

# 36

Fecha de presentación: octubre, 2021

Fecha de aceptación: diciembre, 2021

Fecha de publicación: febrero, 2022

## ESTUDIO

### DEL DESARROLLO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR: PAUTAS PARA UNA PROPUESTA

### STUDY OF THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF OLDER ADULTS: GUIDELINES FOR A PROPOSAL

Patricia del Pilar Sánchez Cabezas<sup>1</sup>

E-mail: [psanchez@utb.edu.ec](mailto:psanchez@utb.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2776-3756>

Magdalena Rosario Huilcapi Masacón<sup>1</sup>

E-mail: [mhuilcapi@utb.edu.ec](mailto:mhuilcapi@utb.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4085-4433>

Gladys Patricia Guevara Alban<sup>1</sup>

E-mail: [gguevara@utb.edu.ec](mailto:gguevara@utb.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2312-6226>

<sup>1</sup> Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador.

#### Cita sugerida (APA, séptima edición)

Sánchez Cabezas, P. P., Huilcapi Masacón, M. R., & Guevara Alban, G. P. (2022). Estudio del desarrollo cognitivo del adulto mayor: pautas para una propuesta. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(S1), 334-348.

#### RESUMEN

El deterioro cognitivo es una manifestación que se presenta a partir de los 65 años de edad, donde se produce el deterioro de las neuronas, las cuales van perdiendo su capacidad de funcionamiento, pudiendo darse como deterioro cognitivo normal o leve. En el primero, se mantienen las funciones neurocognitivas, mientras que en el segundo se da un declive en las funciones cognitivas. El primer síntoma de deterioro es el olvido; el deterioro de mayor predominancia en la población estudiada es el discreto déficit. La calidad de vida tiene su origen en 1930 y se basa en las necesidades y satisfacciones de las personas, además se encarga del estudio tanto a nivel físico, social político y psicológico. Clasificándose en dimensiones como son: bienestar psicológico, físico, social, bienestar intelectual o mental y espiritual, cada una de las cuales son importantes para el estudio del adulto mayor en su calidad de vida. Las políticas que apuestan por proveer a los adultos mayores bienestar y calidad de vida, tienden a privilegiar la atención a la salud física y el acceso a determinados derechos que se asumen como una alternativa en el cumplimiento de la responsabilidad social que se asume con quienes nos anteceden y han creado la riqueza que hoy disfruta la generación posterior. Sin embargo, uno de los aspectos que no se priorizan son las acciones integrales para prevenir o superar el deterioro cognitivo que es propio de la vejez y que demanda la prolongación de la estimulación de la percepción, atención y memoria en esta etapa de la vida. Por tanto, en este proyecto se estudió el estado cognitivo del adulto utilizando la entrevistas y técnicas psicométrica que permitieron dar las pautas para la propuesta las recomendaciones y las conclusiones

**Palabras clave:** Adulto mayor, estudio del estado cognitivo, pautas para la propuesta.

#### ABSTRACT

Cognitive impairment is a manifestation that occurs after 65 years of age, where neurons deteriorate and lose their ability to function, and may occur as normal or mild cognitive impairment. In the former, neurocognitive functions are maintained, while in the latter there is a decline in cognitive functions. The first symptom of impairment is forgetfulness; the most predominant impairment in the population studied is discrete deficit. The quality of life has its origin in 1930 and is based on the needs and satisfactions of people, in addition it is in charge of the study at the physical, social, political and psychological levels. It is classified into dimensions such as: psychological, physical, social, intellectual or mental and spiritual well-being, each of which is important for the study of the quality of life of the elderly. The policies that aim to provide the elderly with well-being and quality of life tend to give priority to physical health care and access to certain rights that are assumed as an alternative in the fulfillment of the social responsibility assumed with those who preceded us and have created the wealth that the later generation enjoys today. However, one of the aspects that are not prioritized are the integral actions to prevent or overcome the cognitive deterioration that is typical of old age and that demands the prolongation of the stimulation of perception, attention and memory in this stage of life. Therefore, in this project we studied the cognitive state of the adult using interviews and psychometric techniques that allowed us to give guidelines for the proposal, recommendations and conclusions.

**Keywords:** Older adult, cognitive status study, guidelines for the proposal.

## INTRODUCCIÓN

Los estudios acerca del adulto mayor coinciden en que para estudiar esta etapa del ciclo vital es necesario tener en cuenta desde diferentes criterios o variables interrelacionadas, entre las cuáles cobran importancia las posibilidades y oportunidades que se le ofrecen para estimular el desarrollo cognitivo, como eje potenciador de un envejecimiento activo y exitoso.

La naturaleza de esta problemática supone una referencia obligada a lo que, desde las ciencias psicológicas y sociales puede favorecer la comprensión teórica y ofrecer recomendaciones prácticas para determinar cómo podemos prolongar la salud mental y el desarrollo del proceso psicológico que aseguran la estabilidad a través de los cambios que se van sustentando en esta etapa del desarrollo.

En efecto, el entendimiento del envejecimiento no ocurre de forma drástica ya que es un proceso continuo-progresivo que empieza desde el nacimiento, pero que muestra sus efectos más notables cuando los cambios físicos, cognitivos y psicosociales comienzan a limitar o a afectar la inserción social cuando aparecen las discapacidades o pérdida de la autonomía y funcionalidad en un adulto mayor (Peel, et al., 2005).

En este marco, la creación de espacios y el reforzamiento respecto a las acciones que realiza una persona adulta mayor, tienen una fuerte incidencia en el desenvolvimiento y desarrollo de este. Es preciso crear dispositivos, redes de apoyo y estimular el desarrollo de habilidades, conocimientos y destrezas de las personas adultas mayores y, de esta forma, elaborar o crear recursos y productos que la familia puedan utilizar para prolongar la estimulación del envejecimiento saludable.

En este contexto, la página del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en un estudio realizado en el año 2013 señala que las políticas sociales, de educación y salud en Ecuador en los últimos años ha priorizado tres ejes fundamentales: dentro de lo que es la inclusión y participación social, se considera a los adultos mayores como actores del desarrollo social; la protección social asegura la manera de prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; por último, la atención y cuidado se deben dar a través de la operación de servicios y centros gerontológicos.

La necesidad de poner luz en el compartimiento de esta problemática en la provincia Los Ríos, de forma particular en la ciudad de Babahoyo, se convirtió en una línea de investigación vinculada a proyectos y actividades académicas, de investigación y de vinculación universitaria en

las cuales se pudo constatar que existen dificultades en la estimulación del desarrollo del adulto mayor en general y que existen grupos de adultos vulnerables que no poseen ningún tipo de atención o estímulo que les permita mejorar su desarrollo, sobre todo, cognitivo ya afectado por las condiciones en que se formaron y vivieron, agravadas por las creencias socioculturales que alegan donde los adultos mayores no pueden o no necesitan aprender que el deterioro cognitivo es consustancial al envejecimiento.

Los estudios sobre el adulto mayor se inscriben como una necesidad emergente en la sociedad actual; el aumento del envejecimiento demográfico no se detiene ya que está impulsado por un cambio de paradigma en el análisis de esta etapa del desarrollo humano (Vera, et al., 2005; Sanhueza, et al., 2005; Vera, 2007; Romero, 2008).

La mayor preocupación, entonces, ya no es prolongar la vida sino lograr que sea exitoso y puedan contribuir a la prevenir de aparición de alguna discapacidad o pérdida de la autonomía y funcionalidad en el adulto mayor, con la finalidad de mantener un compromiso activo con el sentirse vivo, tal como aseveran Carrasco, et al. (2010), al aceptar los procesos e incentivar un mayor cuidado personal

Asumido como un fenómeno global que exige rápidas respuestas en todos los niveles de la sociedad. Este período de la vida, enmarcado en las personas con 60 años y más tiene sus efectos no solo a nivel personal sino también social; por eso, las políticas públicas de salud han planeado acciones para prevenir la dependencia y las enfermedades crónicas degenerativas a partir de intervención y programas de salud.

