración propia

En cuanto a este factor, se observa que el nivel sin escolaridad está constituido por 3 personas y son el 5,0%. Con estudios primarios suman 18 personas, y es el 30,0%; los que siguieron estudios secundarios son en total 28 personas, que equivale al 46,7%, y los que continuaron estudios en el nivel Superior lo integran 11 personas, que representa el 18,3%; del total de la muestra.

Tabla 6

<i>De frecuencia del factor Estado Civil</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	5	8,3
CASADO	41	68,3
VIUDO	14	23,3

Elaboración propia

En lo que concierne al estado civil, se reconocen a 5 las personas solteras, que equivale al 8,3%, las casadas en 41son el 68,3%, en condición de viudo un total de 14 que implican el 23,3%.

Tabla 7

<i>De frecuencia del factor bio psico social</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
ADULTEZ	15	25,0
ETAPA DORADA	36	60,0
ETAPA PLATINO	9	15,0

Elaboración propia

En la tabla de frecuencias del factor bio psico social, se distingue que en la etapa adultez una cantidad de 15 personas, que hacen el 25,0%, la etapa dorada con una frecuencia de 36 personas, forman el 60,0 %, y la etapa platino por 9 personas, que son un porcentaje del 15,0%; que en su totalidad significan el 100% de evaluados.

Tabla 8

Medidas estadísticas descriptivas de la variable perfil cognitivo

VÁLIDOS	60
PERDIDOS	0
MEDIA	25,983
MODA	27,0
MÍNIMO	19,0
MÁXIMO	30,0

Elaboración propia

En estas medidas, la media con 25.9, es el promedio del puntaje de la prueba aplicada, de manera proporcional entre todos los evaluados, y una puntuación referido al deterioro cognitivo leve (26-22), dentro de los criterios del MMSE. Con relación a la Moda 27,0 este resultado conforma el puntaje que con más frecuencia se repite (11 veces) en la base de datos.

Acerca del valor Mínimo de 19,0, es el menor puntaje alcanzado, y constituye el valor de deterioro cognitivo moderado (valores 23-16), y por lo menos una persona ha obtenido y asimismo el valor máximo de 30,0 es el mayor puntaje logrado (normal), en el proceso de evaluación.

Tabla 9

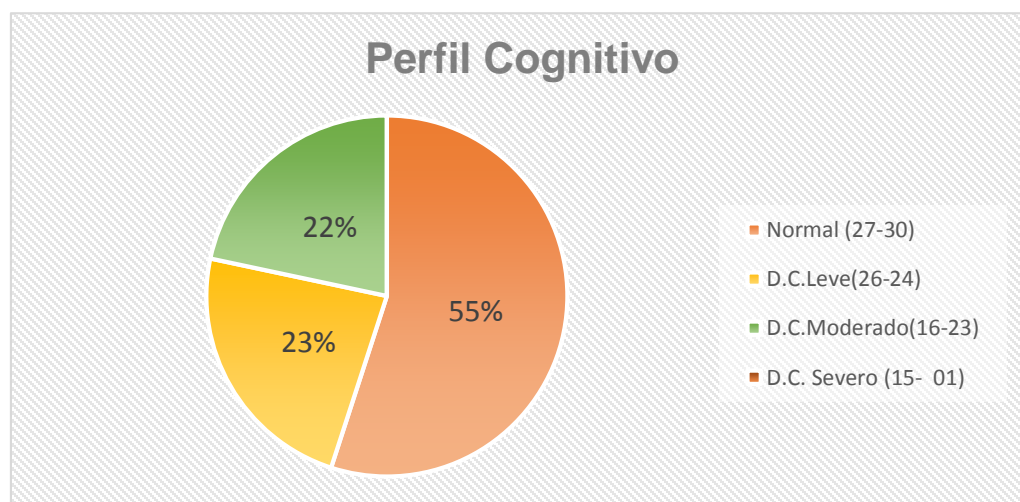
De frecuencia del perfil cognitivo total de la muestra - Objetivo general de la investigación.

Perfil Cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL (27-30)	33	55 %
D.C. LEVE (26-24)	14	23 %
D.C. MODERADO (23-16)	13	22 %

Elaboración propia

Figura N°1

Estadístico porcentual del perfil cognitivo total de la muestra.



Elaboración propia

Respondiendo al objetivo general de la investigación, se aprecia que el 55% de la muestra ha logrado como resultado el valor normal; el 23% corresponde a quienes presentan deterioro cognitivo leve, y el 22% el grupo con deterioro cognitivo moderado. Además, no se halló ningún sujeto evaluado que presente deterioro cognitivo severo.

Este resultado evidencia que el valor normal incide en el perfil cognitivo del total de la muestra evaluada.

Tabla10

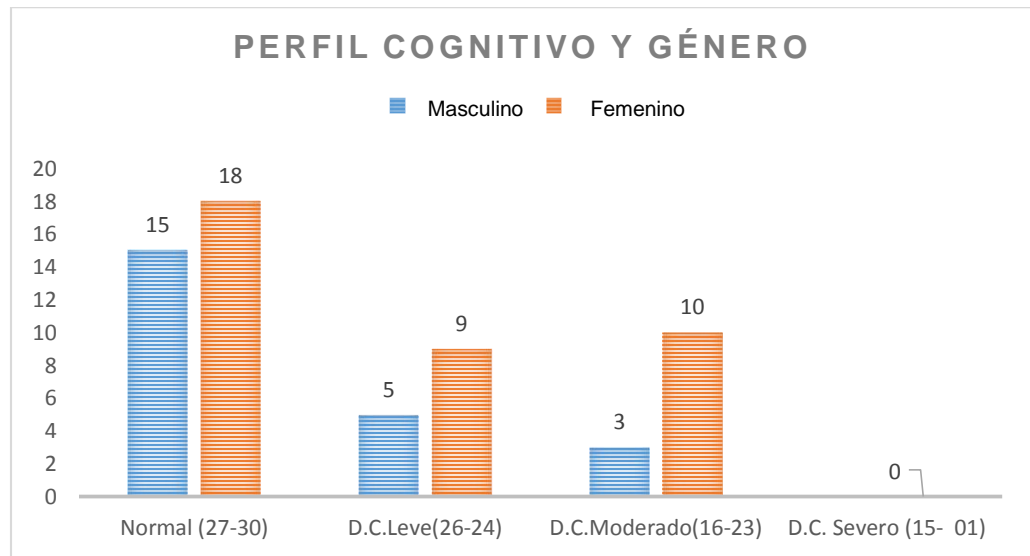
De frecuencia del perfil cognitivo según género- Primer objetivo específico de la investigación

Perfil Cognitivo	Mas.	Porcentaje	Fem.	Porcentaje
NORMAL (27-30)	15	65 %	18	49 %
D.C. LEVE (26-24)	5	22 %	9	24 %
D.C. MODERADO (23-16)	3	13 %	10	27 %

Elaboración propia

Figura N° 2

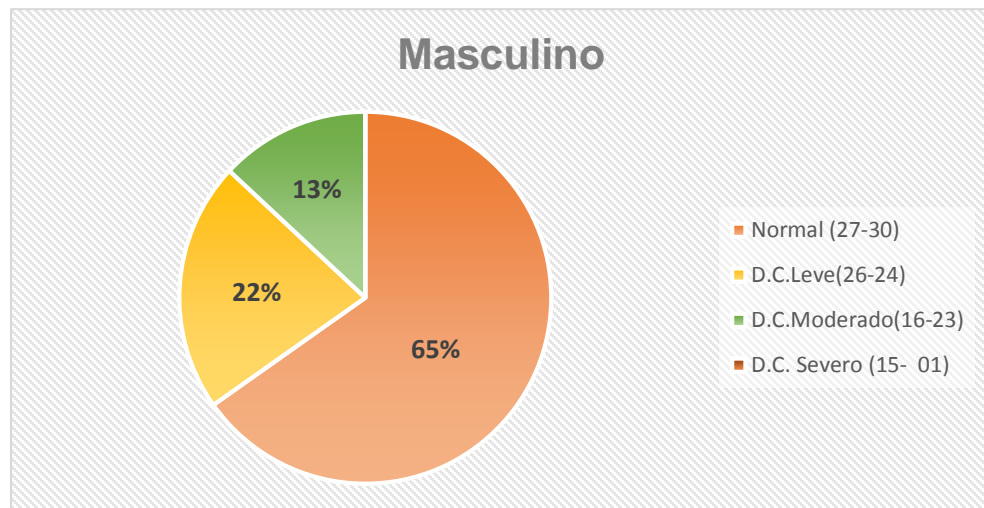
Histograma correspondiente al perfil cognitivo según género



Elaboración propia

Figura N° 3

Estadístico porcentual correspondiente al género masculino.

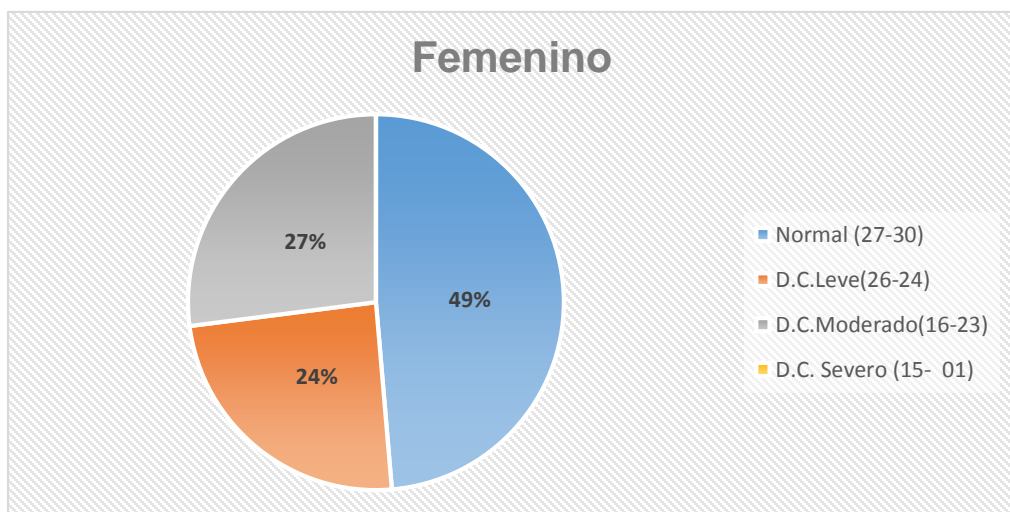


Elaboración propia

Referentes a estos datos, el 65% corresponde al valor normal; el 22% para aquellos que resultan con deterioro cognitivo leve, y un 13% para los que presentan deterioro cognitivo moderado. En respuesta al primer objetivo específico de esta investigación, se observa que en el género masculino destaca el valor normal.

Figura N° 4

Estadístico porcentual correspondiente al género femenino.



Elaboración propia

De la misma manera, en este grupo, el 49% logra el valor normal; el 24% corresponde a deterioro cognitivo leve y el 27% para quienes presentan deterioro cognitivo moderado.

También en cumplimiento al primer objetivo específico, se puede decir que se distingue en este factor el valor normal, ligeramente menor en relación con el sexo masculino.

Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Velón, V, & Soto, M. (2015) sobre el perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa, donde establece que el género o sexo no es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, en vista que los evaluados no evidencian diferencias relevantes en las habilidades cognitivas.

Tabla 11

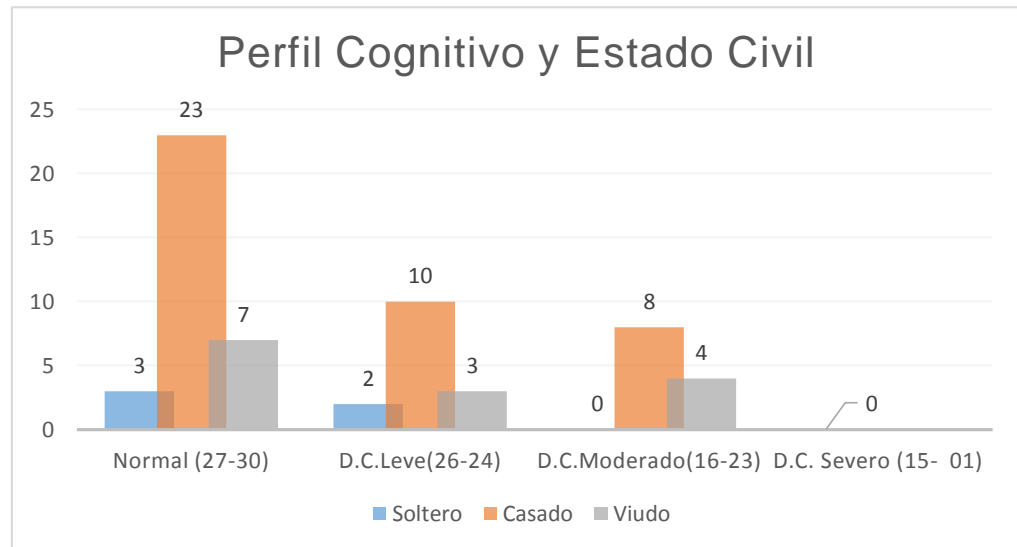
De frecuencia del perfil cognitivo según estado civil – Segundo objetivo específico.

Perfil Cognitivo	Soltero	%	Casado	%	Viudo	%
NORMAL (27-30)	3	60	23	56	7	50
D.C. LEVE (26-24)	2	40	10	24	3	21
D.C.MODERADO (23-16)	0	- -	8	20	4	29

Elaboración propia

Figura N° 5

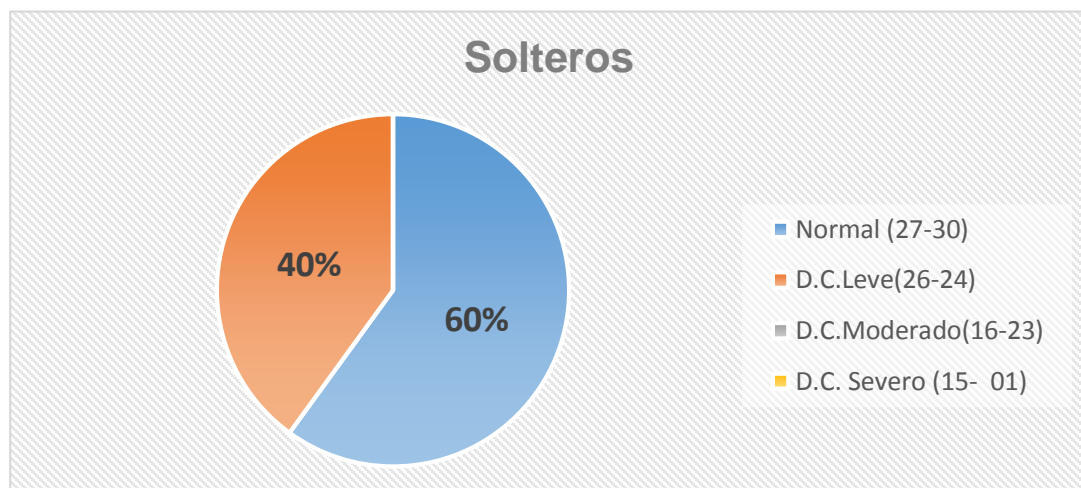
Histograma correspondiente al perfil cognitivo según estado civil.



Elaboración propia

Figura N° 6

Estadístico porcentual correspondiente al grupo solteros

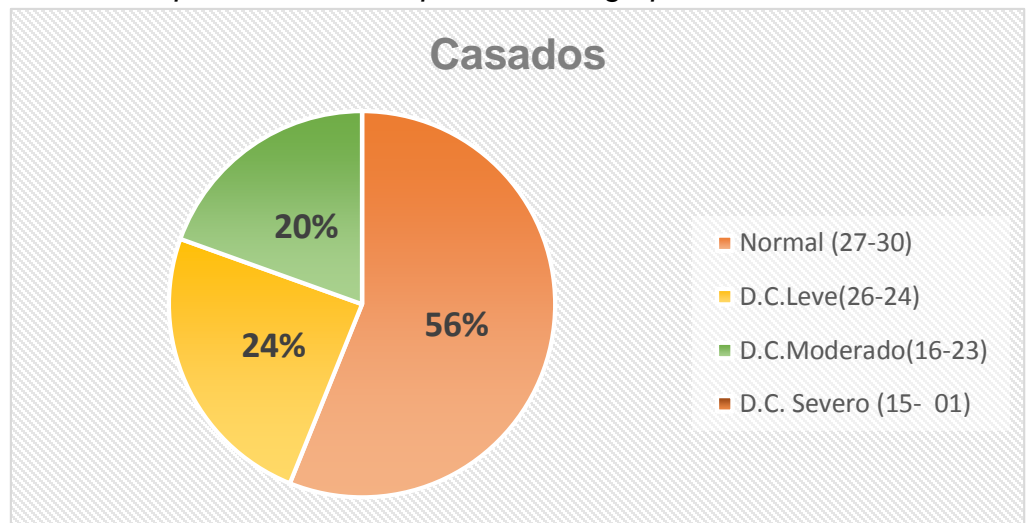


Elaboración propia

Con respecto a este grupo, indica que el 60% ha obtenido el valor normal. En lo que se refiere al deterioro cognitivo leve, ha obtenido un porcentaje 40%. Además, no presenta índices para los valores de deterioro cognitivo moderado.