La complejidad de este período también explica la necesidad de encontrar solución al problema del crecimiento de la población adulta, lo que ha hecho posible que disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se preocupen por estudiar esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor.

De manera particular, la psicología se ha pronunciado en la evaluación y seguimiento de los procesos psicológicos y comportamientos del adulto ante situaciones y eventos propios de estas edades y en algunos casos se ha encargado de promover los programas de intervención en los que se utilizan estrategias y programas de promoción y prevención de la enfermedad, procurando la intervención hacia procesos de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social en que viven.

Miguel-Tobal, et al. (1994), se pronuncian con relación a los programas de intervención para la mejora de la salud del adulto mayor basado en un programa cognitivo-conductual que influye en los cambios de variables psicológicas como la ansiedad, la ira y la solución de problemas en pacientes hipertensos contribuyendo a la disminución en los niveles de presión arterial.

Por otro lado, Garcés, et al. (2002), mantienen que el interés en comprender el alcance de un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares se da mediante la aplicación de diversas escalas (escala de ansiedad y depresión de Leeds, escala de sensibilización/negación) basadas en el empleo de técnicas de relajación y respiración, ejercicio físico, educación y transformación de procesos cognitivos. La intervención contribuyó a que los pacientes tuvieran una mayor adherencia a la dieta, disminución en el consumo de café y tabaco y aumentando el ejercicio físico, lo cual ayudo a mejorar su situación de salud.

Sin embargo, al dirigir la atención de los cuidadores de los adultos mayores; tanto en el interés diagnóstico de los procesos como de su consecuencia, sobre todo con relación a la intervención educativa basada en habilidades de trato y comunicación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y del propio cuidador. En este caso, se ha confirmado la correspondencia que hay entre ambos; de esta manera se confirma que la intervención positiva de los cuidadores aumenta la calidad de vida del adulto, sobre todo en cuanto sueño, afrontamiento y la comunicación.

Uribe, et al. (2004), suscriben su interés en estos temas sobre todo desde variables psicológicas como la depresión, sobre todo porque se confirmó la efectividad de una intervención psicológica cognitivo-conductual orientada al mejoramiento de la calidad de vida en áreas como autoestima, resignificación de la vejez, habilidades sociales, manejo del tiempo libre y autocuidado, contribuyendo al mejoramiento en la calidad de vida, esencialmente, en el cambio en la percepción relacionado con el área física, psicológica y la autoestima

Mora, et al. (2004), respaldan este estudio mencionando que la calidad de vida está relacionada con variables como soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa y la percepción subjetiva de calidad de vida; así como también con los niveles de depresión-

Por lo que se explica que los psicólogos desarrollan herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera

integral, trabajando conjuntamente con diversas disciplinas como la gerontología, medicina y geriatría

De manera particular, la psicología trata de dar respuestas mediante la aportación de nuevas líneas de investigación e intervención. En este sentido, Dulcey & Uribe (2002), indican que este constructo ha diversificado su concepción y ha dado orientaciones teórico-prácticas para entender cómo la edad, la estabilidad y los cambios van sustentando cada etapa del desarrollo.

Uribe, et al. (2007), enfatizan en las diversas características y relaciones que se establecen entre la etapa del adulto mayor y la salud, al tiempo que asumen que el envejecimiento saludable es una adaptación progresiva de carácter positivo, respecto a los cambios propios de la edad, pues defienden la idea de que el adulto mayor debe ir adaptándose a los cambios propios de la etapa evolutiva, a los cambios físicos, cognitivos y psicosociales por los que atravesará.

Además, Carrasco, et al. (2010), aportaron ideas claves para asumir el envejecimiento como una variable de éxito, en el cual se presente una actitud plena frente al envejecimiento: la aceptación del deterioro físico y cognitivo que se va presentando a través de los años. Por tanto, se trata de mantener un compromiso activo con el sentirse vivo, la aceptación de los procesos y la incentivación por un mayor cuidado personal.

La cognición se entiende como el funcionamiento intelectual que permite a las personas interactuar con el medio. Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Estas, en general, se refiere a las actividades mentales intelectuales o superiores propias de la especie humana que se refieren a la memoria, la orientación temporal y espacial, la atención, la concentración, el lenguaje (nominación, articulación, fluencia verbal), la comprensión, la abstracción, la planificación y la ejecución. Todas con una alta complejidad para entender sus variaciones o sobre todo su deterioro asociado, sobre todo, al envejecimiento (Zarragoitia, 2007).

Pero, la idea de que envejecer es un proceso natural que está asociada al crecimiento y desarrollo del ser humano a lo largo de la vida que se desarrolla de manera continua e irreversible y que se manifiesta en los cambios orgánicos y mentales que generan un declive en la eficacia del funcionamiento orgánico del individuo, siendo aceptada como una condición básica para entender que al convertirnos en adulto mayores el deterioro de determinadas funciones y procesos forman parte de lo que caracteriza al ser humano cuando alcanza estos años. Por ello, el

deterioro físico tiende a ser el más percibido y valorado, pero el que más afectaciones tiene es el desarrollo psicosocial de las personas en la disminución y deterioro de las funciones cognitivas.

Aún en los tiempos actuales no resulta nada sencillo hablar de los diferentes elementos neurofisiológicos que fundamentan el deterioro cognitivo en la vejez, y esto está dado por los múltiples factores, tales como la complejidad en los mecanismos y fenómenos que se producen en el sistema nervioso central en el que intervienen la muerte neuronal, la propagación de los impulsos nerviosos y el origen génico.

Al envejecimiento se le atribuye, en cierta medida, tal como indican Villar, et al. (2003), que el bajo rendimiento intelectual sobre todo asociado a las enfermedades que suelen aparecer con más frecuencia en este momento de la vida, ya que pueden generar un efecto indirecto a partir de la modificación del estilo de vida. Con el envejecimiento, en el cerebro se presentan de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal.

Algunos de los cambios morfológicos que se presentan son la pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; disminución del volumen neuronal, el cual no es uniforme, cambios sinápticos en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen en número y tamaño; disminución en neurotransmisores y disminución del número de receptores, sobre todo en enfermedades neurodegenerativas, incluso existe disminución del flujo sanguíneo cerebral y de consumo de oxígeno en arterosclerosis, permaneciendo invariables en el envejecimiento.

Este cambio relacionado con el envejecimiento cognitivo normal es difícil de asociarlos al deterioro de la función cognitiva y la edad, ya que no se comportan de manera lineal. El deterioro cognitivo entendido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual entre los que se identifica la relevancia del soporte social para el mantenimiento cognitivo en los adultos mayores: el estado económico, nivel educativo, la actividad física, entre otros.

Esto se puede relacionar con la afirmación de que, en las personas de la tercera edad, existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, lo

cual crea la posibilidad de estimular la cognición, rehabilitarla e incluso detener el deterioro cognitivo aun cuando cada caso es diferente.

La literatura asegura que, al considerar el funcionamiento intelectual en la vejez, no es preciso tener en cuenta los límites que intenten establecerse entre el déficit y los cambios que en esta etapa de la vida se producen en el funcionamiento de los órganos de los sentidos, y cómo estas transformaciones afectan el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, esta situación puede ser atendida e incluso prevenirse. En ese sentido se hará mención de algunas de las funciones que se ven afectadas cuando se pasa a la etapa del adulto mayor.

- **La percepción** es la capacidad mental que permite integrar y/o reconocer aquello que llega a través los sentidos, aquellos objetos a los que prestamos atención permitiendo crear patrones propios de conocimiento; además, permite la integración, el reconocimiento y la interpretación de la realidad mediante las sensaciones que producen el encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, desde los cuales es posible crear patrones propios de conocimiento, atendiendo a los órganos de los sentidos que intervienen en ella: visual, auditiva, olfativa, táctil y gustativa.

Los cambios propios de la tercera edad pueden producir déficit en la percepción, por eso es frecuente que los adultos mayores tengan problemas de agudeza y procesamiento visual, problemas de sensibilidad a la iluminación con dificultades de visión, problemas para enfocar diferentes distancias, movimientos y velocidad.