Figura N° 07

Estadístico porcentual correspondiente al grupo casados

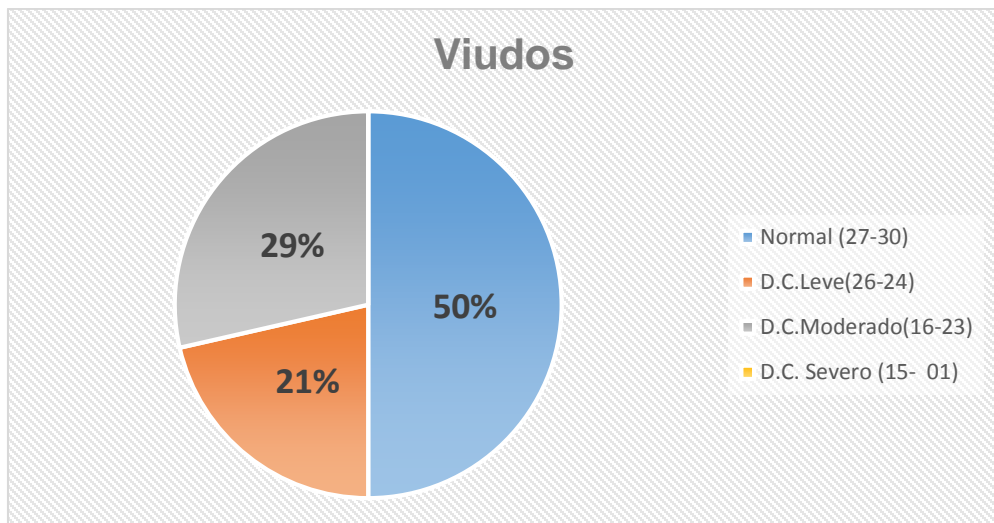


Elaboración propia

Se puede apreciar que el valor normal ha conseguido el 56%, que es un índice menor en comparación con el que corresponde al segmento de solteros. Además, se aprecian valores del 24% para deterioro cognitivo leve y un 20% para deterioro cognitivo moderado.

Figura N° 08

Estadístico porcentual correspondiente al grupo viudos



Elaboración propia

Acerca de estos resultados, el valor normal consigue el 50%; de la misma manera, un 21% para deterioro cognitivo leve y el 29% para el deterioro cognitivo moderado.

Atendiendo al segundo objetivo específico, se pueden precisar las diferencias en los valores de este grupo, son más bajos en comparación con el grupo soltero y casado; por lo tanto, a este grupo se puede considerar como factor de riesgo para presentar declive en la función cognitivo.

Sin embargo, existen otras investigaciones que afirman haber obtenido resultados en personas adultos mayores evaluados, que demuestran que convivir en pareja, con los hijos o con otros familiares se asoció a una menor presencia de deterioro cognitivo. (Portillo, P. 2015 p.91)). Estos resultados detallados podrían estar relacionados a la carga afectiva de la convivencia a lo largo del tiempo.

Tabla 12

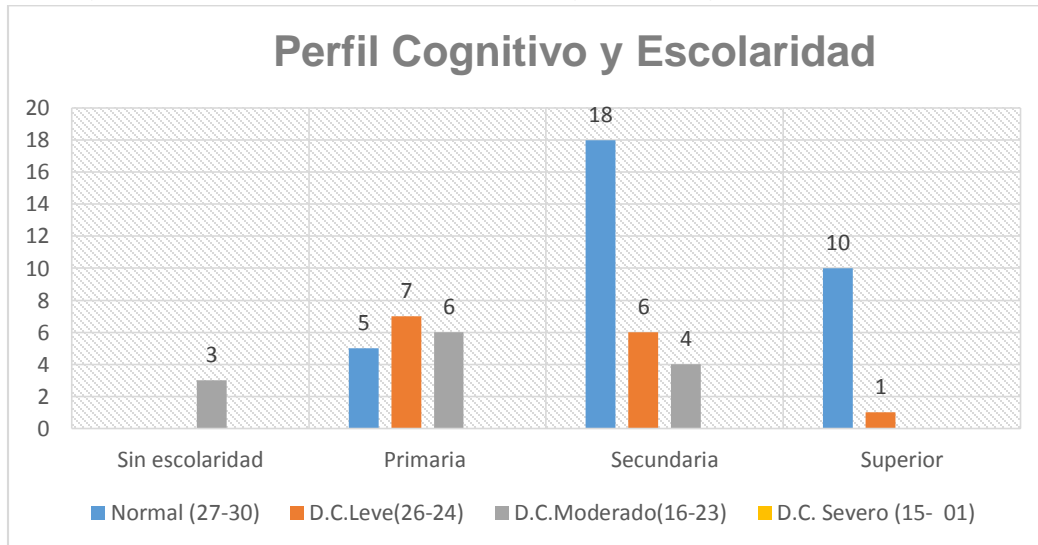
De frecuencia del perfil cognitivo según el nivel educativo- Tercer objetivo específico.

Perfil Cognitivo	Sin escolar. %	Primaria %	Secund. %	Superior %
NORMAL (27 - 30)	0 --	5 28	18 64	10 91
D.C. LEVE (26 - 24)	0 --	7 39	6 22	1 9
D.C. MODERADO (23 -16)	3 100	6 33	4 14	0 --

Elaboración propia

Figura N° 09

Histograma correspondiente al perfil cognitivo según nivel educativo.



Elaboración propia

Figura N° 10

Estadístico porcentual correspondiente al grupo sin escolaridad



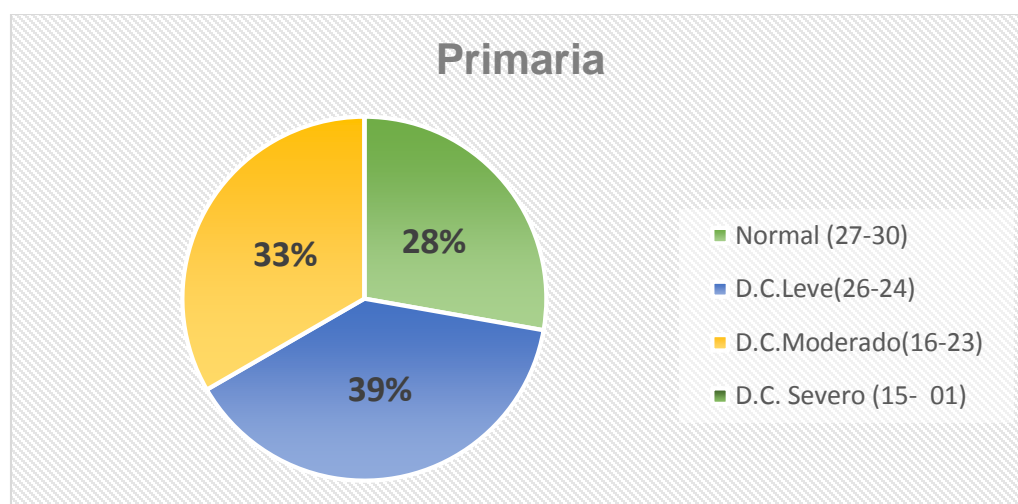
Elaboración propia

En su totalidad este segmento, ha alcanzado el 100% con deterioro cognitivo moderado. Este grupo evaluado podría considerarse como factor de riesgo para el déficit cognoscitivo, seguido del grupo de primaria. Estos valores confirman lo que algunas investigaciones sostienen que, a menores años de escolaridad, existe mayor riesgo de presentar declive en la función cognitiva.

Estos resultado concuerdan con la investigación realizada por Ortiz, C. (2014) de la Universidad Veracruzana de México, quien sostiene que si bien es evidente que a nivel primaria la cuarta parte prevaleció en posible deterioro y que con relación a esto, algunos autores, agregan en sus conclusiones que el MMSE es muy dependiente del nivel de escolaridad, pues los evaluados con nula escolaridad tuvieron un desempeño similar al de pacientes con demencia leve. Por lo tanto, disminuye el desempeño en este grupo conforme aumenta la edad, mientras que en los grupos de mayor escolaridad el decremento después de los 65 años es discreto (p.18).

Figura N° 11

Estadístico porcentual correspondiente al grupo primaria

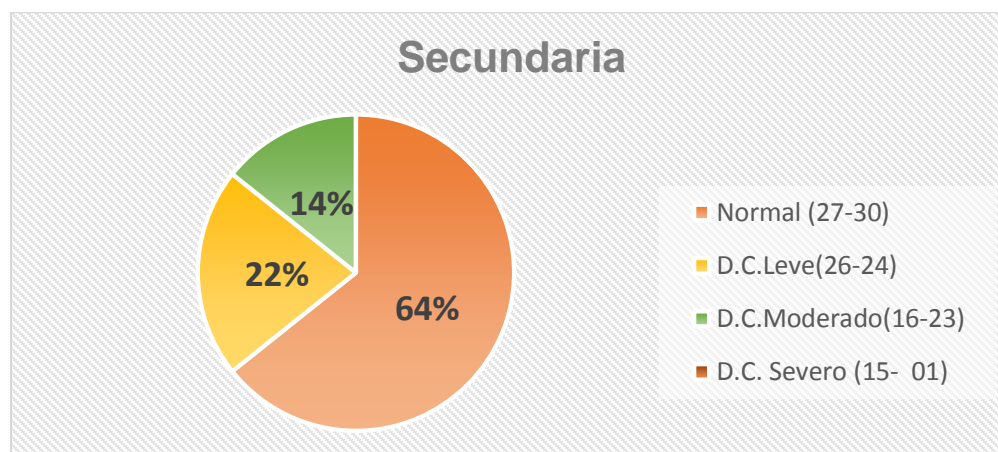


Elaboración propia

En cuanto a quienes solo cuentan con estudios de primaria, se detalla el 39% con deterioro cognitivo leve y con 33% con deterioro cognitivo moderado. Además, se aprecia un porcentaje menor del 28% para el índice Normal. Algunos estudios realizados, sostienen que existe una influencia que ejercen los años de escolaridad en el funcionamiento cognoscitivo de las personas.

Figura N° 12

Estadístico porcentual correspondiente al grupo secundaria

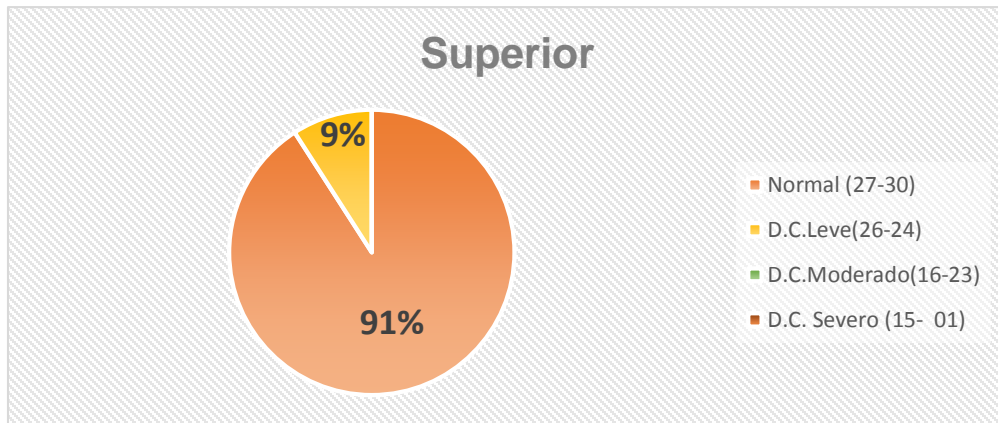


Elaboración propia

Asimismo, con relación a este factor; se pueden ver 64% para índice normal; seguido del 22% para deterioro cognitivo leve y 14% para el deterioro cognitivo moderado. Estos resultados corroboran algunas investigaciones efectuadas, que concluyen sobre una estrecha relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores.

Figura N° 13

Estadístico porcentual del grupo de estudios superiores



Elaboración propia

De igual forma, en cumplimiento al tercer objetivo específico, precisando las diferencias, este grupo superior el valor normal tiene un máximo puntaje de 91%, que constituye un alto índice en comparación con los otros grupos del nivel educativo. Esto se compara con la información registrada en la literatura revisada, donde aseguran que el haber cursado más años de estudios tiene un efecto significativo sobre la función cognitiva.

Estos resultados obtenidos en las personas evaluadas sobre los años de escolaridad en el rendimiento cognitivo general, se apoya en la variedad de trabajos investigatorios que sostienen sobre existencia de una sólida relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores. (Belón, V. & Soto, M. 2015 .p.99, cita a

Custodio et. al., 2008; Soto et al., 2007; Rodríguez & Sánchez, 2004; Varela et al., 2004; Letenneur et al., 1999).

Tabla 13

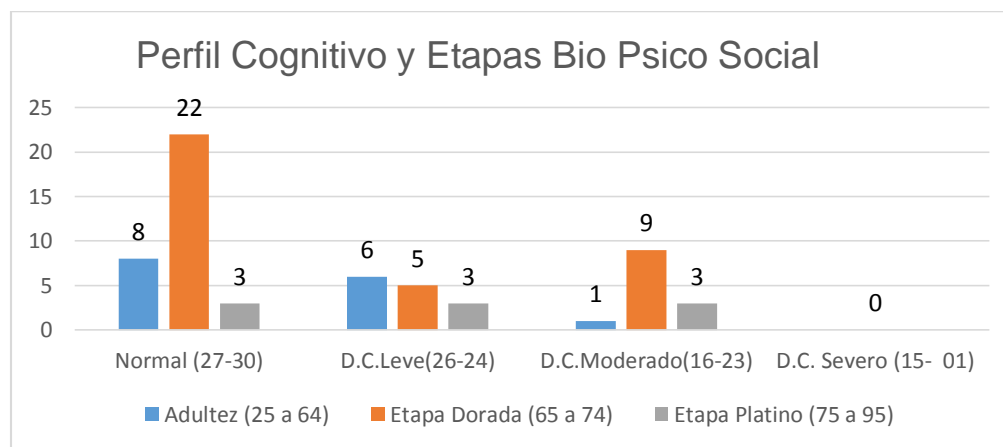
De frecuencia del perfil cognitivo según etapas bio psico social – Cuarto objetivo específico.

	Adultez % (25 a 64)		Etapa dorada % (65 a 74)		Etapa platino % (75 a 95)	
NORMAL (30-27)	8	53	22	61	3	34
D.C. LEVE (26-24)	6	40	5	14	3	33
D.C.MODERADO (23-16)	1	7	9	25	3	33

Elaboración propia

Figura N° 14

Histograma del perfil cognitivo, etapas Bio Psico Social



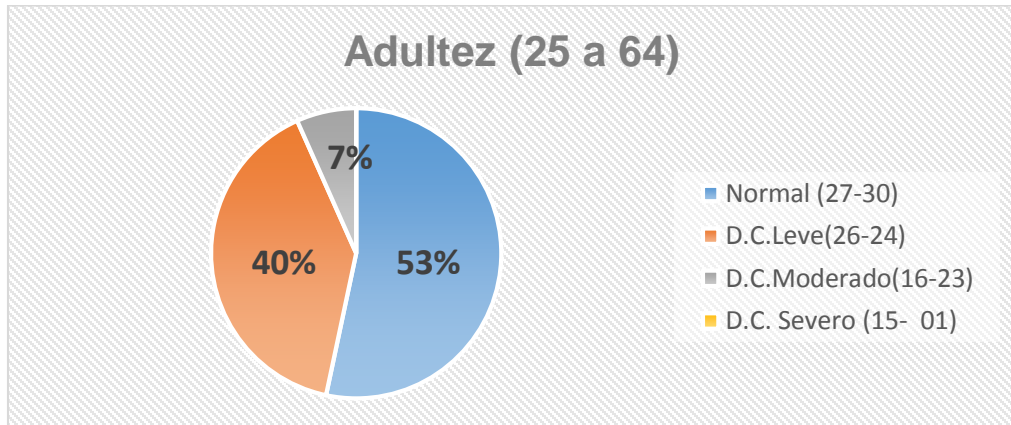
Elaboración propia

En este grupo bio psico social, es importante mencionar que se presenta el debate de la valoración del desarrollo humano y sus diferentes etapas, donde se han tomado en cuenta las variables edad, el ámbito o entorno, conflictos, así también resultados psicológicos de

las personas, la base teórica, basado en la propuesta “Etapas del desarrollo humano” trabajo realizado por Mansilla, M. (2000) (p.115).

Figura N° 15

Estadística porcentual de la etapa adultez (25 a 65)

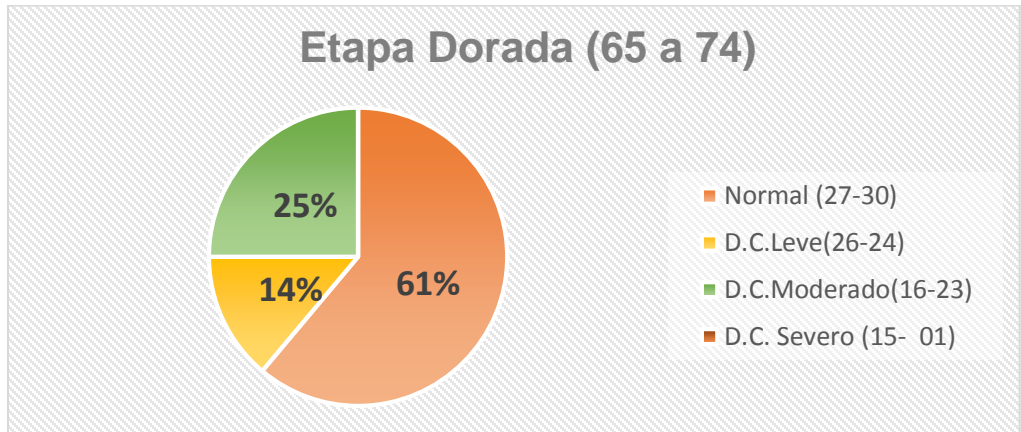


Elaboración propia

En esta etapa, se aprecia el 53% para el valor normal, el 40% con deterioro cognitivo leve, y un valor del 7% que corresponde al deterioro cognitivo moderado. Este grupo presenta valores bajos, que difiere con grupo etapa platino, que presenta resultados más altos para el deterioro de la función cognitiva.

Figura N° 16

Gráfico estadístico porcentual correspondiente a la etapa dorada

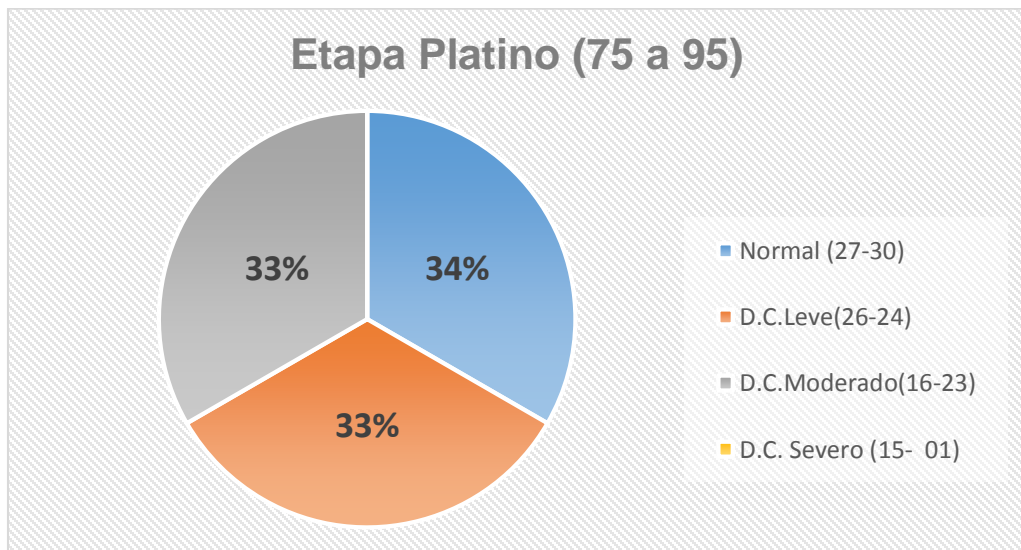


Elaboración propia

Esta etapa dorada, consigue 61% como valor normal, que constituye un porcentaje alto dentro de este segmento, seguido del 14% para deterioro cognitivo leve y 25% para deterioro cognitivo moderado.

Figura N° 17

Gráfico estadístico porcentual correspondiente a la etapa platino



Elaboración propia

Conforme se detalla en esta etapa, el 34% pertenece al valor normal; y al resultar con el 33% tanto para deterioro cognitivo leve, como para deterioro cognitivo moderado; estas cantidades últimas representan puntajes altos, para ser considerado con mayor riesgo para deterioro, en comparación con la etapa Adultez y la Dorada, que obtuvieron puntuaciones más altas.

Estas diferencias se precisan en respuesta al cuarto objetivo específico de la presente investigación.

En relación a la etapa bio-psico-social, según Fernández-Ballesteros, R (s/f), indica que considerando un variado conjunto de características psicológicas, Heckhausen y Schulz detallan en cuales de ellas advertían ganancias y cuales presentaban pérdidas a lo largo del ciclo vital, desde los 20 a los 90 años de edad. Si bien es real que los primeros años de la vida se generan cambios positivos (desarrollo), también es manifiesto que se origina un cierto nivel de estabilidad comportamental en la edad adulta (que llega a los 70 años), y que se experimentan amplios declives o déficit a partir de los 70 años. Estos autores establecen que existen ganancias o mejoras, en distinta medida y proporción a todo lo largo del ciclo vital, aún a los 90 años.

Así, mientras existen funciones cognitivas (en las que el tiempo de reacción o ejecución es importante) presentan déficit muy tempranamente (a partir de los 20 años), otras aptitudes cognitivas, como la amplitud de vocabulario o los conocimientos, no lo hacen hasta muy avanzada edad (a partir de los 70 años) o, incluso, que otras funciones socioafectivas (como el balance entre el afecto positivo y negativo) se articulan mucho mejor en la vejez. En definitiva, existe crecimiento y declive a todo lo largo de la vida.

En definitiva, el adulto mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las funciones o tareas que se le demandan requieren muchos recursos

atencionales. No obstante, conviene también destacar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida. (p.3).

Tabla 14

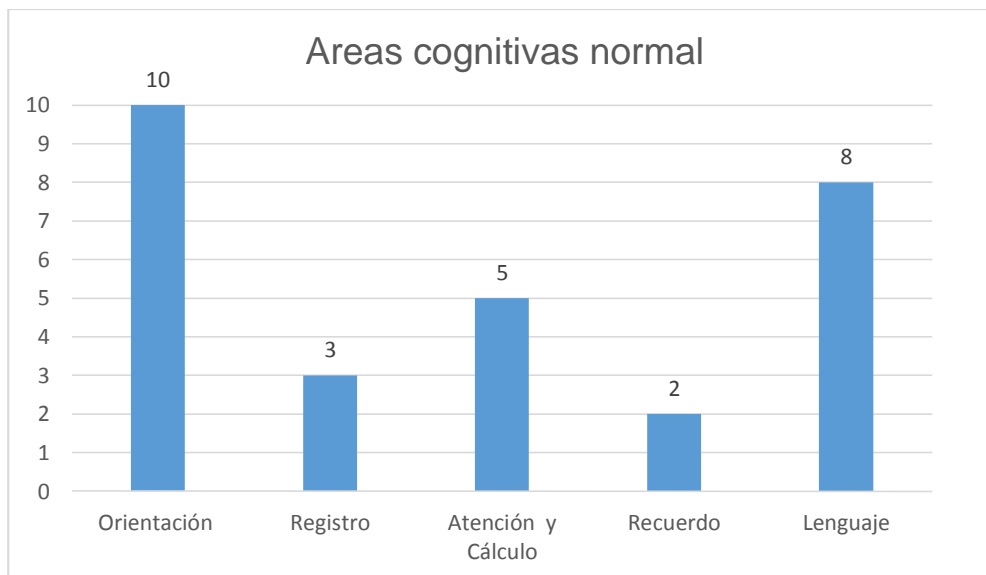
De frecuencia de las áreas cognitivas evaluadas y que no presentan deterioro cognitivo Normal - Quinto objetivo específico.

Áreas del Perfil Cognitivo	Frecuencia	Porcentajes
Orientación	10	99 %
Registro	3	98 %
Atención y Cálculo	5	94 %
Recuerdo	2	77 %
Lenguaje	8	94 %

Elaboración propia

Figura N° 18

Histograma correspondiente a las áreas cognitivas evaluadas normal.



Elaboración propia

Realizando una apreciación en respuesta al quinto objetivo específico, de estos resultados registrados, se precisan que en las áreas de Orientación, Registro y Atención y Cálculo, se han logrado valores máximos; para Recuerdo y Lenguaje, 2 y 8 puntos, respectivamente. Esto permite reconocer que las áreas evaluadas se mantienen conservadas, y consideradas dentro del valor normal. Lo que explica que, corresponde al 55% de la muestra evaluada, y mantienen estas áreas de la función cognitiva en niveles aceptables.

Según Fernández-Ballesteros, R (s/f), indica no cabe duda de que el procesamiento de la información lleva consigo el aprendizaje, además la retención o la memoria de esa información. Luego de evaluar los distintos tipos de aprendizaje, esta autora ponen de relieve que, así se necesitara un mayor cantidad de ensayos de aprendizaje y considerables tiempos de ejecución, las personas mayores (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje (p. 5).

Tabla 15

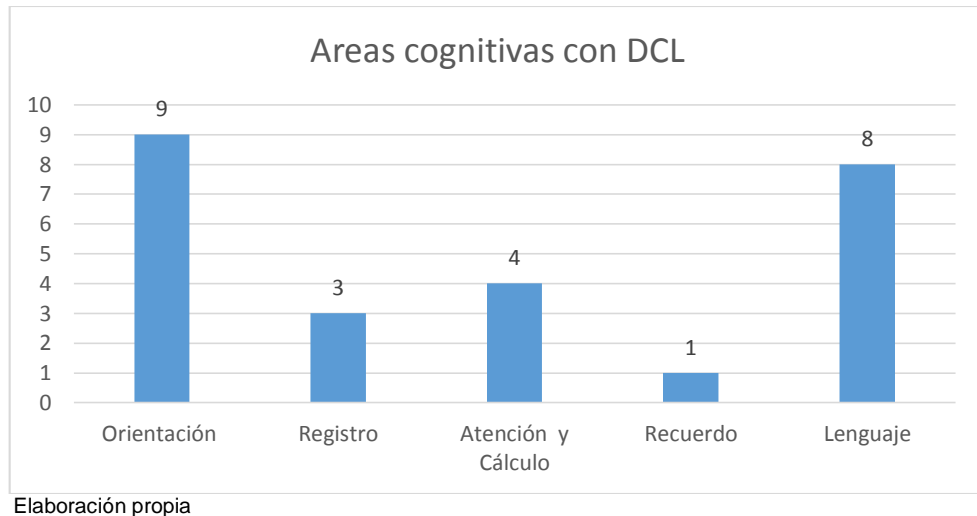
De frecuencia de las áreas cognitivas evaluadas y que presentan deterioro cognitivo leve- Quinto objetivo específico.

Áreas del Perfil Cognitivo	Frecuencia	Porcentajes
Orientación	9	92 %
Registro	3	100 %
Atención y Cálculo	4	74 %
Recuerdo	1	47 %
Lenguaje	8	93 %

Elaboración propia

Figura 19

Histograma correspondiente a las áreas cognitivas evaluadas, que presentan deterioro cognitivo leve.



De igual modo, respondiendo al quinto objetivo específico, se observa que las puntuaciones que registran valores bajos son Recuerdo (1), Lenguaje (8). En este caso se deja entrever que, éstas son las áreas mayormente afectadas con valores para deterioro cognitivo leve; encontradas durante el trabajo de investigación y que deben ser consideradas para ser estimuladas, en el programa de intervención.

Existe información que confirma estos hallazgos, y según Fernández-Ballesteros, R (s/f), indica que un elevado porcentaje de personas adultos mayores manifiestan tener déficit acerca de recordar nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. En el cuadro que sigue, se ilustran los distintos sistemas de memoria, y para una mayor apreciación, junto a ejemplos de patrones de cambio, que declinan con el paso del ciclo vital y aquellos que permanecen estables.

Como se puede ilustrar en esa tabla, tan solo la memoria de trabajo (también llamada operativa y la memoria episódica experimentan cambios negativos asociados a la edad. (p.5)

Patrones de cambio en los sistemas de memoria según
Fernández-Ballesteros, R.

<i>Sistema de memoria</i>	<i>Ejemplos</i>	<i>Patrón de cambio</i>
Semántica	La lista de los Reyes Godos	Estabilidad
Procedimental	Conducir un coche	Estabilidad
De trabajo u operativa	Recordar una secuencia al revés de como se ha aprendido.	Declive
Episódica	Cuando se vio por última vez a alguien.	Declive

Elaboración propia

Tabla 16

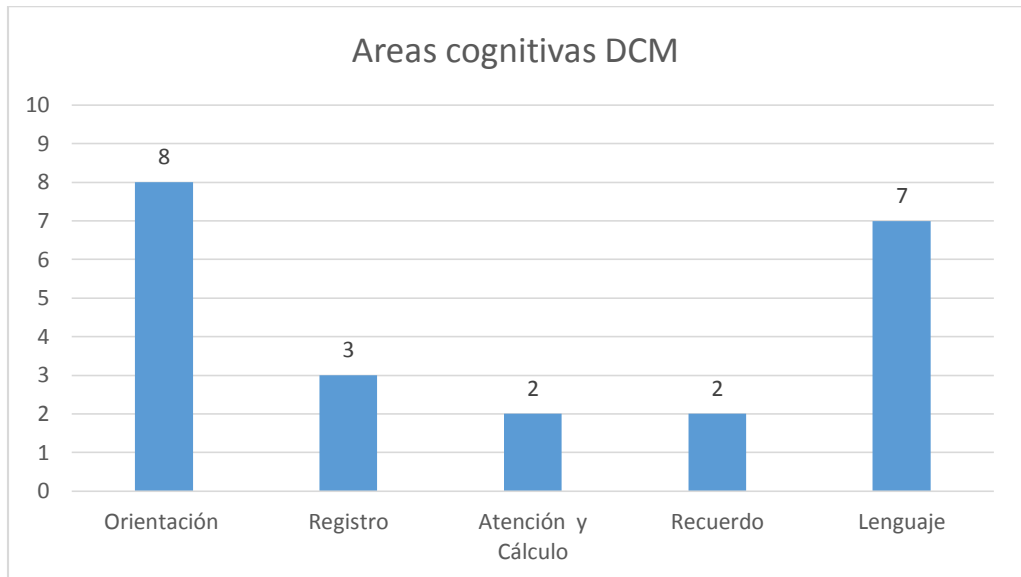
De frecuencia de las áreas cognitivas evaluadas y que presentan deterioro cognitivo moderado – Quinto objetivo específico.

Áreas del Perfil Cognitivo	Frecuencia	Porcentajes
Orientación	8	84 %
Registro	3	96 %
Atención y Cálculo	2	49 %
Recuerdo	2	53 %
Lenguaje	7	74 %

Elaboración propia

Figura N° 20

Histograma correspondiente a las áreas cognitivas evaluadas que presentan deterioro cognitivo moderado.



Elaboración propia

También, atendiendo al quinto objetivo específico, se precisan que, en lo referido a las cifras en detalle, se evidencia que los valores registrados en las áreas de Atención y Cálculo (2) Recuerdo (2), Lenguaje (7) corresponden a valores para deterioro cognitivo moderado. Es necesario tomarlas en cuenta como áreas cognitivas principalmente más afectadas en los adultos mayores evaluados y que requieren ser atendidas, como necesidades encontradas, durante el trabajo de estimulación cognitiva en el programa de intervención.

Frente a este panorama, también Fernández-Ballesteros, R (s/f), hace mención que los psicólogos del envejecimiento han investigado básicamente el funcionamiento cognitivo de las áreas más comunes que inician su desarrollo en la infancia para llegar a su culmen al final de la adolescencia. Refiere, que no es hasta los años 90 cuando se han ocupado de ciertas características cognitivas que pudieran ser propias de la vejez.

Esta autora ejemplifica, que cuando se establece un diálogo con una persona mayor y se le solicita orientación o, igual, cuando uno mismo envejece, valora el consejo del abuelo, porque expresa una forma especial de resolver asunto. Esto se hipotetiza que junto a los declives señalados ocurren también algunos cambios positivos en el funcionamiento intelectual. Por otro lado, también cabe resaltar que la sabiduría tiene componentes afectivos, emocionales e intelectuales.

Agrega que, llegado este punto, tal vez lo más importante sea señalar que existen recursos para mejorar aquellos sistemas de memoria que han declinado, y este puede ser recomendar se ponga en práctica un eficiente programa de estimulación cognitiva para adultos mayores; añadió finalmente.

4.3. Análisis y discusión de resultados.-

A continuación se procede a presentar el análisis y discusión de los resultados obtenidos en este proceso investigador, en cumplimiento a los objetivos planteados, conforme se detallan:

Objetivo general

Sobre el análisis del nivel cognitivo general de la muestra, se observa en la Fig. 01 (ver pág.66) que el 55% de los evaluados, presentan un valor normal en la función cognitiva. Por otra parte, el 23% presentan deterioro cognitivo leve y el 22% con deterioro cognitivo moderado.

Además, no se han obtenido datos acerca de personas que presenten deterioro severo en el funcionamiento cognitivo.

En respuesta al objetivo general de esta investigación, se determina que el perfil cognitivo normal, destaca en este tipo de población etaria.

Del mismo modo, estos resultados son comparados con el trabajo de investigación realizado sobre “El perfil cognitivo del adulto mayor en la ciudad de Arequipa” por Belón & Soto (2015) de la Universidad Católica

San Pablo-Arequipa, y en el análisis del perfil cognitivo de las personas evaluadas, consiguieron un porcentaje del 21% con índices de deterioro; siendo el valor normal que se distingue en las personas evaluadas en esa ciudad.

Es importante resaltar, que estudios realizados por Stern (2009); sostiene que en algunos casos, uno de los motivos para que los individuos cognitivamente, sigan funcionando aceptablemente como adultos mayores, es por la capacidad del cerebro para variar y adaptarse a los cambios, por efectos de lo que conocemos como reserva cognitiva.

Primer objetivo específico

Para precisar las diferencias según el género, en las Fig. 03 y 04, (ver pág. 68) se aprecia que el género masculino obtiene un porcentaje del 65% como valor normal, un 22% con deterioro cognitivo leve y 13% para deterioro cognitivo moderado. Por su parte, el género femenino, presenta el 49% para el valor normal, un 24% con deterioro cognitivo leve y 27% tienen deterioro cognitivo moderado.

En atención al primer objetivo específico de esta investigación, comparando los resultados logrados, no se precisan diferencias relevantes según género, entre el grupo masculino y el femenino, en cuanto al perfil cognitivo.