Asimismo, la pérdida de la agudeza auditiva, la percepción de las consonantes y/o advertencias, a diferenciación de los ruidos de fondo y dificultades influyen en el tiempo que necesitan para identificar estímulos visuales, resultando a causas que generan el aumento del tiempo requerido para resolver tareas perceptivas en comparación con los jóvenes. A esto se une la pérdida de la agudeza en gusto y olfato, lo que afecta sus preferencias alimentarias.

Estos cambios afectan la realización de las tareas cotidianas y como consecuencia se genera una falta de aceptación que puede llegar a la depresión ante los comentarios despectivos y alusiones que relacionan la vejez con la pérdida de la capacidad para recordar interpretar o reconocer las personas y los objetos que se encuentran en su entorno.

- **La atención** es una función neuropsicológica que sirve como mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción,

la memoria o el lenguaje, la cual actúa mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.

En los adultos mayores la atención debe ser mantenida voluntariamente y disminuye con el comportamiento de atención de la edad; sin embargo, se conoce que estos comportamientos están relacionados con la motivación a realizar la tarea que se les encarga con las alteraciones perceptivas que pudieran tener, así como con las condiciones ambientales desfavorables, pues, se conoce que en ambientes estimulantes y tareas de interés podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

- **La memoria** es entendida como proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos lo que una vez estuvo en nuestra conciencia; es una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva.

Con la edad es posible identificar cambios que están en correspondencia con el tipo de memoria. Si bien en la vejez existe cierta dificultad para adquirir, almacenar y recuperar recuerdos recientes, se asiste a un desarrollo de la habilidad para recuperar memoria que ha sido almacenada y consolidada por largos períodos para que permanezca estable.

Sin embargo, no puede negarse que, de forma general, con el envejecimiento se asiste a una disminución en la velocidad de procesamiento, siendo menor la capacidad de la memoria operativa, lo que aumenta el déficit de inhibición y el olvido.

Un requisito de salud de los adultos mayores, mencionan Aparicio, et al (2010), es atender la actividad física, pues el ejercicio físico, tanto de forma transversal como longitudinal se utiliza tanto en la prevención como en la rehabilitación en personas mayores.

Al mismo tiempo, otro factor influyente es la posibilidad del adulto mayor a ampliar a sus relaciones sociales. La relación con parientes, amigos y otras personas influye en la calidad de vida y es que la relación social, las actividades y familia, desarrollan en las personas, mayor autonomía y control de sus vidas.

En este marco se reconoce también la importancia de la comunicación y siguiendo esta tendencia se reconocen las aportaciones de la psicología positiva que se apoya en procedimientos que permiten, establecer sentimientos de felicidad o bienestar pudiendo estimularlos para que de forma duradera ayuden a mantener la estabilidad de los individuos.

En ese sentido, las emociones positivas tienen un objetivo primordial en la evolución ampliando los recursos intelectuales físico y sociales de las personas, ya que actúan como mecanismos que desarrollan sentimientos positivos y cambian la manera de pensar y actuar optimizando así los recursos a nivel físico, psicológico y social.

Además, el envejecimiento activo influye de manera importante en la calidad de vida de las personas de avanzada edad, pues crea en el individuo un estilo de vida que favorece directamente el funcionamiento intelectual y mejora la calidad de vida global, evitando la dependencia y decadencia de los individuos en este proceso de la vida como un elemento de vital importancia que no es otro que la actividad física, el cual disminuye la mortalidad.

La felicidad y el bienestar juegan un papel fundamental en la salud de las personas de avanzada edad, también incide de forma positiva en la experimentación y maximizan las emociones positivas en el matrimonio y la religión, aunque suceda en menor medida en comparación con las experiencias positivas y la buena salud. Es preciso entender que la calidad de vida depende de factores externos, que son interiorizados por el individuo, los cuales se convierten en estímulos para el envejecimiento activo.

En este proceso, la búsqueda de programas de apoyo constituye un factor fundamental en el proceso de consolidación del sí mismo en un adulto mayor; la creación de espacios, las técnicas y actividades de reforzamiento positivo tienen una fuerte incidencia en el sentir, en el desenvolvimiento y en el desarrollo de este. Pero esas redes de apoyo pueden contar con una dinámica multigeneracional, donde se deben buscar la reivindicación este grupo etario en función de lo que son, de lo que fueron y de lo que pueden llegar a ser.

La estimulación cognitivo conductual se usa como alternativa para frenar, evitar o compensar el deterioro cognitivo, sobre todo, de la percepción, la memoria y la atención ha de entenderse como una ejercitación intencionada y sistemática que puede cursar como asesoramiento, entrenamiento especializado o una integración de acciones que él puede realizar en cualquier actividad que emprenda; pero, en cualquier caso suscita la acción mediadora del especialista o un personal especializado en psicoestimulación.

Este es un aspecto que causa interés y que con frecuencia se asuma el manejo adecuado de ciertas habilidades para que el anciano responda a los estímulos por eso, se le atribuye gran importancia a la comunicación, a las emociones y a las relaciones como estímulos que puede alejar a los adultos mayores de las causas tan comunes en el deterioro, como puede ser la depresión y el

aislamiento. Se precisa reconocer que estas deben ser sustituidas por la promoción de hábitos y patrones de conductas que contribuyan al bienestar de los adultos mayores, como pueden ser las actividades dirigidas a estimular el uso adecuado del tiempo libre, al comprender que el ocio juega un papel fundamental en la atención terapéutica al anciano.

En este propósito, el ocio ayuda a los ancianos a adquirir actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con la interacción social y recreativa. En este caso el objetivo utilizar el ocio en la estimación cognitiva lo hace ver como una actividad necesaria en las que se traducen las posibilidades recreativas en una oportunidad para adquirir los conocimientos y desarrollar habilidades para la utilización del tiempo libre de forma saludable.

Los beneficios potenciales del ocio como alternativa terapéutica permiten mejorar el rendimiento físico, social y emocional; pero, sobre todo, puede convertirse en una oportunidad para estimular el desarrollo cognitivo. La estructuración de las actividades, deberán propiciar la participación y la ejercitación mientras también pueden recrearse.

La implementación de programa de estimulación cognitivo-conductual, dirigido a adultos mayores, deberá modificar los estados psicológicos y propiciar espacios para compartir viejas y nuevas experiencias que generen en los ancianos satisfacción y estimulen su desarrollo cognitivo. Asimismo, las actividades que se realizan, el entorno en que se desarrollan, deben servir de base para ampliar las influencias necesarias para este propósito.

En ese sentido, es necesario familiarizarse con las características y comportamiento cognitivo que presenta el adulto mayor, identifica cuando las dificultades de percepción, memoria, atención informan del proceso de deterioro normal o de trastornos del funcionamiento neuropsicológico, sobre todo deberá atenderse a los reclamos, comentarios que el adulto mayor advierte o muestra acerca de su disfuncionalidad pues estas resultan relevantes para prevenirlas. Por lo que, es preciso desplegar un diagnóstico integral de salud del adulto mayor con énfasis en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y del estilo de vida saludable; controlar la utilización o no de psicofármacos, así como la dieta y la dinámica de actividad física pues, cualquier programa de estimulación cognitivo-conductual deberá también incluir cambios en estos aspectos o al menos controlarlos para evitar problemas que puedan generarse.

Además, se debe explorar e identificar tempranamente el déficit cognitivo ya que puede concebirse como una intervención especializada que, sobre la base de las

observaciones cruzadas entre especialistas del servicio de salud público, familiares y otros especialistas de la comunidad, es posible no solo determinar la necesidad sino la potencialidad que los adultos tienen y de las acciones de prevención y rehabilitación que estos necesitan.

Además, se debe ofrecer apoyo y ayuda necesaria para corregir los cambios y afectaciones a los órganos que se han detectado; proveerlos de adecuados anteojos graduados, aditamentos para sordera, contribuir a disminuir las alteraciones perceptivas; incluso, se debe acometer con sistematicidad actividades y ejercicios que deberán ser de conocimiento y apoyo de la familia o los cuidadores. En este caso, es apropiado que se implique al adulto mayor en la elaboración de proyectos de vida que favorezcan la independencia, el autocontrol y las estrategias positivas de afrontamiento al envejecimiento, estimulando el autorreconocimiento de sus potencialidades.