Estos resultados difieren con las investigaciones realizadas por Gonzales (2015) Et ál., en el análisis sobre el “Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor de dos centros de día-Lima”, que consideraron al valorar el perfil cognitivo y la capacidad funcional. Manifiestan que consiguieron que el 21% de la muestra presentó déficit cognitivo, con mayor prevalencia en el sexo masculino. También, que los resultados indicaron que a mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional.

Segundo objetivo específico

A continuación, analizando el factor estado civil, se aprecia en la Fig. 06 (ver pág.70), que el grupo solteros muestra un 60% que corresponde al valor normal, y un 40% que alcanza para deterioro cognitivo leve.

Respondiendo al segundo objetivo específico, y precisando las diferencias, el grupo solteros resulta de mejor desempeño seguido del grupo de casados, que conforme se aprecia en la Fig. 07 (ver pág. 71) obtiene un 56% para el valor normal, seguido del 24%, para deterioro cognitivo leve y 20% para deterioro cognitivo moderado.

Asimismo, en la Fig.8 (ver pág. 72) se advierte que el grupo Viudos tiene el 50% para el valor normal, 21% en deterioro cognitivo leve y 29% con deterioro cognitivo moderado. Este grupo es considerado como factor de riesgo para presentar deterioro en el perfil cognitivo, por presentar puntuaciones más bajas en la evaluación.

Estos resultados al ser comparados con la literatura revisada, es concordante con el trabajo de Aguirre, A. (2014), en las investigaciones realizadas sobre “Factores socio familiares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo en adultos mayores de un centro integral de Lambayeque”, en donde sostiene que las mujeres viudas cuyas edades oscilan entre 75-79 años, son un grupo que presentan factores de riesgo para presentar deterioro cognitivo moderado.

Tercer objetivo específico

Al establecer aproximaciones según el factor nivel educativo en sus distintas formas, el grupo primaria Fig.11 (ver pág. 75) alcanza el 28% para el valor normal, con 39% deterioro cognitivo leve, seguido del 33% con deterioro cognitivo moderado.

El grupo secundaria Fig.12 (ver pág. 75) obtiene el 64% para el nivel

normal, con 22% para deterioro cognitivo leve; y el 14% para deterioro cognitivo moderado.

El grupo sin escolaridad, Fig.10 (ver pág. 74) alcanzó la cifra del 100%, un valor alto para deterioro cognitivo moderado. Este resultado lo ubica como grupo factor de riesgo para deterioro en el perfil cognitivo, seguido del grupo primaria.

Al mismo tiempo, precisando las diferencias y contestando al tercer objetivo específico; el grupo de estudios superiores Fig.13 (ver pág.76) alcanza el 91% para el nivel normal, y con 9% para deterioro cognitivo leve. Este grupo, ha alcanzado un valor alto normal y un valor bajo para DC. Leve, en comparación con los otros grupos de este segmento.

Según Belón, V. & Soto, M. (2015), en los estudios realizados sobre “El perfil cognitivo del adulto mayor” en la ciudad de Arequipa, sostienen que la educación constituye un factor protector contra la demencia, debido a que una mayor escolarización originaría una considerable conectividad neuronal de manera sólida (p.93).

También, según Ortiz, C. (2014) en el estudio efectuado sobre “Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica”, establece que los individuos con nula escolaridad tuvieron un desempeño similar al de pacientes con demencia leve, cuya capacidad disminuye conforme aumenta la edad, mientras que en los grupos de mayor escolaridad después de los 65 años la disminución es más discreta. Estos resultados podrían suponer que, a menor años de escolaridad, existe mayor riesgo de presentar deterioro en la función cognitiva, y que existe la posibilidad de una relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en adultos mayores.

Cuarto objetivo específico

En las diferentes etapas bio psico social; primero se analizó a la etapa

Adulthood Fig.15 (ver pág. 78) with results of 53% in the normal value, 40% for mild cognitive impairment, and 7% for moderate cognitive impairment.

Subsequently, the Golden Stage Fig.16 (ver pág. 79) achieved 61% for the normal value; 14% with mild cognitive impairment; and 25% present moderate cognitive impairment.

Precising the differences and in response to the fourth objective, the Golden Stage presents a high normal value, followed by the Adulthood Stage. For its part, the group of the Platinum Stage Fig.17 (ver pág. 79) presents 34% in the normal value, and 33% both for mild cognitive impairment, as well as for moderate cognitive impairment; these values would place them as a risk factor to present impairment in the cognitive profile, followed by the adult age group.

These results, when compared with the investigation of Portillo, P. (2015), in his doctoral thesis "Factors of risk for mild cognitive impairment in older adults, in Maracaibo-Venezuela" concludes that: "the sample with ages between 65 -74 years reflected lower cognitive impairment, in comparison with those of 75 years and older who presented higher indices".

Quinto objetivo específico

To finalize, it is precise at the same time that, in fulfillment of the fifth specific objective, the scores registered for each one of the five cognitive areas evaluated, under the criteria of the MMSE, where it can be specified that of the five cognitive areas evaluated, a percentage equivalent to 55% presents normal indices. The areas most affected in the sample are: Memory and Language present mild cognitive impairment (Fig.19, ver pág.83) and Attention and Calculation, Memory and Language with moderate cognitive impairment.

cognitivo moderado (Fig. 20, ver pág.85), que representan el 23% y el 22 % de la muestra evaluada, respectivamente.

Estos resultados, difieren con la investigación de Nash (2013) Et ál, en las investigaciones realizadas sobre “Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural-México”, Universidad Veracruzana, concluyendo que hubo diferencias en dos grupos poblacionales, y que la escolaridad es un factor que influyó considerablemente, debido a que las áreas atención y calculo presentaron índices de deterioro cognitivo.

Al mismo tiempo, los resultados logrados justifica llevar a cabo un programa de intervención en estimulación cognitiva, y de esta manera atender a estas necesidades encontradas en la investigación.

4.4. Conclusiones.-

Que, determinado el análisis de los resultados obtenidos siguiendo los propósitos planteados en los objetivos que orientaron el proceso de esta investigación; se llegó a las siguientes conclusiones:

Se ha determinado que en el perfil cognitivo general de la muestra evaluada en este estudio, destaca el valor normal, con un porcentaje del 55%, y de esta manera se responden al propósito del objetivo general.

Asimismo, al precisar las diferencias según el género, referidos al perfil cognitivo, los resultados obtenidos no evidencian diferencias relevantes, entre el grupo masculino y femenino, de la muestra evaluada, en cumplimiento a lo orientado por el primer objetivo específico

También, para determinar las diferencias según el factor estado civil, el grupo solteros al registrar un porcentaje del 60% en el valor normal, lo ubican como de mejor desempeño; seguido del grupo de casados con un 56% en el valor normal. En cambio, el grupo viudos, se constituye como factor de riesgo para deterioro en el perfil cognitivo, por presentar

puntuaciones bajas en el proceso de evaluación. Estos resultados permiten cumplir lo establecido como propósito en el segundo objetivo específico.

De la misma manera, al establecer las diferencias según el factor nivel educativo, el grupo de estudios superiores, obtuvo un puntaje máximo en el valor normal 91% y un valor mínimo para deterioro cognitivo leve, seguido del factor estudios secundarios, que alcanzaron un 64% para el valor normal. En cambio, el grupo sin escolaridad obtuvo un 100% en deterioro cognitivo moderado, que lo ubican como factor de riesgo para el deterioro cognitivo. De esta manera, se cumple lo que el tercer objetivo específico planteó en esta investigación.

También, delimitando las diferencias según las etapas bio-psico-social; la etapa Dorada presenta un valor normal alto del 61%, seguido de la etapa Adultez, que resulta con el 53% para el valor normal. Estos resultados comparados con la etapa Platino, que obtuvo el 34% para el valor normal, es considerado como factor de riesgo para presentar deterioro en el perfil cognitivo. Igualmente, lo logrado permite cumplir con lo propuesto en el cuarto objetivo específico.

Para terminar, de la misma forma, se logró procesar información que permitieron precisar las diferencias sobre las áreas cognitivas conservadas, y las que presentan déficit en la función cognitiva. De las cinco áreas cognitivas valoradas, un porcentaje equivalente al 55% presentes índices normales. Además las áreas de Recuerdo y Lenguaje presentan deterioro cognitivo leve, también la de Atención y Calculo, Recuerdo y Lenguaje con deterioro cognitivo moderado, que en su totalidad representan el 23% y el 22 % de la muestra evaluada, respectivamente. Se cumple de esta manera a lo precisado por el quinto objetivo específico que guió este proceso.

Estas áreas cognitivas deben ser consideradas como propuestas para ser mayormente estimuladas, durante la aplicación del programa de intervención, a los adultos mayores de la muestra.

4.5. Recomendaciones:

Al concluir este capítulo, existe una motivación que surge de este trabajo desarrollado, por lo que se proponen las siguientes recomendaciones:

Considerando las necesidades identificadas como áreas mayormente afectadas y que requieren de una atención exclusiva, y especificadas en las conclusiones, justifica la implementación de un programa de intervención de estimulación cognitiva, aplicado a personas mayores de la muestra, que presenten deterioro cognitivo, con el propósito de incrementar los aspectos positivos referidos a mejorar el nivel cognitivo.

También, teniendo en cuenta los resultados de la investigación, que establecen que la mayoría de edad sería un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, se recomienda participar en propuestas que promuevan un envejecimiento saludable, orientado a mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida en las personas adultos mayores, a través de campañas con proyección a la comunidad a través de los gobiernos locales.

CAPITULO V

Programa de Intervención

5.1. Denominación del programa

“Taller de estimulación cognitiva aplicado a personas mayores que presenten deterioro en la función cognitiva”.

5.2. Justificación del problema

En los estudios de Olivera, J. & Pelegrín, C. (2015), determinan que el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), ofrece para este tiempo, una variedad de restricciones conceptuales; incluso se admite, de manera general, que se trata de una alteración o déficit de la memoria, superior a la perteneciente a la edad y grado de instrucción educativa del paciente, sin que esto comprometa o afecte la funcionalidad esencial o en todo caso, con una leve afectación y en ausencia de criterios de demencia. Al mismo tiempo enfatizan que, la aplicación de un programa de estimulación cognitiva puede enlentecer la progresión del déficit en las personas mayores afectadas.

Estos autores, hacen hincapié, acerca de que, en oposición de las creencias defendidas durante mucho tiempo, las neuronas no paran o terminan su desarrollo en la infancia, sino que siguen aumentando durante todo el ciclo vital, en la etapa de la adultez e incluso en la etapa de la mayoría de edad. Sin parar, y durante toda la vida, incluso en el declinar de la existencia o vejez, se incrementan nuevas neuronas. Por consiguiente, nuestro cerebro posee la capacidad de regenerarse y rejuvenecerse, que es lo que conocemos como reserva cognitiva.

Por otro lado, señalan que tienen indicios acerca de la tasa de crecimiento de estas nuevas neuronas, podrían estar siendo influenciadas por las funciones cognitivas, de manera parecida, al desarrollo del músculo estimulado por el ejercicio físico; se estaría hablando, de un tipo de “gimnasia mental”. De esto surge la indicación:

“use el cerebro y sáquele más partido”. Aconsejan finalmente que, las intervenciones de estimulación cognitiva, el ejercicio físico, y el control de los factores de riesgo vascular son algunas de las recomendaciones que pueden mejorar y prevenir el deterioro cognitivo.

Desde una perspectiva psicológica, Jara, M. (s.f.) manifestó lo trascendente de la psicoestimulación cognitiva en los ancianos. Indica que, la población longeva, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, viene experimentando un proceso de envejecimiento cognitivo, que precisa de un tratamiento de estimulación en las funciones cognitivas, para mejorar la calidad de vida.

Esta autora, sugiere que un programa de rehabilitación y conservación del funcionamiento cognitivo, las terapias deben orientarse a reforzar las siguientes áreas.

Orientación y atención: Ambas son funciones básicas para ejecutar y aplicar el resto las funciones cognitivas. El déficit atencional se manifiesta en falta de persistencia, fácil distracción, frágil a la interferencia e impedimento para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas. En casos más severos de esta función surge la desorientación temporal y luego espacial.

Memoria: Diversos estudios sobre la memoria, explican, desde los que sostienen que la memoria está conformada por diferentes procesos, hasta los que apoyan que la memoria está organizada por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es definida como la capacidad que tenemos de obtener, conservar, y reproducir las ideas anteriormente adquiridas.

Funciones ejecutivas frontales: Son aquellas asignadas al lóbulo frontal. Se podrían llamar ejecutivas o conducta adaptativa, apropiada, modificable, motivada y sin respuestas impulsivas disruptivas. Los cambios experimentados en el entorno, deben ser evitados y prevenidos

por estas conductas. Igualmente, refiere que, se encuentra unido al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de autocuidado, puesto que los sujetos con déficit de esta área cerebral, padecen un considerable deterioro en este tipo de conductas, y son fácilmente observables, en aquellos que mantenían muy equilibradas las habilidades de autocuidado.

Lenguaje: En la dimensión de esta área cognoscitiva, se va a percibir el lenguaje no exclusivamente hablado, sino el dirigido al habla espontánea, designación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.

Cálculo: Se trata de la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.

Praxias: Es considerada como la capacidad de realizar ciertos movimientos coordinados, en diferentes regiones del cuerpo, en función de un resultado o de una intención.

García, J. (s/f) enfatiza que ser humano dispone con una gama de habilidades (cognitivas, funcionales, motoras, emocionales y psicosociales) que facultan su adaptación al contexto en que se desenvuelve, y contestar a las demandas que este le plantea. Cada una de estas exigencias tiene un papel definido en ese curso de adaptación.

Cita que, por las funciones motoras nos desplazamos, actuamos, y otra actividad que implique motricidad coordinada. En lo referido a las funciones cognitivas, facultan realizar acciones tales como reconocer a las personas, planificar lo que voy a realizar a futuro, o recordar actividades ya realizadas.

Agrega que, cualquier habilidad humana se distingue, por la capacidad de ser mejorada a través de la experiencia y la práctica. En este sentido, la estimulación cognitiva se define como el conjunto de

métodos y estrategias orientadas a procurar mejorar la eficiencia del funcionamiento de las distintas capacidades y áreas cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, orientación y praxias) mediante la realización de una serie de etapas, actividades específicas y organizadas que se designan como “Programas de Estimulación”.

Asimismo, estas estrategias cognitivas se pueden adaptar a cualquier individuo, toda vez que cualquiera persona tiene la facultad para ser más hábil y capaz. Considera como objetivos de esta clase de abordaje a:

- Expandir las capacidades mentales.
- Potenciar y optimizar su funcionamiento.

Enfatiza que, lo que se pretende en este proceso es activar, estimular y ejercitar las funciones cognitivas específicas y los factores que forma parte de ella, de manera apropiada y sistemática, para transformarlas en una habilidad, un hábito y/o una destreza.

5.2.1. Ventajas y utilidad:

- _ Ayudará a ralentizar la evolución del deterioro cognitivo, por efecto del entrenamiento.
- _ Permitirá gran utilidad en las funciones abordadas, por lo tanto, cuanto más extensas y continuadas se realicen las intervenciones, mejor será la utilidad.
- _ Mejorará la autonomía en el adulto mayor para el cumplimiento de sus actividades, mejorando su desarrollo personal.
- _ Promoverá una mejor calidad de vida en el proceso de envejecimiento, al fortalecer y mejorar las capacidades cognitivas.

5.3. Establecimiento de objetivos

5.3.1. Objetivo general

Planear, aplicar y evaluar una intervención para estimular las áreas cognitivas afectadas, en los adultos mayores, en un programa social de una Iglesia Cristiana del distrito de San Martín de Porras.

5.3.2. Objetivos específicos:

- Fortalecer el nivel cognitivo en las áreas más afectadas de la muestra evaluada, y que requieren ser mayormente estimuladas, y de esta manera atender las necesidades encontradas en este estudio.
- Promover y concientizar a los adultos mayores comprometidos, sobre el interés del trabajo a realizar en el programa, y buscar la adherencia al mismo.
- Fomentar la preservación del funcionamiento de las habilidades cognitivas, y sus beneficios por un envejecimiento saludable

5.4. Sector al que se dirige

Este programa está dirigido a una población de adultos mayores de ambos sexos, y cuyas edades fluctúan entre 60 y 82 años, de un programa social de una Iglesia Cristiana en el distrito de San Martín de Porras, que al ser evaluados presentan índices de deterioro en la función cognitiva.

El equipo de trabajo está constituido por un profesional en psicología clínica y con el apoyo de tres personas entrenadas como facilitadores.

5.5. Establecimiento de conductas problemas /meta

En el proceso de evaluación presentan el 55% con valor Normal, con déficit en la función cognitiva el 23% para Deterioro Cognitivo Leve y 22% con Deterioro Cognitivo Moderado. Estos resultados permiten identificar las capacidades conservadas y el nivel de deterioro en las

diferentes áreas cognitivas, consideradas como las mayormente afectadas en las personas evaluadas, al registrar puntuaciones bajas. Para lograr cambios en el nivel cognitivo del sector al que se dirige este programa, se requieren que estas necesidades localizadas sean mayormente estimuladas, y en las restantes sean potenciadas durante las sesiones programadas

5.6. Metodología de la intervención

En esta primera fase, se especifica que el puntaje total logrado en los participantes, mediante la aplicación de la prueba Mini Mental State Examination (MMSE), fue que el 55% se ubican en el valor normal, mientras que el 45% restante presentan deterioro (Tabla 9) (ver pág. 68). Estos resultados, permiten confirmar, que no se halló ninguna persona que presente alguna alteración o deterioro severo en el funcionamiento cognitivo, permitiendo así, incluir a toda la muestra en la intervención.