Aun así, las mejores experiencias de otros adultos en áreas potencialidades para el bienestar y la calidad de vida, como puede ser los ejercicios, el baile, la participación en grupos, es esenciales para prevenir y estimular el deterioro cognitivo.

Reuniones, charlas en las que se propicie la adaptabilidad, y el afrontamiento a r determinados acontecimientos de la nueva etapa cursa entonces como actividades de estimulación del funcionamiento cognitivo mediante actividades que impliquen la búsqueda de información relevante, la resolución de problemas, la disposición para el aprendizaje y la aceptación para utilizar determinados recursos para sustituir determinadas funciones cognitivas.

En general, los programas de estimulación cognitivo-conductual deben ser holísticos toda vez que estos se centra en aumentar la toma de conciencia, aceptar y comprender la intervención para favorecer el (re)entrenamiento desde una serie de ejercicios apropiados para cómo manejar los problemas cognitivos y remediar el déficit que subyace.

En efecto, la estimulación cognitiva implica una labor ardua y meticulosa pero lo que alienta y premia el esfuerzo, es el resultado en las personas, sobre todo, en cómo se adaptan a sus limitaciones con una posición más positiva de enfrentamiento y cómo incluso llegan a reconocer que mejoran.

Las técnicas o modelos de intervención en este tema son de carácter psicológicos y apuntan a la actividad grupal y al uso de las técnicas cognitivo-conductuales, basadas en los refuerzos, el modelado y la relajación como principales técnicas más utilizadas. Los especialistas en medicina geriátrica o en psicología social del envejecimiento,

defienden las posibilidades de la perspectiva evolutiva y la psicología del desarrollo, como campos complementarios que enriquecen el hacer en la intervención psicológica con las personas mayores.

Desde los enfoques de la Psicogerontología y la Psicogeriatría, Zarebski (2007), señala que los psicológicos asumen la responsabilidad de seguir el protocolo sistemático de atención que valore y defina el estado psicológico del adulto mayor; pero, existen prácticas muy positivas basadas en el empleo actividades de cómo la recreación fomenta ejercicios físicos y pasivos desde de los cuales se crean estrategias de afrontamiento que le permita al adulto mayor, reconceptualizar el significado de la vejez, el impacto de las áreas de funcionamiento, la autoestima, el auto concepto, el crecimiento espiritual.

Tal condición explica que se asume que el envejecimiento activo demanda una apertura al aprendizaje en la edad adulta considerando las posibilidades que ofrece este como base para la estimulación cognitiva. Pero, desde el modelo andrológico de aprendizaje, las actividades deberán entonces cumplir determinadas características andragógica como fundamentales son: la orientación específica y relevancia del contenido ya que se expresa tanto en la novedad como en la continuidad del aprendizaje; la aceptación de la capacidad de aprendizaje de los adultos mayores. Los responsables de diseñar y desarrollar procesos educativos destinados a las personas adultas deben estar convencidos de que éstas son capaces de aprender; las confianza de las personas adultas mayores en sus propias capacidades de aprender. Los adultos mayores deben poseer una alta autoestima, tener la certeza de que independientemente de la edad que tengan tienen la capacidad de aprender; la actividad y aprendizaje porque el trabajo que realiza el adulto en su educación es fundamental para su aprendizaje; la motivación para aprender. Si esta no existe es extremadamente difícil que se produzca un aprendizaje. Por fortuna, en la inmensa mayoría de los casos este no es un problema, debido a que los adultos mayores participan si están motivados a aprender a vivir y cambiar su condición es una decisión voluntaria

Además, el aprendizaje y organización de la información. Será prácticamente imposible que los adultos mayores consoliden su aprendizaje, si los contenidos de este no se procesan de una manera organizada, estructurada, secuenciada de forma conveniente; ya que la experiencia es fuente de aprendizaje y de conocimiento, por lo que las personas adultas tienen dos funciones importantes en sus procesos de aprendizaje. Primero, la experiencia facilita el que se pueda procesar de manera adecuada los contenidos educativos al favorecer relaciones significativas

entre los nuevos aprendizajes y los que la experiencia ya estructuró, incluso, la experiencia es una fuente de aprendizaje, toda vez que esta actúa como un elemento valorativo de los nuevos conocimientos; el aprendizaje sobre problemas es considerando la experiencia que los adultos poseen y su condición sociocultural más amplia, un aprendizaje que no está basado en situaciones problemáticas no tiene sentido; por otro lado, los tiempos de aprendizaje se dan a las condicionantes sociales de ser adulto, de manera mayoritaria el aprender en la adultez es una cuestión secundaria, en primer lugar, están los roles que debe ejercer. Por ello es casi imposible encontrar a un adulto que se dedique de tiempo completo al estudio; mientras que en el aprendizaje dialógico se toman en cuenta la participación y el diálogo como una condición privilegiada para el aprendizaje entre adultos. Se facilita el aprendizaje y se consolidan los compromisos. El diálogo es concebido como un proyecto de encuentros mediatizados por las interacciones de los participantes en un contexto natural; por último, el autoaprendizaje es la autonomía para la toma de decisiones y la capacidad para asumirlas responsablemente que tienen las personas adultas, son condiciones excepcionales para que se puedan generar procesos de autoaprendizaje.

Una postura optimista con respecto a la búsqueda de nuevas propuestas para estimular el desarrollo cognitivo en los adultos mayores, los autores de este trabajo optan por asumir de la lúdica como base de cualquier programa, dedicado a este fin. Se parte del criterio de que el juego favorece la sociabilidad, desarrolla la capacidad creativa, crítica y comunicativa del individuo; estimula la acción, reflexión y la expresión y es un instrumento que le capacita para ir progresivamente estructurando, comprendiendo y reaprendiendo el mundo exterior. Téngase en cuenta que los juegos posibilitan tanto la práctica controlada dentro de un marco significativo como la práctica libre y la expresión creativa, además de cubrir tanto conocimientos lingüísticos como socioculturales.

Utilizar el juego en la atención al adulto mayor implica realizar una programación de actividades que pueden ser utilizadas en el momento adecuado, con la guía, asesoramiento, control de intereses, deseos, necesidades, habilidades y retos que implican atender a la edad, así como las posibilidades de las personas que conforman el grupo. Por lo que la labor del cuidador será relevante para el adulto mayor, así como para el equipo gerontológico porque permitirá:

- Ayudar a identificar los principales problemas y dificultades cotidianas.
- Establecer la línea base y los cambios en el tratamiento.

- Ayudar a consolidar y generalizar las habilidades entrenadas.
- Facilitar la administración de recompensas ante el esfuerzo y progresos del adulto mayor.
- Dar información sobre la génesis y mantenimiento de los problemas.
- Recibir sugerencias para un mejor tratamiento y atención de los mismos y permiten establecer de una forma consensuada los objetivos del tratamiento.
- Proporcionar más horas de tratamiento.
- Permitir a los adultos mayores estar más motivados a continuar tratamientos intensivos y a largo plazo para conseguir pequeñas mejoras.
- Poder analizar muchos programas de rehabilitación y entrenamiento diario bajo la supervisión y guía de los profesionales.
- Se pueden beneficiar personalmente al atender y comprender mejor lo que está ocurriendo al afectado.
- Disminuir sentimientos de culpa, indefensión, enfado

La estimulación cognitiva mediante el juego implica entonces reconocer cómo cada juego procura la ejercitación de las distintas capacidades mentales y permite, por tanto, la actividad mental, convirtiéndola en uno de los pilares fundamentales del envejecimiento activo. Además, el objetivo del juego es tener una diversión inofensiva que pueda contribuir a la ejercitación de las capacidades cognitivas y a la vez que potencie las relaciones familiares y sociales, lo que condiciona una vida sana y activa.