Como población de estudio, se incluyen como participantes, una cantidad de 60 adultos mayores, de los cuales 23 corresponden al sexo masculino y 37 al femenino. Además, presentan rango de edades de entre 60 a 82 años. En lo que respecta al nivel de escolaridad, 3 de ellos presentan bajo nivel de escolaridad y 57 personas, si evidencian grados de estudios, de más de 4 años.

En la evaluación de cada una de las cinco áreas cognitivas, se concluye que las áreas mayormente afectadas son: Recuerdo y Lenguaje en el valor de DC. Leve y Atención y Calculo, Recuerdo y Lenguaje, para el DC. Moderado.

Este programa de intervención se justifica, con el fin de atender estas necesidades encontradas en la investigación realizada, siendo uno de sus objetivos, que estas áreas sean mayormente estimuladas.

Continuando con la segunda fase, relacionada con el planteamiento y ejecución de la intervención, se ha programado un taller para estimular

y ejercitar las funciones cognitivas en personas mayores, conforme se detalla:

Se ha programado una sesión por semana, con un periodo de duración de 08 semanas consecutivas, con un tiempo de duración de 1 hora con 30 minutos. Una vez realizada la evaluación y concluido en este periodo, existe la posibilidad de establecer el programa de forma permanente; agregando las modificaciones que se requieran, luego de una observación exhaustiva de la evolución de los participantes, utilizando el mismo instrumento de evaluación.

En cada una de ellas se abordan materias relacionadas con las áreas cognitivas: recuerdo, atención y cálculo y lenguaje, consideradas mayormente afectadas en los evaluados, de conformidad de los resultados obtenidos en el instrumento. También se abordarán como reforzamiento, otras áreas cognitivas, especialmente estimulación de la memoria.

En este programa de intervención (adaptado de: Cabellos & Porras (2009 y Ruiz, J. Et al (2011) se abordarán los contenidos en función de los resultados obtenidos en el MMSE:

- Memoria de trabajo, a corto plazo y de largo plazo.
- Atención selectiva, concentración y posición en el espacio
- Registro y facilitar salida de información
- Praxia constructiva, organización e identificación visual
- Ejercitar la observación
- Funciones del lenguaje y retención de información
- La atención y el recuerdo visual

Las sesiones planteadas fueron diseñadas para trabajos en grupo, como una manera de facilitar la interacción personal entre los participantes, además con el personal a cargo de las terapias; manteniéndolos activos y cubriendo sus expectativas. De igual modo, las

técnicas aplicadas permitirán estimular las funciones mentales a través de estrategias cognitivas.

Es importante resaltar que las funciones cognitivas no trabajan de manera aislada, y al ser estimuladas alguna de ellas se logrará conseguir un progreso en todas las demás, toda vez que algunas “investigaciones realizadas ponen de manifiesto que el cerebro humano en la vejez mantiene indeterminados grados de modificabilidad o reserva que pudieran ser activados a través de intervenciones ambientales adecuadas”. (Cabello, M. & Porras S. 2009).

Se resalta que la forma como se ordenaron las sesiones de trabajo, durante el inicio, en las primeras 4 sesiones, se han programado técnicas de respiración y relajación para lograr una buena disposición emocional antes de las actividades.

5.7. Instrumentos/materiales a utilizar

Para el desarrollo de las diferentes sesiones del programa de intervención, se ha considerado realizarlo en los ambientes de la indicada institución cristiana, que es un local amplio, iluminado y ventilado que reúne las condiciones de habitabilidad. En lo que se refiere a los instrumentos, recursos materiales a utilizar, están detallados en cada sesión.

5.8. Cronograma

5.8.1. Estrategia:

Estimulación cognitiva

Es interesante señalar lo que sostiene la psicología cognitiva, que “el aprendizaje es un proceso continuo que no depende del reforzamiento, se centra en la forma como procesamos la información” Liñan, B. & Coronado M. (s/f).

Las investigaciones sostienen que, las capacidades cognitivas responden positivamente al ejercicio constante y la práctica repetida. Las estrategias cognitivas se fundamentan en exponer un conjunto de actividades, a través de las cuales se ejercita o potencia las capacidades o habilidades cognitivas del individuo.

El propósito de estas actividades es alcanzar a mejorar la función cognitiva afectada y de esta manera lograr un mejor rendimiento. Además, estos programas de estimulación, se basan en un análisis detallado de las capacidades cognitivas, combinando técnicas del entrenamiento, del aprendizaje y de la rehabilitación cognitiva. García, J. (s/f).

Se ha estimado que al término de cada sesión se hará un conversatorio con los asistentes, para valorar si las acciones realizadas responden y se ajustan a los objetivos planteados y al tiempo previsto, pudiendo estas ser reajustadas.

5.8.2. Actividad.

Las actividades se realizarán una vez por semana, específicamente los días sábado por las mañanas, y que tendrán un tiempo de duración de una hora y 30 minutos. En lo posible habrá flexibilidad de contenido y tiempo para adaptarse lo mejor posible a las necesidades de los usuarios.

Se ha considerado que al término de cada sesión se hará un conversatorio con los asistentes, para valorar si las acciones realizadas responden y se ajustan a los objetivos planteados y al tiempo previsto, pudiendo las actividades reajustarse.

5.8.3. Indicadores de evaluación

Se trata de realizar una memoria tras la realización de la intervención, siendo necesario revisar y evaluar todos los aspectos planificados. Dentro del cronograma habría que comprobar que actividades se han

cumplido y cuáles no. De igual modo verificar si se cumplieron los objetivos trazados en el programa.

Se efectuará un seguimiento periódico del desarrollo de cada participante con el propósito de ir revisando y ajustando las actividades y tareas al grado de deterioro y evolución, que considere una entrevista. Se puede incluir una valoración cualitativa del programa y una crítica que considere las propuestas de mejora, permitiéndose el aporte de ideas nuevas y originales, como se fomenta cuando se utilizan grupos focales.

5.8.4. Número de sesiones

En este programa de intervención, se han considerado realizar un total de ocho sesiones, conforme se van detallando a continuación.

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

PRIMERA SESIÓN

Número de Participantes: 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Ruptura del hielo - Concientizar sobre la importancia del trabajo – Fluidez verbal			
OBJETIVOS: - Trabajar atención y Memoria - Dinamizar memoria de trabajo			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Presentación, bienvenida, rompe hielo, concientización.	Presentes el equipo de trabajo, se identifican y expresan saludos de bienvenida, y entre ellos hacen lo mismo manifestando sus nombres; seguido se les informa sobre la importancia de la actividad preparada exclusivamente para estimular la función cognitiva y fortalecer la interacción social. En esta parte se entrega credenciales con su nombre e identificación grupal.	Material para credencial.	15
Dinámica	Se explica la importancia de respirar correctamente, y se procede a realizar una terapia de relajación progresiva. Concluida esta parte deben expresar su experiencia de ese momento		10
Ejercitando la atención y memoria	Ubicados en grupos de 5 personas, reciben una hoja con el ejercicio atención y memoria con el tema “ Urracas frente al espejo ” (Anexo 11) (ver pág. 125), deben leer el texto en voz alta y atentos, porque tienen que recordarlo; luego se cubre la hoja y empiezan a resolver preguntas relacionadas con la lectura. Al término los equipos presentan sus respuestas	Hoja del ejercicio- lápiz, borrador.	20
Estimulación recuerdo	Formando tríos, se indica que: “deben empezar a recordar acontecimientos importantes de su vida: de su niñez, a buen amigo (a) a los 12 años, una travesura, etc. Deben escribirlo en el material que se les entrega. Cada uno al final del tiempo debe compartir en el grupo, brindándoles aplausos por su intervención.	Hoja de papel bond, lápiz y papel.	20
Plenaria	Al concluir esta primera parte, se invita a todo el grupo para analizar y manifestar la experiencia de esta primera intervención, y que puedan dialogar y compartir acerca de lo vivido en cada sesión trabajada y destacando lo aprendido.		15

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

SEGUNDA SESIÓN

Número de Participantes: 20 personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Atención - Concentración y recuerdo - Fluidez verbal			
OBJETIVOS:: - Ejercitar atención selectiva y la concentración. - Fortalecer memoria de trabajo y recuerdo.			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Palabras de saludo y bienvenida	Se expresan los saludos a los asistentes y asimismo se exhorta sobre la importancia del programa, concientizándoles a tomar interés por el buen funcionamiento de las habilidades cognitivas, y sus beneficios dirigidos hacia un envejecimiento saludable		10
Dinámica de respiración y relajación.	Se continúa la misma dinámica anterior, se procede a realizar la terapia de respiración y relajación, guiándolos en esta parte con una música de relajación, con el propósito de reducir los niveles de ansiedad y pueda participar relajados.		15
Adiestrar atención y memoria y recuerdo.	En grupos de 3 personas, se entrega una hoja con el texto “ El sueño de Remy ” (Anexo 12) (ver pág. 126) deben leer el texto en voz alta y audible, describiendo personajes y lugares. Después de unos 10 minutos se cubre el texto y se solicita a cada grupo exponer como se imaginaba la escena, el ambiente y los personajes; deben tratar de detallar lo que expresa el tema. Al final se brindan aplausos y felicitan al grupo de mejor desempeño.	Hoja del ejercicio, papel, lápiz, borrador.	20
Dinámica de atención y concentración.	Se procede a entregar a los participantes una tarjeta de juego de bingo e indicándoles sobre la importancia de esta actividad lúdica que requiere de mucha atención y concentración, y que los ganadores van a recibir un estímulo. Se realizan dos juegos diferentes. La persona que completa su cartón se pone de pie y grita bingo	Tarjeta de bingo. (galletas. jugos)	30
Focus group	Se invita a todos a formar dos grupos uno de mujeres y otro de varones, como una manera de buscar la interacción social, se unirán por separado y analizarán la experiencia de esta sesión, deben resaltar que grupo fue más participativo en esa fecha, (hombres o mujeres) mostrando vivas y aplausos, por el género que más cumplió. También fue una oportunidad para analizar las dos sesiones y aportar ideas nuevas.		20

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

TERCERA SESIÓN

Número de Participantes: 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Atención y cálculo- Agilidad mental			
OBJETIVOS: - Trabajar la organización visual y praxia constructiva. - Practicar con la memoria de trabajo			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Presentación, saludos y estimulación de la memoria	Presentes el equipo de trabajo, luego de manifestar los saludos de bienvenida; proceden a organizar dos grupos mixtos de 10 personas, se les indica que deben leer y memorizar el nombre de sus compañeros registrado en el fotocheck, por un breve tiempo, luego el fotocheck es volteado y deben haber aprendido de memoria el nombre de las diez personas de su grupo. Cada uno de los miembros del grupo debe aprender los nombres de memoria.	Fotocheck	15
Dinámica	Se explica que si aprendemos a respirar adecuadamente nos mantendremos relajados. Se procede a realizar una terapia de relajación progresiva dirigida con fondo musical. Recomendándoles practicarlo también en casa varias veces, en posición de acostados.		10
Ejercitando la atención y cálculo	Cómodamente ubicados, se dispone que: Enseguida recibirán una hoja y lápiz, y escribirán a mayor cantidad de los nombres de animales, calles, frutas, de personas. Finalizan leyendo todo lo recordado. Seguidamente recibirán el ejercicio de la (Anexo 13) (ver, pág.127) y comenzarán a desarrollar los ejercicios de cálculo que están detallados. Al término se dedicarán a dialogar sobre las facilidades y/o dificultades que puedan haber experimentado.	Hoja de ejercicios y bond, lápiz, borrador.	20
Trabajando la organización visual y en equipo	Formando grupo de tres, se indica que: "cada grupo van a recibir un juego rompecabezas grande y con el apoyo grupal van a proceder a armarlo. Al concluir todo se analiza la importancia de practicar ejercicios en la vida cotidiana y el trabajo en equipo permite mejores en el cumplimiento de objetivos.	Juego de rompecabezas.	20
Ejercitando la organización visual y praxia	Cada participante recibe copia del ejercicio de visualización (Anexo 14) (ver pág. 128) se ordena: "observar con detenimiento el dibujo, manifestando lo que ven. Luego cierra los ojos e imagina el dibujo, recordando todos los detalles. Luego se retira el dibujo y debe dibujar lo que recuerde. Al final se comenta con el grupo la experiencia de cada participante.	Copia de ejercicio de visualización.	15

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

CUARTA SESIÓN

Número de Participantes: 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Atención y concentración			
OBJETIVOS: - Mejorar capacidad de atención y concentración visual. - Dinamizar el uso de la observación			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Presentación, bienvenida.	Presentes el equipo de trabajo, expresan el saludo correspondiente, se le indica que hoy se continuará con la última sesión de respiración y relajación, recomendándoles que deben continuarla en casa todos los días, como una forma de aliviar tensiones. Se le motivaran a que en esta oportunidad trabajaran ejercicios que les van a permitir organizar sus ideas y facilitar la comprensión de cualquier información. .		10
Estimular la atención y concentración.	Organizados en grupo de tríos, a cada uno se le entrega para trabajar una hoja con el ejercicio “Cuántos triángulos hay en la figura” (Anexo 15) (ver pág.129) con una breve explicación que deben usar colores para su identificación, se les indica que deben encontrar el mayor número de triángulos en la figura. Al cabo de 5 minutos, cada equipo debe decir los resultados encontrados. En caso de no haber logrado el resultado, se les ayudará.	Hoja de ejercicios	10
Trabajando la concentración	Acto seguido, formando parejas, se observarán de frente por 1 minuto, luego uno de ellos saldrá del ambiente, él que queda recibe una hoja y comienza a describir las características personales observadas: (tipo y color ropa, cabello, etc.) por 5 minutos. A su retorno debe verificar las modificaciones encontradas. Luego de 5 minutos dirán como les fue en la tarea	Hoja del ejercicio- lápiz, borrador.	20
Ejercitando la atención concentración	Ubicados individualmente, se entrega la hoja del ejercicio atención y concentración (Anexo 16) (ver pág. 130) indicándoles: “prestar atención en el primer grupo de letras de cada línea, deben rodear con un circulo el que este repetido en la misma línea” Luego de 10 minutos empiezan a decir el resultado.	Hoja del ejercicio.	20
Focus group	Al concluir esta cuarta parte, reunidos todos, se invita a todo el grupo para analizar y manifestar la experiencia vivida personalmente, buscando la adherencia a las siguientes sesiones, compartiendo que contribuirá en una mejor calidad de vida de cada participante.		20

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

QUINTA SESIÓN

Número de Participantes: 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Memoria sensorial			
OBJETIVOS: - Trabajar el lenguaje. - Trabajar la observación y memoria a corto plazo			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Saludos y ejercitar el recuerdo.	Luego de expresar saludos de bienvenida, se les entrega el texto “El tianguis mexicano” (Anexo 17) (ver pág. 131), indicándoles que deben encontrar 21 palabras con la letra “G” o “g”, se nombran los equipos de tres y uno escribirá las palabras que encuentren. Al término de 5 minutos un miembro de cada equipo menciona, las 5 palabras encontradas, hasta completar las 21, sin repetirlas las mencionadas. Al final deben comentar su experiencia.	Hoja del ejercicio, lápiz y borrador.	10
Trabajando el lenguaje.	El siguiente trabajo consiste en entregar a cada uno el ejercicio de percepción (Anexo 18) (ver pág. 132), con la orden de observar detenidamente la imagen y con un lápiz indicar el camino que debe seguir el coche; igual el recorrido que debe seguir la abeja. Luego de terminar se comenta con el grupo sobre la experiencia de cada participante.	Hoja del ejercicio, lápiz y borrador.	10
Ejercitando el lenguaje	Ubicados en grupos de 3 personas, se les recomienda que la sopa de letras son ejercicios muy completos para entrenar el lenguaje y otras áreas cognitivas. Se procede a entregar la hoja del ejercicio de lenguaje (Anexo 19) (ver pág. 133) y proceden a desarrollarlo. Luego harán un breve comentario si lograron culminar o no el ejercicio.	Hoja de ejercicio	30
Estimular la atención	Se procede a entregar la hoja con el ejercicio de atención (Anexo 20) (ver pág. 134), y proceden a desarrollarlo, siguiendo las indicaciones que están anotadas en la parte inferior. Al concluir compartirán detalles acerca de cómo lo desarrollaron.	Hoja de ejercicio, lápiz borrador.	20
Focus group Tarea de percepción	Al concluir esta primera parte, se invita a formar dos grupos mixtos clasificados por edades, un grupo de 60 a 65 años y otro de 65 a 70 años, para analizar y manifestar la experiencia vivida en esta sesión, buscando respuestas enriquecedoras y aportando ideas para crear algo nuevo. Al retirarse deben dirigirse a la bodega más cercana y observar por 3 minutos las vitrinas de dulces y ver qué cosas encuentran. Observar tamaño color, precio y otras características, indicándoles que esta tarea se trabajará la siguiente sesión.		10