En este sentido, para que el juego se considere como una actividad saludable quienes participen, no deben descuidar nunca obligaciones u otros hábitos saludables. Debe ser complemento de las actividades sociales, del ejercicio físico y una adecuada nutrición. El juego debe entonces percibirse como una posibilidad más del conjunto de actividades sociales, recreativas y, en definitiva, de estilo de vida saludable, por tanto, deberán propiciar la búsqueda de experiencia, propiciar la socialización y relaciones que propicien la competencia, la sensación de bienestar y eliminar las tensiones.

Entre los juegos recomendados están los juegos de mesa que, aunque existen desde hace siglos, pueden convertirse en útiles herramientas de aprendizaje y actividad cognitiva a cualquier edad, puesto que estimulan la mente, forzándonos a pensar o a activar ciertas habilidades cognitivas. En este caso las características particulares del juego, las habilidades cognitivas requieren, elevar los niveles de dificultad, deberán atenderse como un criterio

esencial, pues es muy importante ser conscientes de los gustos, habilidades y preferencias de los destinatarios, para acertar con el tipo de juego más ameno y útil.

*Los juegos de palabras o de vocabulario* consisten en formar sobre el tablero palabras que se crucen entre sí, como en los crucigramas, haciendo uso de fichas marcadas con una letra y un número (su valor). Los jugadores (2 a 4) deben tratar de conseguir la mayor puntuación posible, utilizando sus fichas con habilidad, es decir, colocándolas de manera que obtengan el mayor partido tanto de los valores de las fichas como de las casillas con premio del tablero. Este juego ejercita la motricidad fina, el lenguaje y la memoria semántica, el razonamiento y la reflexión; la concentración y la memoria de trabajo.

*El ajedrez* es un tipo de juego de estrategia para al menos 2 jugadores y además del conocimiento técnico de cómo mover las fichas requiere de la activación de procesos de análisis, métodos de razonamiento y estrategias de registro, que lo hacen práctico para el desarrollo del razonamiento y exige dedicación, ejercita la atención y la concentración. la capacidad visuoperceptiva el pensamiento crítico (la Lógica. La capacidad para ordenar ideas y capacidad de decisión, la flexibilidad de pensamiento, ayuda con la planificación y previsión de consecuencias, la resolución de problemas y es muy importante su contribución a la estimulación de la percepción visuoespacial y la memoria. Es fundamental recordar las reglas del juego y los posibles movimientos de cada una de las piezas.

*El juego de damas y parchís* están asociados a otros ejercicios de memoria, atención. Son considerados Juego de estrategia en las que pueden participar dos o más personas; pero estas no consisten en incidir no demasiadas, el proceso no es solo mover las fichas por el tablero. Exige estimular la atención y la concentración, el pensamiento crítico, la lógica, la flexibilidad de pensamiento, la planificación y previsión de consecuencias. Incluye ejercitar la motricidad fina y la coordinación la atención visual.

*El dominó* es un juego de estrategia donde participan de dos a cuatro personas, lo más habitual es jugar en parejas, pero también, se puede jugar individualmente. El objetivo del juego es alcanzar una determinada puntuación previamente prefijada, jugando para ello las rondas que sean necesarias. Entre las habilidades ejercitadas están la atención y concentración; la memoria de trabajo y la memoria a corto plazo; la percepción visual, el pensamiento crítico.

De manera general, las actividades para la estimulación cognitiva necesitan basarse en ejercicios que puedan contribuir al entretenimiento y estimular el juego para practicar nuestras habilidades cognitivas, tratando de

resolver los retos o acertijos. Estos pueden jugarse tanto de manera individual como en compañía.

Por esta razón, cualquier espacio de tiempo libre debe habilitar un espacio de reflexión en el cual los participantes puedan poner en palabras las vivencias que se manifiestan en estos espacios y en la vida cotidiana. Este espacio debe ser manejado con riguroso cuidado, teniendo en cuenta la individualidad y la historia de vida de cada participante.

La utilización de juegos que repasen las potencialidades de ejercicios que ordenen herramientas y actividades con ocupaciones; exploren en ejercicios en los que deberán indagar, buscar información para completar ideas o promover la reflexión desde la cual se logre generen sentimientos de competencia y éxito teniendo siempre en cuenta las capacidades de los integrantes.

La elaboración de historias, la lectura de cuentos, actividades permiten el ejercicio de las artes plásticas y se reconocen como terapia ocupacional gerontológica, desde la cual se fomentan los valores y las convicciones necesarias para que los mayores aprendan a enfrentar las vicisitudes inherentes al período de la vejez. Pero, es posible que este tipo de actividad se incluya también en formatos digitales en los que los espacios terapéuticos.

En cualquier caso, es necesario que las actividades resulten significativas para el adulto mayor y lo movilicen para conectarse y relacionarse con otros, y con otros dispositivos que les prepare para vivir de manera saludable al utilizar el tiempo libre en la prevención del envejecimiento. En este caso las actividades deberán proporcionar una orientación adecuada, desde la que facilite y fomente la adopción de recursos necesarios para transitar esta etapa del curso vital.

Los beneficios potenciales de los juegos, sea cualquiera que fuese su forma de presentarse (personal o grupal), debe ampliar los aspectos cognitivo, social y emocional del adulto mayor y promover actuaciones recreativas y que estimule la percepción, la atención, la memoria; mientras que se convierte el ocio en una oportunidad para que aumente el nivel de independencia lo que permitirá a la persona vivir en sociedad y mejorará la calidad de vida tanto de las personas.

Sin embargo, al visualizar el proceso de estimulación de las personas adultas mayores, bajo ciertos parámetros, muchas veces invisibiliza las necesidades de estimulación emocional y de los recursos individuales que poseen cada uno/a de ellos/as para afrontar las limitaciones propias de la edad y con los problemas de salud con que llegan a estas edades. Hay que comprender que los

adultos mayores poseen capacidades, conocimientos, y destrezas que están más allá de las propias limitaciones que crea la cultura (Romero, 2008).

En este marco, los programas de apoyo a las familias y cuidadores informales o formales, así como otros de carácter preventivos de integración en la comunidad, de adaptación al medio residencial, de orientación espacio-temporal, estimulación cognitiva ante problemas de demencia, se están demandando otras alternativas para la estimulación cognitiva de manera que puedan ser aplicadas tanto en el ámbito clínico y socio-comunitario y familiar.

La estimulación cognitiva con este fin incluye la atención, la memoria, el lenguaje, la percepción, las funciones ejecutivas y de la praxis. Por lo que debe entenderse como un área importante que demanda la intervención especializada e interdisciplinar con un enfoque alternativo individualizado y de carácter práctico.

Esta idea se sustenta en la concepción apoyada en la tecnología digital e informática favorece las interacciones y a su vez, se ha comprobado que ha aumentado las posibilidades para estimular el desarrollo de las potencialidades de la población mayor de 60 años, derrumbando los prejuicios relacionados con el deterioro de las capacidades para adquirir nuevos conocimientos. Viguera & Ruiz (2001), señalan que la experiencia muestra que se puede aprender a lo largo de toda la vida, y que, si bien el ritmo de aprendizaje se vuelve más lento en los ancianos mayores, la relevancia del entrenamiento y la estimulación para activar y reactivar las energías mentales puede resultar una oportunidad para la activación psicológica crear condiciones a nivel funcional y psicológico, con muchas expectativas aun y con amplias posibilidades de desarrollo.

Es importante la optimización de las condiciones para valorar lo conservado a nivel cognitivo, afectivo, volitivo y otros aspectos relacionados con la salud psicofísica; esta última como punto de partida para contribuir a la reorganización de la actividad, la funcionalidad del adulto mayor en su entorno. Mientras, que se insiste en que la psicoactivación es un sistema de acciones exógenas y/o endógenas orientadas a potenciar capacidades del individuo que estimulen su dinámica psíquica, sobre todo si se toma en cuenta las posibilidades que ofrece el uso de las nuevas tecnologías digitales e informáticas.