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

SEXTA SESIÓN

Número de Participantes : 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Memoria sensorial			
OBJETIVOS: -Trabajar la memoria a largo plazo y el recuerdo. -Dinamizar la atención, concentración e identificación visual.			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Bienvenida, y trabajo de recuerdo	Luego del saludo protocolar, se les indica que en la sesión anterior se les dejó una tarea que hoy tienen que recordar sobre lo observado en la vitrina de dulces. Se pedirá que indiquen la mayor parte de golosinas que pudieron ver, en el lapso de 2 minutos cada participante.		15
Ejercitando la identificación visual	En grupos de cuatro, se entrega una hoja del ejercicio de percepción (Anexo 21) (ver pág.135) debiendo identificar y contar el número de formas que hay en cada columna de la hoja. Disponiendo de 5 minutos al término del cual presentaran sus respuestas, sin no logran su objetivo, se explica a todos la ubicación de cada una.	Hoja del ejercicio, lápiz y borrador.	10
Estimular el recuerdo	Continuación se entrega a los grupos una hoja del ejercicio de recuerdos de la vida (Anexo 22) (ver pág. 136) donde deben anotar acontecimientos sobre un cumpleaños o boda donde asistió y de la que guarde un grato recuerdo, debe proceder a resolver las preguntas que allí se detallan. Al final se reflexiona sobre la importancia de participar y recordar eventos importantes de la vida.	Hoja del ejercicio- lápiz, borrador.	20
Estimular la memoria	Acto seguido, trabajando en grupo de pares, se entrega el ejercicio de “cinco palabras”, (Anexo 23) (ver pág. 137) la que observarán por 20 segundos, al ser retirada la hoja, en una hoja en blanco anotarán las palabras que antes visualizaron, sin importar el orden. Al término deben comentar las respuestas.	Hoja del ejercicio, papel bond, lápiz y papel.	20
Tarea	Todo el grupo reunido debe comentar su participación en esta sesión, algunas dificultades encontradas. Se les indica que la tarea para la próxima sesión deben de traer algo de color verde en su vestimenta, sin considerar la tonalidad.		15

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

SEPTIMA SESIÓN

Número de Participantes: 20 Personas adultos mayores

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO: Memoria a largo plazo			
OBJETIVOS: - Estimular el recuerdo visual y la atención. - Estimular la memoria visual e identificación.			
Actividad a realizar	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Saludos y estimulación del recuerdo.	Luego de expresar los saludos, se comprueba si los participantes han traído algo de color verde en su vestimenta”, tarea solicitada en la sesión 6, se verifica el cumplimiento, caso contrario preguntar porque lo olvidaron. Se permite un lapso de tiempo para escuchar los comentarios.		15
Estimulando la memoria de trabajo	Se forman grupo de pares y se entrega la hoja del ejercicio “Donde están las diferencias” (Anexo 24). (Ver pág. 138). La disposición es lograr ubicar las 5 diferencias que deben buscarlas en las imágenes de la hoja. Al término de minutos se solicita a cada participante exponer las respuestas que encontraron. Si les falta alguna, al final se les proporciona.	Hoja del ejercicio, papel bond, lápiz.	10
Ejercitando el lenguaje	Se trabajará de manera individual con la hoja con el ejercicio de lenguaje (Anexo 25), (ver pág.139) debiendo comenzar a formar palabras con las letras que se le proporcionan que las escribirán en los espacios libres. Concluir debe ponerse el calificativo que allí se detallan.	Hoja del ejercicio, papel, lápiz.	20
Estimulando la atención	En parejas, y con la hoja del ejercicio “Sopa de letras” (Anexo 26) (ver pág. 140). Deben trabajar encerrando con un círculo todas las letras “b” encontradas. Al término del trabajo cada participante comunica si concluyó con el ejercicio o si tuvo dificultades	Hoja del ejercicio, lápiz	20
Estimulando la memoria.	En grupos de tres, reciben una hoja del ejercicio “Memorizando palabras” (Anexo 27), (ver pág.141) donde deben observar las palabras detalladas y memorizarlas: retiradas las hojas, deben recordar y escribirlas en una hoja proporcionada. Para concluir se comenta con los participantes, sobre sus experiencias de esta sesión; motivándoles a continuar, trabajando en casa, con pupiletras, crucigramas, etc.	Hoja del ejercicio, papel y lápiz.	15

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADO AL ADULTO MAYOR CON DEFICIT COGNITIVO

OCTAVA SESIÓN

Número de Participantes: 20

Tiempo Estimado : 1 hora con 20 minutos.

CONTENIDO:- Concientizar sobre la importancia del trabajo – Fluidez verbal			
OBJETIVOS: -Trabajar atención y Memoria visual. -Dinamizar memoria de trabajo			
Actividad	Descripción	Recursos Materiales	Tiempo
Bienvenida y ejercitando la atención.	Luego de los saludos, todo el grupo forma un círculo grande, con un fondo musical y una breve explicación, empezarán a girar rápidamente de mano en mano de los participantes un oso de peluche, intempestivamente para la música y la persona donde queda el peluche, se pone de pie, saluda a todos y hace un comentario de la forma como ha venido llevando a cabo el programa, agregando alguna experiencia personal.		15
Ejercitando el recuerdo visual	A continuación se muestra a todo el grupo 10 objetos (paraguas, cepillo de peinar, pulsera, etc) que se ubican en una mesa, formando una fila se pide a los participantes miren el orden de las cosas colocadas, luego de 2 minutos, se retiran dichos objetos y puestos en una caja. Se invita en parejas a ordenar los objetos conforme fueron presentados. Los mismos objetos, se muestran de nuevo por 1 minuto, después uno de ellos es retirado, y se pide a las parejas que identifique el que falta.		25
Estimulando la atención.	En grupos pares, se entrega la hoja con el ejercicio de visualización y atención (Anexo 28) (pág. 142); se pide observar detenidamente la imagen e decir lo que observa. A continuación cierra los ojos y se imagina la escena por unos instantes; luego se retira la imagen y procede a responder las preguntas que allí se detallan. Al final cada grupo mostrará sus respuestas.	Hoja del ejercicio- lápiz, borrador.	20
Ejercitando la memoria	Formando grupos de pares, se reparte la hoja del ejercicio de memoria (Anexo 29) (ver pág. 143) deberán observar por el lapso de 30 segundos y deberán memorizar los nombres que allí se detallan, luego se voltea la hoja y debe nombrar los nombres que antes había leído.	.	20
Diálogo final	Todos reunidos deben expresar cual ha sido su experiencia en estas ocho sesiones, de igual modo, que es lo más importante que se llevan en las tareas trabajadas, debiendo destacar sobre lo aprendido y su compromiso a seguir participando, o alguna otra vivencia experimentada.		

CAPITULO VI

Referencias bibliográficas

- Abarca, J. et al. (2008) “*Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa*”. (Trabajo de investigación) - Revista Chilena de Neuropsicología, 3 (2008), pp. 7 - 14 Copyright © 2007 Sociedad Chilena de Neuropsicología ISSN 0718-0551.- núm. 1, 2008, pp. 7-14 Universidad de La Frontera Temuco, Chile. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317752002.pdf>
- Aguirre, A. (2014) “*Factores sociofamiliares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo de adultos mayores de un centro integral de Lambayeque*”. (Tesis de Grado). Universidad Privada “Juan Mejía Baca” Chiclayo. Recuperado en:
http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/17/1/Aguirre_Fernandez_Anggy.pdf
- Arana, Y. (2003) Tesis Magister en Psicología UNMSM “*Adaptación del Mini-Mental State Examination*”. Recuperado de
- Arboccó, M. (7 de diciembre del 2014). “*El envejecimiento activo y la cuarta edad*”. Lima: *Diario El Peruano*, p. 12.
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012) “*Guía para el diagnóstico neuropsicológico*” Florida International University Miami, Florida, EE.UU. Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México. (pp.127, 128, 140, 141, 148, 149, 150). Recuperado de:
http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guía_para_el_diagnóstico_neuropsicológico.pdf.

- Arias, F. (2012). *“Introducción a la metodología científica”*. 6ma. Edición. Editorial Episteme. Venezuela. *(Proyecto de investigación)*
Recuperado de:
<http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Belón & Soto (2015), *“Perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa”* de la Universidad Católica San Pablo- Arequipa. (Trabajo de Investigación) (a.p.93 b. p.99). Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/292190743_PERFIL_COGNITIVO_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_AREQUIPA.
- Bolívar, D. Et. al. (2012), *“Perfil Cognitivo de las Personas que presentan Ludopatía centrada en el juego de casinos entre 55 y 65 años de edad de la Fundación La Esperanza- Colombia”*. (Tesis de grado). Corporación Universitaria Lasallista Facultad de Ciencias Sociales Psicología Caldas, Antioquia- Colombia (pp.22). Recuperado en:
http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/887/1/Perfil_Cognitivo_Personas_Presentan_Ludopatia_entre_55.
- Cabello, M. & Porras, S. (2009) *“Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores”*. (Tesis de grado). Universidad Pedagógica Nacional. - México, d. f. Agosto 2009. Recuperado de:
<https://seminariogerontologia.files.wordpress.com/2011/03/intervencion-psicopedagogica-para-estimular-la-memoria-en-adultos-mayores.pdf>
- Crespo, S. (2014) *“Perfil neuropsicológico del paciente con demencia”* (Seminario primer trimestre)- Unidad de Neuropsicología Dr. Julio Borges Iturriza- Venezuela. Recuperado de:
<http://docplayer.es/19068067-Perfil-neuropsicologico-del-paciente-con-demencia-perfil-neuropsicologico-del-paciente-con-demencia-sandra-crespo-esp-psicologia-clinica.html>.

- Custodio, N. Alva-Díaz C, Becerra-Becerra Y, Montesinos R, Lira, D, Herrera-Pérez E, Et al. (2006) *“Rendimiento de pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes en una comunidad urbana de Lima, Perú.* (Trabajo de Investigación) Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(4):1-8.doi: Recuperado de:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2549>
- Chávez, L. & Núñez, I. (2013) *“Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período Abril - Septiembre del 2011”.* (Tesis de grado). Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/283/1/TL_Nunez_Lopez_Ingrid_Eliana.pdf
- Díaz, G. (2014) *“Manual de Psicología de la Adulthood y Senectud”*-Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega. (pp. 13-14) (23-26).
- Díaz, U. at al. (2009) *“Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura”.* PDF. Revista del Departamento de I+D, Fundación Instituto Gerontológico Matia (INGEMA), San Sebastián, Guipúzcoa, España (2009) Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-reserva-cognitiva-evidencias-limitaciones-lineas-S0211139-X10000028>.
- Fernández – Ballesteros, R. (s/f) *“La psicología de la vejez”*
Recuperado de:
<http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- García, R. (s/f) *“Introducción a la estimulación cognitiva”*.- Tomo-1-texto.PDF (p.1).
Recuperado de:

<http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-1-texto.pdf>

Gonzales, B. et. al., (2013) Trabajo de investigación “*Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos centros de día. Lima, Perú*” (Trabajo de Investigación).- Rev Fac Cien Med (Quito) 2013; 38: 11-16 (2013). (pp.1 Introducción). Recuperado de:
<http://www.imbiomed.com/1/1/top.php>.

Hernández, M. (2013) “*Relación entre la función cognitiva y valores de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos que acuden a la consulta de medicina interna en el consultorio Guada Lacau 2012-2013*” Valencia-Venezuela. (Tesis postgrado)
Recuperado de:
<https://studylib.es/doc/1343802/m.-hernandez.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). “*Metodología de la Investigación*”. Cuarta edición. Editorial: McGraw Hill. México. (p.189).
Recuperado de:
https://mega.nz/#!yINTFD4B!NkPy70g0vKbXjHn_cBqj3Ta2a3cuTFyg0Y2EoDXI3ew

Jara, M. (s/f) “*La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*”- PDF. Revista Cúpula. (Trabajo de Investigación). Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pd>

Liñan, G. & Coronado, M. (2014), “*Manual: Procesos Cognitivos*”-Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega.- 2014 (pág. 12-21).

Mansilla, M. (2000) Revista de investigación psicológica, Vol. 3, No. 2 , Diciembre 2000.- propuesta “*Etapas del desarrollo humano*” (Trabajo de Investigación). Recuperado de:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/1234567842035/1/revista_de_investigacion_en_psicologia0843 (p.115)

- Martínez, T. Et ál. (2002) *“Estimulación Cognitiva- Guía y material para la intervención”*. Edita: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales- Madrid (p.21-23). Recuperado de:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>.
- Meléndez, J. et al. (2011). *“Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo”*. (Trabajo de Investigación). Revista de la Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 12 No. 1 PP. 73-80 ene-mar 2013 ISSN 1657-9267.
 Recuperado de:
<http://docplayer.es/10749034-Comparacion-entre-ancianos- sanos-con -alta-y-baja-reserva-cognitiva-y-ancianos-con-deterioro-cognitivo- html>.
- Molina, M. (2011) *“Efectos de la actividad cognitiva en el funcionamiento cognitivo en personas mayores”* Universidad Autónoma de Madrid. (Tesis doctoral). Recuperado de:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9779/50467_Molina_Martinez_maria_angeles.pdf?sequence=1
- Nash, N. et. al. (2015) *“Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural”* (Trabajo de investigación).- Revista Psicológica Científica.Com. ISSN No.2322/vol.17/Año 2015.
 Recuperado de:
<http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/>.
- Olivera, J. & Pelegrín, C. *“Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve”*. (Trabajo de Investigación)Revista Psicogeriatría 2015; 5 (2): 45-55.
 Recuperado de:
http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf

Organización Mundial de la Salud.- Envejecimiento y salud- Nota descriptiva N° 404 Septiembre de 2015.

Recuperado de:

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/

Ortiz, C. (2014) "*Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz*", de la Universidad de Veracruz- México. (Tesis post grado). (p.18)

Recuperado de:

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/42253/1/OrtizVargasCristabell.pdf>

Papalía, D. Et ál. (2009) "*Desarrollo del adulto y vejez*" McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Tercera edición. (p.468)

Recuperado de:

<https://psicobolivar.files.wordpress.com/2011/09/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>

Plan Nacional para las personas vulnerables PLAN PAM -2013-2017, Proyecciones de Población, 1950-2050. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012), Informe Nacional Perú 2007 – 2011.

Recuperado de:

www.mimp.gob.pe/archivos/planpam3

Plan estratégico institucional de la Municipalidad distrital de San Martín de Porres al 2017.- Contexto Social del Distrito. Recuperado de:

http://www.mdsmp.gob.pe/data_files/plan_10089__2013.pdf

Portillo, P. (2015) "*Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo- Venezuela*". Universidad autónoma de Madrid (2015). (Tesis doctoral). (b-p.91) Recuperado de:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670960/portillo_barrera_p tricia.pdf?sequence=1

Revista ISEP Clínic- Inadal/ ABR 10, 2014/ Área médica y salud, Psicología clínica y de la salud ISEP Clínica Neuropsicología, Psicopedagogía- Recuperado de: <https://isepclinic.es/blog/que-es-ur>

Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 151-162 151 ISSN: 0124-1265. Recuperado de: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_numero1_12.pdf.

Robles, A. (2003) “*Adaptación del Mini-Mental State Examination*”, Tesis para optar el grado académico en Magister en Psicología- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3303/1/robles_ay.pdf

Roselli, M. & Ardilla, A. (2012) “*Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación*”. (Trabajo de Investigación). Recuperado de: <file:///C:/Users/MAQ13/Downloads/Documents/ardila-a-ed-2008-funciones-ejecutivas-neurop>

Ruiz, J. Et at (2011) “*Cuaderno de Ejercicios de Estimulación Cognitiva*”. Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo.- Instituto de Salud Pública Madrid. España (2011). Recuperado de: <http://www.fenacerci.pt/web/publicaos/outras/Cuaderno-de-Estimulación-cognitiva-nivel.inicial.pdf>

Anexos

Anexo 1

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MUESTRA	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE 1	POBLACIÓN	INVESTIGACIÓN
¿Cuál es el perfil cognitivo predominante en los adultos mayores participantes de un programa social en una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres?	Determinar el perfil cognitivo predominante en adultos mayores participantes en un programa social de una Iglesia Cristiana del distrito de San Martín de Porres	Perfil Cognitivo	Adultos mayores de ambos sexos, participantes de un programa social de una iglesia cristiana	Tipo: Cuantitativa (siguió modelo cuantificable) Diseño: Descriptiva (una variable) Estudio: No experimental (no se manipulo la variable).
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			Aplicada: (Los resultados permiten desarrollar un programa de intervención) Técnica e instrumentos: Mini Mental State Examination (MMSE). Folstein (1975) Procesamiento de resultados: Estadística descriptiva e inferencial: IBM SPSS,21 y MS Excel 2016. -Valor mínimo y máximo, la media aritmética.
¿Existen diferencias según el género en una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?	Precisar las diferencias según el género en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores participantes en un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.			
¿Existen diferencias según el nivel educativo en una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?	Precisar las diferencias según el factor estado civil en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores participantes en un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.			
¿Existen diferencias según el nivel educativo en una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?	Precisar las diferencias según el nivel educativo en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.			
¿Existen diferencias según las etapas bio psico social en una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima?	Precisar las diferencias según las etapas bio psico social, en el perfil cognitivo de una muestra de adultos mayores participantes de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres-Lima.			

Anexo 2

Carta de presentación Solicitar una muestra representativa



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas
Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 16 de Enero del 2017

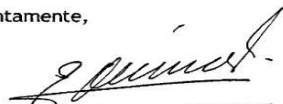

Carta N° 145-D/FPyTS-UIGV-2017

Economista
RONALD OLIVERA YARLEQUE
PASTOR EJECUTIVO
ASOCIACIÓN IGLESIA BIBLICA ENMANUEL
Av. Perú N° 1569
San Martín de Porres
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento al señor **OSCAR GARCIA ESPINOZA**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificado con código 43-264949-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erb
Id. 559263

Av. Petit Thouars 248, Lima
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

Anexo 3

Carta autorizando realizar una muestra representativa



San Martín, 22 de Enero del 2017

Señor
Dr. Ramiro Gómez Salas
Decano (e) de la Facultad de Psicología y Trabajo Social
Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima.

Ref. : Carta 145-D/FPy TS-UIGV-2017 del 16ENE 2107

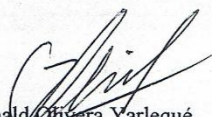
De mi especial consideración:

Me dirijo a Ud. para expresarle mis saludos a nombre de mi representada y del mío propio, y a la vez hacer de su conocimiento que el Sr. Oscar García Espinoza es miembro de nuestra amada Iglesia y actualmente viene trabajando con el Ministerio Gente Sabia, conformada por todos las personas adultas mayores apoyando el trabajo pastoral.

Que, con relación al trabajo de investigación que viene realizando sobre el perfil cognitivo de los adultos mayores de esta Iglesia para su Licenciatura en Psicología, modalidad de Suficiencia Profesional, se le ha concedido la autorización para tomar como muestra representativa de investigación al grupo de adultos mayores de esta Iglesia, considerando que los resultados redundará en el beneficio de ellos.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferente estima.

Bendiciones


Ronald Olivera Yarlequé
Pastor Ejecutivo
IBE-SAN MARTIN


23/1/2017

Anexo 4

Mini Mental State Examination (MMSE) – Folstein 1975

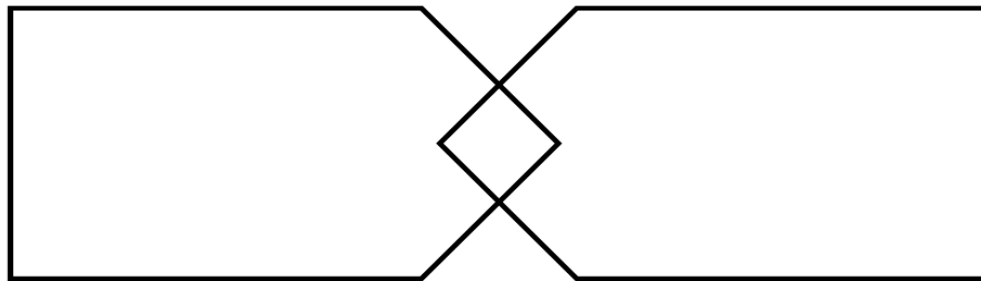
EXAMEN MENTAL MINIMENTAL STATE EXAMINATION FOLSTEIN 1975	
ORIENTACIÓN	
¿Qué fecha es hoy?	Año.....
¿Qué día de la semana es hoy?	Estación.....
¿En que mes estamos?	Fecha.....
¿En que estación del año estamos?	Día.....
¿En que año estamos?	Mes.....
¿Dónde estamos?	País.....
¿En qué dirección estamos?	Ciudad.....
¿En que ciudad estamos?	Distrito.....
¿En que departamento/región estamos?	Piso.....
¿En que país estamos?	Nombre.....
REGISTRO	
Le voy a nombrar tres cosas tres palabras. Después que yo las diga quiero que Ud. las repita. Trate de recordarlas porque dentro de unos minutos le voy a pedir que las nombre otra vez: Pelota.....Bandera.....árbol	
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Comenzando de 100 réstele 7. Luego siga restando 7 del resultado que obtenga hasta que le diga deténgase. 93.....86.....79.....72.....65.....	
Si es negativo, se sustituye por el siguiente ejercicio Deletree la palabra MUNDO de atrás hacia adelante.O.....D.....N.....U.....M	
EVOCACIÓN	
Dígame las tres palabras que antes repitió. Pelota.....Bandera.....Árbol.....	
LENGUAJE	
Nominación	
¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz).....¿Qué es esto? (mostrarle un reloj).....	
Repetición	
Quisiera que repitiera esta frase después de que yo la diga “La mazamorra tiene duraznos y guindones”.....	
Orden de tres comandos	
Le voy a dar un papel y cuando se lo de: Tome este papel con la mano izquierda..... Dóblelo por la mitad, y Devuélvame con la mano derecha”.....	
Lectura	
Lea las palabras que dice en la hoja y luego haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS:.....	
Escritura	
Escriba cualquier oración completa en este papel (La oración debe contener sujeto y verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).	
<hr/>	

Anexo 5

Continuación del MMSE Folstein 1975

Praxis constructiva

Aquí hay una figura. Copie esta figura



Anexo 6

Adaptación peruana del MMSE Custodio, C (2008)

Cada respuesta correcta vale 1 punto		PUNTAJE	
		ACTUAL	IDEAL
Orientación en el tiempo	¿Qué fecha es hoy? (por ej. 25+/-1 día es correcto)		1
(No induzca las respuestas)	¿Qué día de la semana es hoy? (por ej. Lunes)		1
	¿En qué mes estamos? (por ej. Julio)		1
	¿En qué estación del año estamos? (por ej. Invierno)		1
	¿En qué año estamos?		1
Orientación en el espacio	¿Dónde estamos? (por ej. un hospital, con nombre propio)		1
(No induzca las respuestas)	¿En qué dirección estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué departamento/region estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1
Registro	Pelota		1
(Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo.	Bandera		1
Luego de haberlas dicho solicite a su paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos.)	Árbol		1
Atención y Cálculo	Deletrear MUNDO al revés		5
(Hágale deletrear MUNDO de atrás hacia delante -ODNUM-. Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien, pídale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades comenzando desde 100-93 86, 79, 72, 65- Deténganse luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto).	(1 pto. por cada letra correcta: ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100-7? (Hacer 5 restas (93) (86), (79), (72), (65): 1 pto. Por cada respuesta correcta)		
Evocación	Dígame las tres palabras que antes repitió		3
(Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió.)			
Lenguaje			
Nominación	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)		1
(Sólo un intento que vale 1 pto. para cada ítem.)	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)		1
Repetición	Dígale a su paciente la siguiente frase: "La mazamorra tiene duraznos y guindones"		1
(Sólo un intento que vale 1 pto.)			
Orden de tres comandos	Déle el papel a su paciente y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y devuélvame con la mano derecha"		3
(Cada parte correctamente ejecutada vale 1 pto.)			
Lectura	Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".		1
(Otorgue 1 pto. sólo si el paciente cierra sus ojos)			
Escritura	Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.		1
(No dicte la oración; ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).			
Copia	Déle a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura", y pídale que copie el dibujo.		1
(Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desaparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original.)			
Total MMSE:			30

Anexo 7

Formato de encuesta complementaria

Encuesta: Para agregar al perfil cognitivo de los adulto mayor y proceder a la elaboración de un programa de intervención psicológica.

Edad

Sexo: M

Fecha

F

1. ¿Cuál fue su ocupación anterior? _____

2. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

3. ¿Cuáles son tus actividades cotidianas que realiza? _____

4. Indique su estado civil: Soltero____ Casado____ Viudo____ Divorciado____

5. ¿Con quién vive Ud? Solo (a)____ Acompañado (a)_____

6. ¿Cuánto tiempo dedica a la lectura diaria? 1 hora() 2 horas() otros()

7. ¿Cuántos años de escolaridad realizó? Primaria____ Secundaria____

Superior____ Ninguna____

8. ¿Es miembro de algún club y/o asociación, donde Ud. participa activamente de reuniones sociales como dinámicas, bailes, juegos, paseos al campo y playa?

Si____ No____ A veces____ Nunca____

9. ¿Hace ejercicios físicos con frecuencia? SI____ NO____

10. ¿Se considera Ud. víctima de la violencia contra el adulto mayor dentro de su hogar? SI____ No____ A veces (____)

Anexo 8

Solicitud: Información sobre adaptación del MMSE



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 31 de Enero del 2017

Carta N° 358-2017-DFPTS

Doctor
NILTON CUSTODIO CAPUÑAY
DIRECTOR MÉDICO
INSTITUTO PERUANO DE NEUROCIENCIAS
Calle Bartolome Herrera N° 161-Lince
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento al señor **OSCAR GARCIA ESPINOZA**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificado con código 43-264949-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

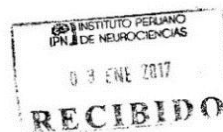
Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erb
Id. 571405

Av. Petit Thouars 248, Lima
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304
E-mail: psic-soo@uigv.edu.pe



ETAPAS BIO-PSICO-SOCIALES DEL DESARROLLO HUMANO

ETAPAS	SUB- ETAPAS
I. Etapa Prenatal	Desde la gestación del nacimiento
II. Etapa Formativa 0 a 17 años	<p>2.1 Niñez (0 a 11 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera infancia (0 a 5 años) - Segunda Infancia (6 a 11 años) <p>Transición: Pubertad</p> <p>2.2 Adolescencia (12 a 17 años)</p> <p>Transición: a la vida laboral</p>
III. Etapa laboral 18 a 64 años	<p>3.1 Juventud (18 a 24 años)</p> <p>3.2 Adultez (25 a 64 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultos jóvenes (25 a 40 años) - Adultos intermedios (41 a 50 años) - Adultos mayores (51 a 64) <p>Transición: Climaterio femenino y masculino</p>
IV. Etapa jubilar 65 a + años	<p>4.1 Etapa Dorada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senectos primarios (65 a + 69) - Senectos intermedios (70 a 74) <p>4.2 Etapa Platino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ancianos (75 a 84) - Longevos (85 a 94) - Prolongevos (95 a + años)

Anexo 10

Ejercicio atención y memoria

1- Lea este texto en voz alta y con atención, luego tendrá que recordarlo

Urracas frente al espejo

Estas aves siempre han sido reconocidas por su astucia, habilidad al conseguir comida o para almacenarla y esconderla en otros animales. Ahora, un estudio difundido en *Plos One Biology* mostró otra habilidad: Su capacidad para identificar su propio reflejo. Durante los experimentos, a las urracas se les puso una marca que solo era visible en el espejo; al enfrentarlas a su imagen, las aves reaccionaron limpiando la mancha a partir de la referencia que les daba su reflejo. Estas aves, que pertenecen a la familia de las *Corvidae*—igual que los cuervos—, se caracterizan por tener un cerebro grande que les otorga habilidades como el uso de herramientas o el desarrollo de un lenguaje más complejo que le de la mayoría de los animales. Esta capacidad de reconocerse no es importante tanto por el hecho de que identifiquen su reflejo, sino por la presencia de habilidades cognitivas hasta ahora solo identificadas en mamíferos

Texto extraído de Plos One Biology.

2- ¿Por qué son reconocidas las urracas?

3- ¿Qué nueva habilidad se ha encontrado en estas aves?

4- ¿A que familia de aves pertenecen las urracas?

Adaptado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, J. Et. al. (2011). Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 11

Ejercicio atención, concentración y memoria. Fluidez verbal.

Atención, concentración y memoria. Fluidez verbal

Texto: El sueño de Remy.

Remy tenía un don: un asombroso sentido del gusto y del olfato. Pero como era una rata, se suponía que Remy usaba su don para oler basura. Se sentaba a un lado del montón de mezcla de desechos orgánicos, asegurándose de que los trozos que su familia y amigos encontraban aun fueran comestibles. Las otras ratas pensaban que esto era magnifico, especialmente el padre de Remy, Django.

¡Por desgracia, Remy odiaba oler basura casi tanto como comerla! Remy soñaba con comer manjares maravillosos. “si eres lo que comes, entonces yo solo quiero comer cosas buenas”, le decía a Django. Pero su padre pensaba que robar comida buena a los humanos estaba mal y era peligroso. La basura era otra cosa, “si nadie la quiere, entonces no es robar”, concluía.

Pero Remy tenía un secreto. El clan de ratas vivía en el desván de una casa de campo francesa, y a Remy le gustaba entrar a huertadillas en la cocina y figonear. Le encantaba la manera en que los humanos combinaban un alimento con otro para crear nuevos sabores.

Y Mabel, la dueña d la casa, tenía muchos libros de cocina. (¡El hecho de que Remy sabía leer era otro secreto!) Su libro de cocina favorito -escrita por el fallecido y grandioso chef Auguste Gusteau- era *¡cualquiera puede cocinar!* Remy suspiraba: quería ser chef.

Un día, Remy halló un hongo y también un poco de queso, y decidió cocinar los ingredientes junto con unas cuantas hierbas.

El hermano de Remy, Emyle, no entendía por qué Remy quería cocinarlo todo, pero aun así le ayudo.

¡Remy estaba asando el hongo en la chimenea cuando le cayó un rayo de tormenta repentino! Por suerte, el salió ileso... ¡y el hongo quedó perfectamente cocido! Bueno, casi. “¡Ya sé que le falta a esto! ¡azafrán!”, gritó Remy después de darle un mordisco. Así que él y Emyle se escabulleron en la cocina. Remy buscaba la especia mientras Mabel dormitaba en su sillón.



Tomado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México

Anexo 12
Ejercicio de cálculo

Ejercicio de cálculo

1- Realice las siguientes sumas y restas

$$\begin{array}{rcccccc} & 5 & 8 & 2 & 0 & 4 & 5 \\ + & 3 & 9 & 5 & 7 & 5 & 5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{rcccccc} & 7 & 6 & 8 & 7 & 3 & 4 \\ - & 4 & 0 & 7 & 2 & 3 & 2 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{rcccccc} & 9 & 3 & 4 & 7 & 5 & 6 \\ + & 2 & 9 & 8 & 4 & 6 & 7 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{rcccccc} & 9 & 5 & 6 & 3 & 6 & 4 \\ - & 6 & 5 & 5 & 2 & 1 & 1 \\ \hline \end{array}$$

2- Resuelva los siguientes problemas:

Usted va a la compra con **20** soles y gasta **5** soles con **40** céntimos, ¿con cuánto dinero vuelve?

Si paga con **10** soles y le devuelven 2 soles y 20 céntimos ¿cuánto se gasta?

¿Cuántas monedas de **20** céntimos necesita para pagar **1** sol?

¿Cuánto dinero tiene si dispone de **1** billete de **10** sol, **1** moneda de 2 soles, 2 de 1 sol y 3 de 20 céntimos?

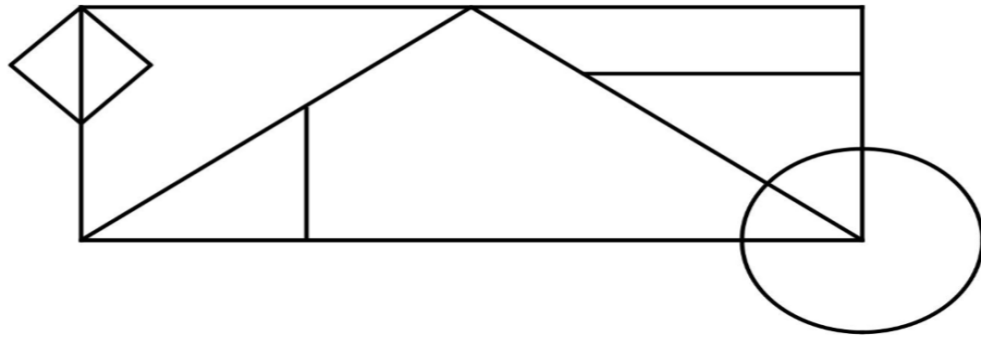
Adaptado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruíz, J. Et. al. (2011). Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 13

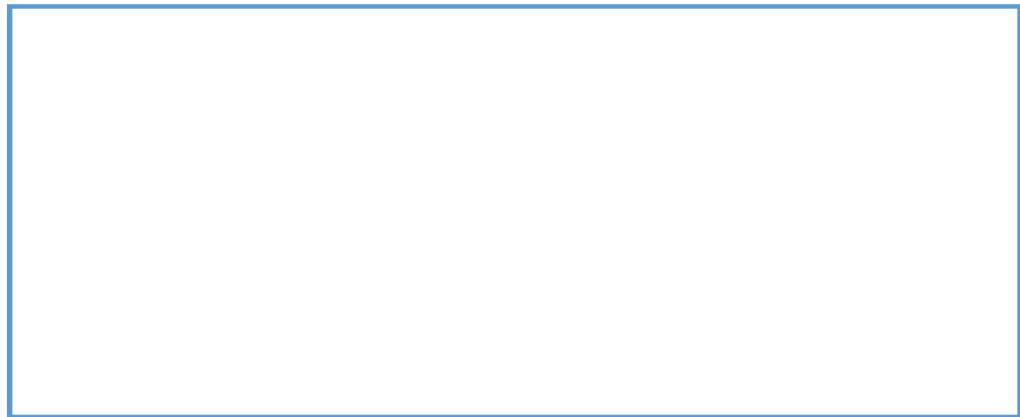
Ejercicio de visualización

Ejercicio de visualización

- 1- Observe con detenimiento el dibujo de abajo.
- 2- Mientras lo ve, vaya diciendo lo que observa, así se le grabará mejor. Por ejemplo, diga: "Hay un círculo en la esquina inferior derecha..."



- 3- Cierre los ojos e imagine el dibujo durante unos instantes, recordando todos los detalles del mismo.
- 4- Tape el dibujo y dibuje en el espacio de abajo lo que recuerde.