Pero, el uso de la tecnología en función de la estimulación del nivel funcional, permite la detección temprana de discapacidad o incapacidad funcional, teniendo un antecedente a nivel internacional, como es el Proyecto "Seniornet" de Furlong, San Francisco (EEUU), desde

1988; el proyecto de Psicoactivación Computacional a la Tercera Edad en Colón (Cuba), "SeñorWeb" y "La tercera no es la vencida" así como otras redes de apoyo a familiares, profesionales encargados del cuidado del adulto mayor, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros.

En este sentido, es importante que cada propuesta, aunque se hayan basado en características biológicas, económicas, psicológicas y sociales, dejan planteado el reto de superar la visión fragmentada de la estimulación cognitiva y se aboga por ejercer influencia en el área físico motriz, afectiva y metacognitiva, al mismo tiempo que pueda ser utilizada como recurso del personal médico, especialistas de terapia ocupacional, la familia y el propio adulto.

Con relación a las oportunidades que se puedan dar en una proyección de este tipo, se supone que las herramientas deben generar espacios de entrenamiento y comunicación con otros, haciéndole reflexionar o introducirlo en las estrategias de afrontamiento para los cambios de esta etapa de vida, y se deben convertir en un recurso para la prevención. Asimismo, deberán controlarse amenazas relacionadas con la sobre valoración del recurso que deje fuera la estimulación directa del cuidador y de las propias familias, al señalar que es por esta razón debe insertarse en el proceso de socialización efectivas en la medida en que se abarque al adulto mayor desde su integralidad.

Por tanto, el contenido de las herramientas tecnológicas debe promocionar conocimientos, valores asociados a la aplicación de estrategias para contribuir al crecimiento, el afrontamiento a conflictos y desarrollo personal a lo largo del proceso de envejecimiento, de manera que favorezca la reflexión acerca del significado y valor de estos para el desarrollo del proyecto de vida que se han planteado para esta etapa de la vida, ajustándose a las necesidades, expectativas e intereses de cada grupo de asistentes.

En general, el acompañamiento psicológico que estas herramientas deberán contribuir a de salud mental, por lo que sería aconsejable un enfoque basado en el envejecimiento activo adoptado en los años 90, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que puede ayudar a envejecer a los individuos y a las poblaciones con mayor calidad de vida. En este caso, el envejecimiento activo se concibe como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, para ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Giró Miranda, 2006).

De acuerdo con el proceso de estimulación de "envejecimiento activo", se debe "empoderar" a los adultos

mayores a través de las herramientas técnicas, con el objetivo de "envejecer en casa de manera competente". A continuación, tomaremos como referencia los enfoques teóricos desarrollados anteriormente, focalizando nuestro análisis en las encuestas administradas a los asistentes y los beneficios subjetivos desde el enfoque de la Psicología Positiva.

En este marco los recursos suelen considerarse como aquel medio, forma, palabra o proceder que contribuya un estilo al desarrollo cognitivo y de acuerdo a todo ese proceso, pueden clasificarse como: audiovisuales, a través de grabaciones o imágenes que pueden estar solas o combinadas y que hacen uso de los sentidos de la vista y el oído; informáticos, donde toda la información que recibe un tratamiento automático, utilizando para tal efecto sistemas de computación y electrónica, actualmente con los avances de esta ciencia se puede interactuar con la información; y, cuando se habla de humanos se refiere a todas aquellas personas que pueden aportar o facilitar algo para el aprendizaje.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En este caso, la muestra estuvo conformada por 100 adultos mayores (mujeres y hombres) que declararon su disposición para participar en el estudio, aun cuando se identificó como población incluía 300 adultos se pudo constatar en este estudio gracias a la colaboración de los estudiantes de la carrera de psicología de la facultad de ciencias jurídicas sociales y de la Educación y estudiantes de la Facultad Administración Finanzas e Informática que colaboraron con la información, de esa población los 100 adultos colaboraron de manera voluntaria.

Por el carácter del estudio, se definió la utilización de un diseño de evaluación psicométrica asumiendo que esta se utiliza para valorar el comportamiento de determinadas variables. En este caso, se evaluaron los siguientes aspectos: orientación en el tiempo y orientación en el espacio; memoria, atención y cálculo, memoria diferida, repetición de una frase; comprensión y ejecución y orden, así como la lectura escritura y el control muscular a partir de la técnica copia de un dibujo.

La escala autovalorativa de Dembo-Rubinstein sirve para evaluar la conciencia de la enfermedad en adultos promoviendo una charla libre; esto se lleva a cabo en una hoja limpia y hace una larga línea vertical y se le dice al sujeto "supón que en esta línea se colocan todas las personas del mundo, aquí arriba las más saludables y debajo las más enfermas", además, se le indica ¿Dónde está su lugar entre todas las personas? De acuerdo a su estado de salud. Para ello, coloque con el lápiz un trazo

en el lugar, según el adulto cree que se encuentra (debe dárseles lápices de colorear para la marca); se puede repetir las instrucciones y no se debe discutir la decisión del sujeto.

La observación participante, la escala autovalorativa de Dembo-Rubinstein y la entrevista, las cuales se identificaron como métodos esenciales en la estrategia de diagnóstico general y constituyeron un pilar importante de la primera parte del estudio; por lo que no solo se exploró la situación física y socioeconómica, sino también se identificaron las potencialidades para implicar a las familias en los procesos de estimulación.

En este caso, la observación constituyó en un recurso indispensable para el diagnóstico psicológico, pues posibilita evaluar información relevante y supone una intencionalidad por parte del observador (participante o no) que le facilite la formulación y verificación de hipótesis se incluye la observación de las características morfológicas del sujeto (medidas antropométricas); fisiológica (sudoración, ritmo respiratorio, cambio de coloración de la piel). Asimismo, se identifican las conductas manifiestas (cuánto fuma, ansiedad, depresión, conductas de apego, succión del pulgar, intranquilidad, temores), conductas encubiertas (se infiere de las expresiones anteriores y la información no verbal que aportan los momentos de silencio, reflexión, emoción y el sentido a la comunicación)

Después en realizar una segunda línea vertical para la valoración de la inteligencia (arriba talento, debajo los menos inteligentes en el medio los mediocres) En la tercera, se dispone de acuerdo al carácter hacia arriba los más alegres para abajo los más malos. En la cuarta línea se representa una distribución de todas las personas de acuerdo a la felicidad: arriba felices, abajo infelices, al centro medio normal. Las personas sanas saludables psíquicamente se ponen un poquito por arriba del medio independientemente de su autovaloración y de su situación vital objetiva.

Como parte de la metodología a usar en este proyecto se utilizó la entrevista que es un método y técnica sustancial que acompañará todo el proceso se orientó a profundizar en el conocimiento de las condiciones de la vida sociopsicológica del adulto y su familia, sus preocupaciones, estados emocionales, disposición y objetivos o proyectos de vida. Se realizó de manera combinando la forma directa e indirecta propiciando que las implicados pudieran aportar información y explicar los datos que provenían de la información que se recopilaba en la aplicación de las demás técnicas

La evaluación psicológica del desarrollo cognitivo incluyó las siguientes técnicas:

#### El Test del dibujo del reloj

El denominado test del reloj es una prueba actualmente muy utilizada para evaluar las capacidades cognitivas de un paciente y detectar un posible deterioro cognitivo. Es una prueba muy sencilla que se utiliza para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, ya que ofrece una información muy valiosa sobre la percepción visual, coordinación visomotora, capacidad visoconstructiva y de planificación y ejecución motora. Ello supone poder evaluar la actividad de diferentes funciones cognitivas, como el lenguaje, la memoria a corto plazo, las funciones visoespaciales, etcétera.

La prueba se basa en pedir al paciente que dibuje un reloj con todas las horas y las manecillas marcando una hora determinada. Para hacerlo correctamente debe ordenar los números, dibujar la esfera y colocar las manecillas en la posición indicada. Para ello, se requiere el uso debidamente coordinado de diferentes áreas cognitivas (organización visual y motora, planificación y ejecución de la tarea encomendada, memoria). Una puntuación baja indica que hay áreas del cerebro que no funcionan correctamente y que existe una merma de las habilidades cognitivas del paciente.