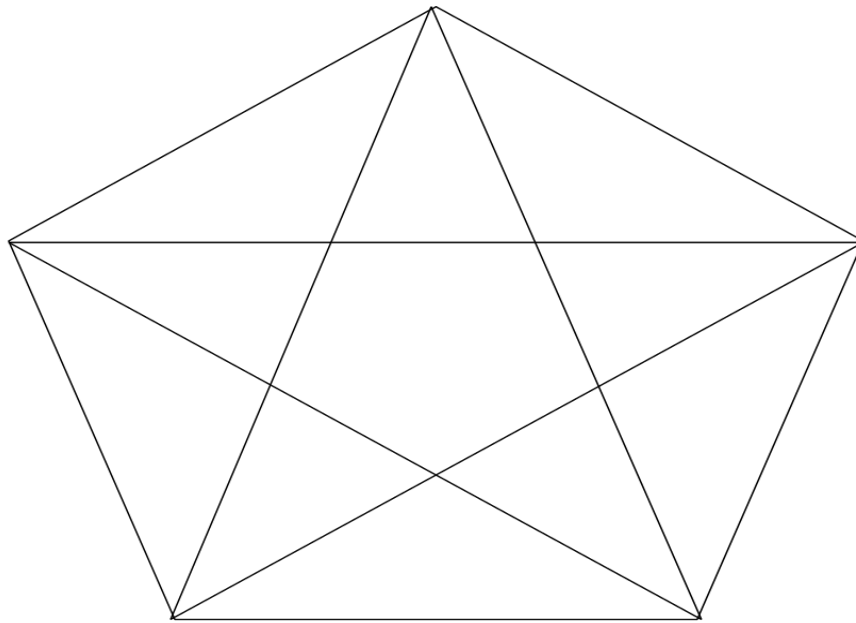
Tomado del: Cuaderno de ejercicios de Estimulación cognitiva. Ruíz, J. Et al. (2011) Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 14

Ejercicios de atención y concentración

Ejercicio de atención y concentración

1- Observe con detenimiento el dibujo de abajo. ¿Cuántos triángulos hay en esta figura?



Tomado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México.

Anexo 15

Ejercicios de atención y concentración

Ejercicio de atención y concentración

1— Fíjese en el primer grupo de letras de cada línea y rodee con un círculo el que esté repetido en la misma línea.

NNLNN	NNLLN	NLNNN	NNLNN	LNNNN
BDBDD	BDBDB	DBDBB	BBDDB	BDBDD
TRTTR	TRTTR	TRRTT	TRTRT	TTRTR
AAEEA	AAEAE	EAAEA	AAEEA	EEAAE
LPLLP	LPLPL	LPLLP	LLPPL	PLLPL
SSSFS	SSSSF	SSFSS	SSSFS	SFSSS
OVVVO	OVVOV	OVVVV	VOOVO	OVVVO
CCUCU	CUCUC	CCUUC	CCUCU	UCUCC
ZGGZG	ZGGZG	ZGZGG	GZZGZ	ZGGZZ
JMMJM	JMJMM	JMMJM	MJJMJ	JMJJM
HYHYH	HYYHH	HYHYY	YHYHY	HYHYH
KWKKW	KWKKW	KKWWK	WKKKW	KWKWK
MNMNÑ	MNMNÑ	MÑMÑÑ	MMNNN	MMMÑN
TOOTO	OTOTO	TOTTO	TOOTO	TOOOT
UWUWU	VWUWU	UWUWU	UWWWU	UUUWU
PPYP	PPYPP	PPPPY	PPYP	PYPYP
DGGGD	DGGDD	DDGGD	DGDGD	DGGGD
BPPBB	BPPBB	BPBBB	BPPPB	BBPBB
QOOQO	QOQOO	QOOQO	QOOQO	QOQQO
ZZXXZ	ZZXXZ	ZZZXZ	ZXXXZ	ZZXXX
VVUVU	VUUVU	VVUVU	UVUVU	VVUVV

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de Estimulación cognitiva. Ruiz, j. Et al. (2011) Centro de Prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid

Memoria sensorial

El tianguis mexicano

El mercado de Tlatelolco asombró a Cortés por su perfección y magnitud. Aunque antes los mercados se establecían cada cinco días, el mercado de Tlatelolco funcionaba diario.

Ahí llegaban productos de todos los sitios para vender y había todo lo que el hombre podría apetecer. Todo estaba perfectamente ordenado por calles, según la naturaleza de las cosas exhibidas para la venta. Allí se reunía la gente, allí se comía y se bebía. El tianguis servía de mercado, de restaurante, de sitio de diversión, en fin, era el lugar de reunión pública más frecuentado.

Había chiles de todas formas y colores: de vaina alargada, pequeños y grandes, rojizos, anaranjados, verdes y negros, frescos y secos. Frijoles pintos, jaspeados, prietos, pardos y blancos, pequeños y grandes. Maíz en mazorca, en grano, en tortilla de muchos colores que los vendedores ofrecían de varias formas.

También había calabazas, chilacayotes, camotes, mezquites, nopales, corazón de maguey cocido, chayotes y chinchayotes. Había tomates y jitomates, miltomates, jaltomate y pepitos de calabaza. Había achiote y xoconastli, además de muchos tipos de hongos: huitlacoche y cacomité; plantas silvestres: quelites, quintonillos, huazontles y aromático epazote; semillas como la chía y el amaranto para hacer la alegría. También muchas flores, algunas comestibles, como la flor de calabaza y la de malva.

Las frutas se amontonaban en perfecta simetría: el mamey junto a la chirimoya, las guanábanas, los tejocotes, los capulines, las tunas, la papaya, el zapote amarillo, el zapote blanco, el zapote prieto, el aguacate, la nuez encarcelada, la guayaba, la jicama y el cacahuete. Cacao preparado de múltiples maneras: con agua y sabor de flores perfumadas, vainilla, mieles de caña de maíz, de maguey, de abeja. Y de distintos colores también: colorado, negro, anaranjado, blanco, que se vendía en jicaras decoradas, junto con molinillos y coladeras



*cacomité. Planta bulbosa y ornamental cuyo fruto es comestible, chinchayote. Calabaza pequeña.

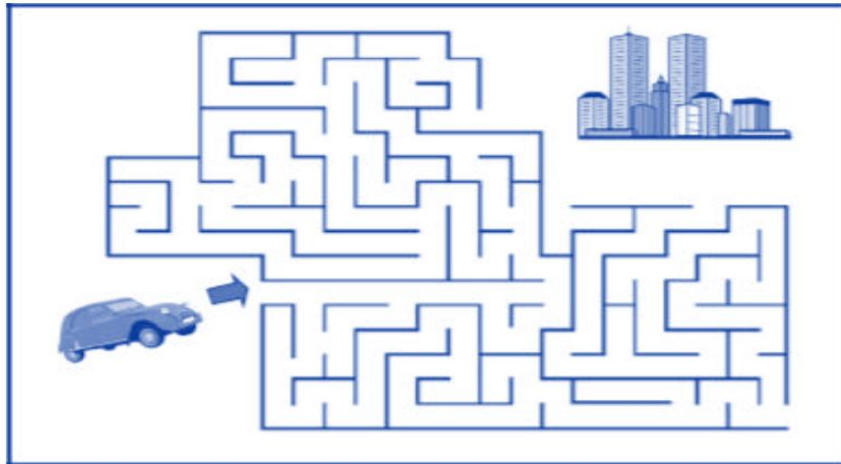
Tomado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México.

Anexo 17

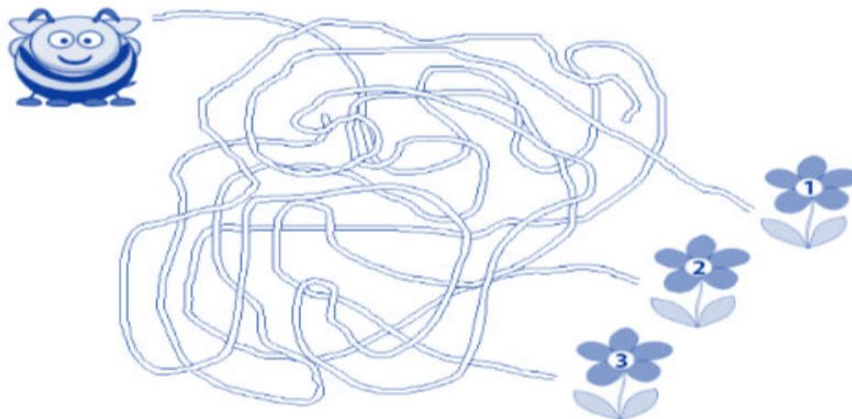
Ejercicio de percepción

Ejercicio de percepción

1- Señale con un lápiz qué camino debe tomar el coche para llegar a la ciudad.



2- ¿A qué flor llegará la abeja? _____



Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, Et al. (2011)
Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Ejercicio de lenguaje

Las sopas de letras son un ejercicio muy completo para entrenar la atención, la concentración, el lenguaje, la percepción y la memoria.

Se realizan buscando las palabras en:

-Horizontal: de izquierda a derecha

S O P A

-de derecha a izquierda

E F A C

-Vertical: de arriba abajo

P
A
N

Vertical: de arriba a abajo

N
E
V

-Diagonal

A			
	T		
E		U	
	R		N
		U	
			P

I.- Encuentre 10 nombres de frutas en la siguiente sopa de letras:

P	Ñ	D	P	F	S	E	V	L	Y
A	M	P	F	M	A	K	C	Ñ	Z
P	O	L	L	E	N	P	N	X	L
A	E	A	Y	L	D	E	X	V	I
Y	A	T	L	O	I	R	U	M	M
A	Y	A	G	N	A	A	J	O	O
M	A	N	Z	A	N	A	U	C	N
N	A	O	H	B	A	N	A	N	O
F	M	A	N	D	A	R	I	N	A
G	W	C	N	A	R	A	N	J	A

BANANO
LIMON
MANDARINA
MANZANA
MELON
NARANJA
PAPAYA
PERA
PLATANO
SANDIA

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, Et al. (2011)
Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 19

Ejercicio de atención

Ponga un **1** debajo de la carita



Ponga un **2** debajo de la carita



						TOTAL
Una vez haya acabado, repáselo y anote la suma de números de cada fila y el total de todo el ejercicio.						

Las soluciones a las sumas del ejercicio son:




1ª fila: **6**, 2ª fila: **5**, 3ª fila: **5**, 4ª fila: **3**, 5ª fila: **6**, 6ª fila: **5**.








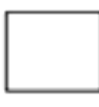

















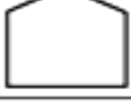







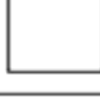
















TOTAL: 30

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, Et al. (2011)
Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 20
Ejercicio de percepción

Ejercicio de percepción

-Cuenta el número de formas ,  y  que hay en cada columna

				
				
				
				
				
				
				
 =  =  =	 =  =  =	 =  =  =	 =  =  =	 =  =  =

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, Et al. (2011)
Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 21

Ejercicio de memoria

Ejercicio de memoria

1.-Piense en una boda a la que haya asistido y de la que guarde un grato recuerdo (puede ser la suya, la de un pariente o amigo,...). Describa lo que recuerde: ¿Dónde se celebró? ¿Quién asistió? ¿Cómo iba usted vestido?.

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, Et al. (2011)
Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 22
Ejercicio de memoria

Ejercicio de memoria

SILLA
PERA
ÁRBOL
Tabla
RADIO

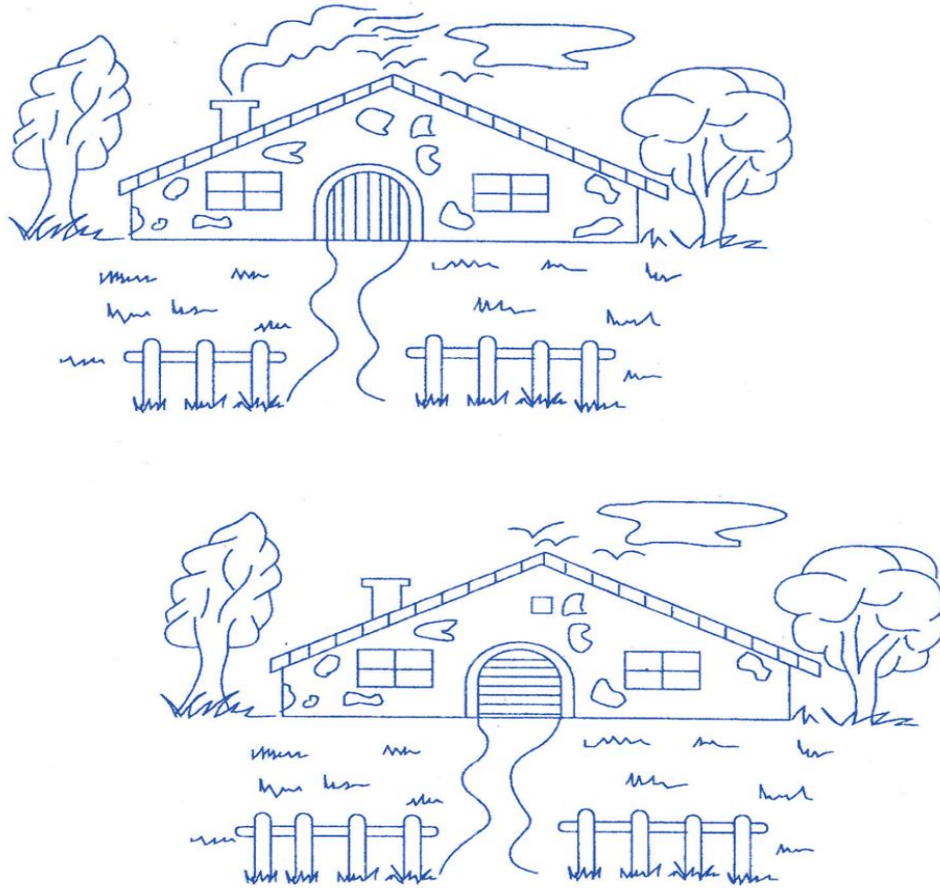
Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, J. Et. al.
(201 Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 23

Ejercicio de memoria de trabajo y recuerdo

Ejercicio de memoria de trabajo y recuerdo

Busca cinco diferencias entre los dos dibujos y enciérralas dentro de un círculo.



Tomado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis: Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México.

Anexo 24
Ejercicio de lenguaje

Ejercicio de lenguaje

1- Forme palabras usando solamente las letras siguientes:

S - R - O - P - A - N - I - R - A - D - E - A

Por ejemplo: PANADERA. Recuerde que no puede utilizar otras letras.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Póngase nota: Bien (si ha escrito diez o más)

Regular (si ha escrito menos)

2- Forme palabras usando solamente las letras siguientes:

F - U - E - S - T - A - R - E - L - O - P

Por ejemplo: PUERTA. Recuerde que no puede utilizar otras letras.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Póngase nota: Bien (si ha escrito diez o más)

Regular (si ha escrito menos)

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, J. Et. al..
(2011) Centro de prevención para el deterioro cognitivo. - Madrid.

Anexo 25
Ejercicio de atención

Ejercicio de atención

1- Encerrar en un círculo las letras “b” que se encuentren dentro del cuadro.

a	n	f	l	j	n	b	a	k	j	v	b	f	k	a
s	o	p	n	v	j	b	n	b	u	e	r	n	l	k
m	p	k	d	l	m	j	b	k	j	j	s	i	d	d
l	u	n	q	i	e	m	n	x	u	y	r	s	a	l
m	a	h	n	b	k	j	a	k	l	l	a	a	a	k
e	i	ñ	p	n	m	x	ñ	z	a	q	p	n	f	u
y	s	n	m	f	k	j	l	j	b	k	j	f	l	ñ
j	u	g	u	i	u	a	b	s	d	m	a	e	r	i
4	r	t	w	o	p	f	q	r	ñ	q	h	n	w	v
a	t	b	w	k	i	g	a	r	l	z	s	g	d	j
z	x	ñ	v	d	l	n	4	a	o	v	b	f	s	h
o	j	l	k	w	j	b	g	u	y	u	d	w	c	a

Tomado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis: Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México.

Anexo 26
Ejercicio de memoria

Ejercicio de memoria

Cepillo
Jabón Diario
Computadora
Japón Toalla
Cuarto
Timbre
Peine

Adaptado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis: Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México

Anexo 27
Ejercicio de visualización

Ejercicio de visualización

- 1- Observe con detenimiento la imagen inferior.
- 2- Mientras la ve, vaya diciendo en voz alta lo que observa y así se le grabará mejor. Por ejemplo, diga: “en la imagen hay una habitación con una cama, dos sillas de madera, una mesilla, varios cuadros colgados de la pared...”.



- 3- Cierre los ojos e imagínese la imagen durante unos instantes, tratando de recordar todos los detalles.
- 4- Tape la imagen y responda a estas preguntas:
 - ¿Cuántas sillas hay en la habitación? _____
 - ¿Cuántas ventanas hay? _____
 - ¿Dónde está situada la mesilla? _____
 - ¿Cuántos cuadros hay colgados? _____
 - ¿En qué lado de la habitación está situada la cama? _____
 - ¿Qué hay encima de la mesilla? _____
 - ¿Cuántas puertas pueden verse en la imagen? _____
 - ¿Qué hay colgado en la pared de la izquierda? _____

Tomado del: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Ruiz, J. Et. al..(2011) Centro de prevención para el deterioro cognitivo.- Madrid.

LÁPIZ
SILLA
CONEJO
AVESTRÚZ
PIÑA
RATÓN
NIÑA
NIÑO
REMO
PEZ
PATO
GATO
POLLO

Adaptado de: Cabellos & Porras (2009). Tesis: Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Universidad Pedagógica de México.

Anexo 29
Proceso de acopio de información y evaluación psicológica



Anexo 29 a) (continuación)

Proceso de acopio de información y evaluación psicológica



Anexo 30

Palabras de saludo y bienvenida a los asistentes: "Importancia de la estimulación de las funciones cognitivas"



Anexo 31

Trabajos grupales de estimulación cognitiva



Anexo 32

Foto grupal junto a los participantes