MMSE es el examen cognoscitivo Mini – Mental, sus autores son Marshal Folstein, Susan Folteins, Paul Mchugh y Gary Fanjiang. Este examen tiene como objetivo detectar los trastornos cognoscitivos del adulto mayor, aplicados de manera individual en aproximadamente 15 minutos, donde se evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión de estado cognitivo, evaluado las siguientes áreas orientación: espacio, tiempo, codificación, atención y concentración, y recuerdo, lenguaje y construcción. Los materiales que se usan son: manual de aplicación, hoja de anotación, lápiz hoja A4. La prueba consta de dos partes test del reloj a la orden (TRO), donde se pide dibujar un reloj que indique la hora y el Test de reloj a la copia (TRC), donde se les pide que dibuje el reloj que se le muestra.

El test del reloj se puede realizar de dos maneras diferentes:

**Test del reloj a la orden:** se proporciona al paciente una hoja de papel en blanco, un lápiz y una goma y se le pide que dibuje un reloj con forma circular en el que estén todos los números de las horas debidamente ordenados y que las manecillas marquen una hora determinada. Si cree que se ha equivocado puede borrar y corregir el error. Si no ha dibujado las manecillas se les recuerda que el reloj debe marcar una hora concreta.

**Test de reloj a la copia:** en este caso, además de la hoja en blanco se le proporciona otra hoja de papel en la que hay un reloj dibujado. Se lo pide que lo copia de la forma más exacta posible para lo que debe poner la máxima atención.

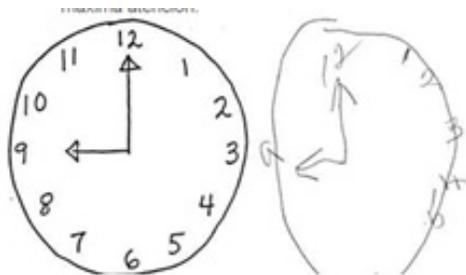


Figura 1. Test del reloj.

En ambos casos, si el reloj que ha dibujado está incompleto, antes de retirar la hoja se pregunta al paciente si considera que el dibujo está completo y se le dice que se tome el tiempo necesario para hacerlo. Las siguientes escalas de puntuación consideran que mientras más baja sea la puntuación total obtenida es mayor el deterioro cognitivo del paciente la evaluación se debió en tres partes correspondientes.

- Esferas: la puntuación va de 0 – 2 en función de que, si es circular, ovalada asimétrica o no se ha dibujado.
- Números: Si están todos, si hay errores en su colocación dentro de las esferas o si dibujan alineados, si se han puesto fuera de ella la puntuación en este caso va de 0-4.
- Manecillas, la puntuación de 0 a cuatro se determina en función de si se han dibujado o no las dos, si se une en el centro de las esferas, si la proporción del tamaño es correcta y si la hora que marca es la que se ha pedido.

#### Test Examen Mini-Mental

El test conocido como Mini-Mental es la prueba de cribado o despistaje cognitivo más utilizada para evaluar la sospecha de síntomas compatibles con deterioro cognitivo o demencia.

Las instrucciones generales de este test es invitar al entrevistado a colaborar -no corregir nunca al paciente, aunque se equivoque- a contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test:

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).
2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las

recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.

3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir, pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

5. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem: - Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error. - Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

- Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto. - Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31) = 22,5$  (redondearemos al número entero + próximo, el 23).

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 100 participantes están comprendidos en el grupo de edades entre 65, 85 años. Ha y 62 mujeres y 38 hombres. El estado de salud está asociado a los problemas degenerativos: 69 de los 100 participantes adultos

mayores poseen complicaciones por enfermedades no transmisibles como hipertensos, 85 usan lentes y 5 tienen problema de audición, aunque, en general, muestran afectaciones en el desenvolvimiento y motricidad, situación que se pudo constatar porque al coger el lápiz o las hojas, se caían.

Según la observación y la técnica escala de autovaloración de Dembo-Rubinstein, se pudo identificar que 65 de los adultos incluidos en el estudio, se colocaban por encima de la línea; pero, no muy alejada de esta y aluden que más o menos son saludables porque no tienen enfermedades crónicas y consideran los padecimientos que tienen se corresponden con el ciclo de vida avanzado del adulto mayor. Se explica así que de ella 23 se consideran enfermas; se consideran inteligentes y más alegres para abajo los más malos. Solo 12 se consideran felices: arriba felices, abajo infelices, al centro medio normal pero no alcanzan a lograr la felicidad argumentando problemas económicos, de convivencia, de adaptación al entorno y a los cambios de la realidad mundial y nacional, lo cual está dejando una tendencia a comportamientos asociadas a la soledad, la tristeza, lo cual se corresponde con la situación económica y de vida que poseen

En este caso, aunque las condiciones de vida de los participantes no son extremas, pero se diferencian según los niveles de acceso. Los 100 adultos viven con familiares que cuidan de ellos, pero 20 de ellos se quedan solos en casa durante gran parte del día y los 80 los cuidan algún familiar.

De ellos, 20 son jubilados y viven cómodos, en viviendas adecuadas y en condiciones de vida aceptable; los 80 restantes no cuentan con esta posibilidad, vive de los que sus familias le dan, y 55 de ellos reciben un bono de 50 dólares del Estado; pero, 15 de ellos tienen muy bajos recursos; por último, había 8 adultos en plena vulnerabilidad y no son atendidos por ninguna fundación y el gobierno no le ha prestado ayuda, aunque existe el Bono Manuela Espejo del gobierno, ellos no lo reciben. Por tanto, depende del apoyo total de la familia.

En principio, se identificó que de los 100 adultos mayores se los evaluó con el examen cognoscitivo Mini mental, pero de la muestra 15 se los volvió a evaluar con la prueba del reloj ya que no pudieron realizar la misma en su totalidad. Por otro lado, de los 85 tuvieron un puntaje 27.30 que equivale a normal; 55 obtuvo deterioro cognitivo, 10 demencia leve, 5 demencia moderada y 3 demencia severa; lo que equivale a una evaluación de deterioro. Hay que reafirmar que 60 de ellos sabían firmar y escribir su nombre, y 40 no sabían escribir sus nombres ni firmar, pero sí conta (Figura 2).

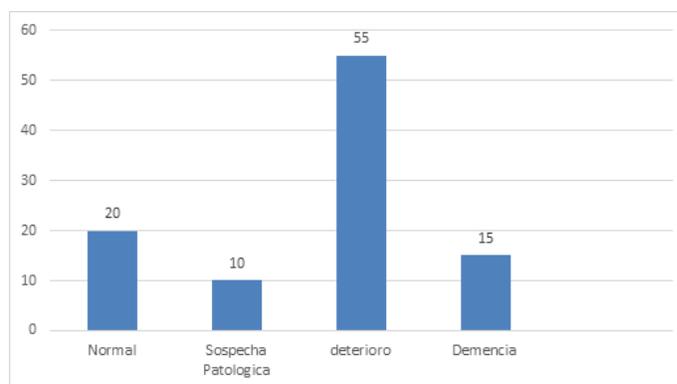


Figura 2. Resultado de la evaluación del Test Mini Mental.

Se puede constatar que en el estudio realizado a los adultos mayores que colaboraron voluntariamente al estudio, se nota que influye el deterioro si no se encuentran en algún tipo de actividad. Por lo que se puede afirmar que los 20 adultos que tuvieron un estado cognitivo normal, gozaban de la jubilación y que se mantenían en actividades como en la docencia, otros tenían negocios privados y usaban algún tipo de tecnología; a diferencia de los adultos que presentaron deterioro cognitivo que no habían terminado la escuela y no tenían ningún otro tipo de actividad mental que les permita estimular su capacidad cognitiva y no manejaban tecnología, algunos de ellos tenían teléfono para comunicarse con sus familiares más cercano. Por otro lado, 10 adultos mayores presentan sospechas patológicas en su estado cognitivo tienen problemas de salud como hipertensión, dolores de cabezas, problemas visuales, auditivos preocupaciones por lo económico. Asimismo, 55 que tuvieron deterioro fueron los adultos mayores que tenían entre 65 y 70 años con bajos recursos económico, no atendidos por ninguna organización del estado, ni privada, y por último los tres que tuvieron demencia severa fueron los 3 adultos que tenían un infarto cerebral.

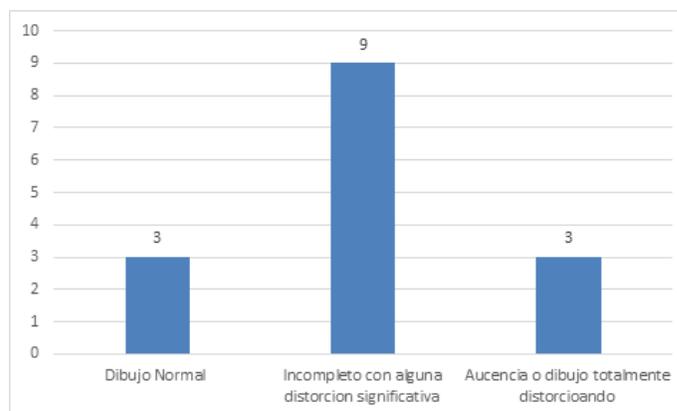


Figura 3. Evaluación general del Test del Reloj.

Se debe recalcar que a estos 15 adultos (Figura 3) se le aplicaron la prueba del reloj porque el test minimal le resultó complicado, debido a esto se le aplicó el test como una segunda opción. Los resultados reflejaron que 3 adultos dibujaron normal el reloj, lo que equivale un estado cognitivo normal; 9 realizaron el dibujo incompleto y distorsionado la figura, lo que significa deterioro cognitivo; y, 3 hicieron el dibujo del reloj totalmente distorsionado, lo que equivale a una demencia severa. Estos tres adultos han presentado infarto cerebral por lo que se asume la causa del resultado obtenido.

En el resultado del análisis de las posibilidades y oportunidades que se dieron a través de la entrevista individual se pudo confirmar que entre los contenidos más apremiantes (en orden jerárquico) están relacionadas con *el dominio de la tecnología para adaptarse al entorno y estar en condiciones para interactuar con los demás*. Asimismo, la selección del dispositivo tecnológicos que más desean aprender a manejar están el teléfono y las aplicaciones de interconectividad. Es recurrente que asuman que las personas mayores se convierten en invisibles, o sobre protegidos para la familia y le niegan el derecho a seguir desarrollando sus potencialidades.

Al mismo tiempo se realizaron entrevistas a los familiares y se confirmó que en general hay disposición en 42 familias para contribuir a estimular el desarrollo cognitivo y coinciden que las consideran que al no ser contar con instituciones o espacios comunitarios para esta actividad y reconocer las limitaciones de movilidad y tiempo para trasladarse hacia un servicio especializado están dispuestos a recibir una preparación necesaria para llevar a cabo las acciones que se considere pertinente les permita desarrollar las actividades.

La discusión en el grupo de investigadores del proyecto considero que el análisis de los resultados debería centrarse en la determinación de las necesidades cognitivas básicas y las condiciones que podría favorecer el proceso.

### Propuesta y recomendación

- De acuerdo con el estudio se concluyó que las propuestas tecnológicas de carácter lúdico que podrían utilizarse para estimular el desarrollo cognitivo del adulto mayor deberán
- Estimular todos los procesos cognitivos con carácter integrado con énfasis en la activación de la memoria, y la actividad con metacognitiva como fuente de nuevos aprendizajes.
- Priorizar el tratamiento de contenidos relacionadas con memoria, la interpretación, la comunicación y el

pensamiento lógico. En este caso los recursos lúdicos deberán propiciar el estímulo de recuerdos de su vida, fotografías de personas artistas, lugares, música entre otros que permitan ejercitarlos en la identificación geográfica de lugares, cronologías históricas, juegos de asociaciones y analogías, conformación de cadenas de asociaciones, autoconocimiento y valoración de la vida desde los éxitos

- Orientación específica y relevancia del contenido asociada a la orientación espacial espacio temporal, los recuerdos, la emotividad, la comunicación y la proyección positiva; en este caso: historietas que se organizan según tiempo, juegos de ubicación temporal o espacial en mapas y cronologías históricas
- Motivación para aprender. Proponer intercambios entre jóvenes y adultos mayores de las posibilidades en la computadora y el teléfono como entretenimiento, desarrollo de habilidades tecnológicas intermedias y de calidad de vida. Sobre todo, para los que viven solos
- Favorecer el lenguaje dialógico con la utilización de aplicaciones tecnológicas en las que se aprovechen las posibilidades que ofrece las redes, los grupos para la discusión, la participación y el diálogo como una condición privilegiada para el aprendizaje entre adultos. Se facilita el aprendizaje y se consolidan los compromisos.
- Autoaprendizaje. Incluir buscadores o aplicaciones en las que puedan conocer más de su enfermedad, de la alimentación, recetas de alimentación, terapias basadas en la cultura ancestral para que pueden utilizarlos en su vida cotidiana. Se puede elaborar una otra aplicación con un diario de acontecimientos positivos para valorizar la vida personal y comunitaria en actividades con la familia y de manera personalizada.

### CONCLUSIONES

El estudio confirmó la necesidad de la estimulación del desarrollo cognitivo del adulto mayor como pieza clave de la calidad de vida y el bienestar. Se corrobora la relación biopsicosocial en las posibilidades de prevenir y alargar la calidad de los procesos cognitivos y desde ellos potencial el desarrollo de otros procesos superiores como el pensamiento y la metacognición.

La muestra incluido en el estudio develó un deterioro progresivo de los procesos cognitivos por falta de estimulación, inadecuadas creencias acerca del envejecimiento, así como limitados e insuficiente intencionalidad de las actividades que se realizan en la familia para lograr que los adultos mayores puedan mantener un desarrollo cognitivo aceptable. Las condiciones económicas y de vida, la autovaloración inadecuada y las limitaciones en el nivel escolar alcanzado afectan una dinamización del proceso.

Según los resultados planteado surge identificar la relación entre actividad lúdica y desarrollo cognitivo mediado por las tecnologías de manera que pueda favorecer la satisfacción de necesidades de los adultos, aportar a su inserción en la dinámica social tecnológica en que se vive y adaptar a sus posibilidades de la gamificación de las influencias con un énfasis en el teléfono por las potencialidades que posee para la interconectividad y la intermediación que este posibilita.

Las recomendaciones que se incluyen constituyen las pautas iniciar el diseño y elaboración de recursos lúdicos para la estimulación del desarrollo cognitivos de los adultos mayores de la parroquia e. pueden ser aplicaciones sencillas, que tomen en consideración la historia de vida de la comunidad, las motivaciones y contenidos relevantes para los adultos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparicio García-Molina, V.A., & Carbonell-Baeza, A., & Delgado-Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(40), 556-576.
- Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., Gac, H., Ihle, S., & Marín, P. P. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista médica de Chile*, 138(9), 1077-1083.
- Dulcey, E., & Uribe, C. (2002). Ciclo vital, envejecimiento y vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 17-25.
- Garcés, E., Velandrino, A., Conesa, P., & Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1).
- Giró Miranda, J. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española. *En Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Universidad de La Rioja.
- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M., & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología/Annals of Psychologist*, 10(2), 199-216.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico recreativa. *HSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 1(1), 1-12.
- Peel, N., McClure, R., & Bartlett, H. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304.
- Romero, A. J. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 288-294.
- Ruiz, A., & Viguera, V. (2001). Los Adultos Mayores y su relación con Internet. <https://psiquiatria.com/articulo.php?ar=psicogeriatría&wurl=los-adultos-mayores-y-su-relacion-con-internet>
- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17-21.
- Uribe, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2007). Objective health and mental health in colombian older adults. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 75-81.
- Vera, J. Á., Sotelo, T. I., & Domínguez, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 7(2), 57-78.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *En Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290.
- Villar Posada, F., Triadó Tur, M. C., Solé Resano, C., & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 152-162.
- Zarebski, G. (2007). De la psicogeriatría a la psicogerontología. (Ponencia). *II Congreso Internacional de Psicogerontología. La gerontología del hoy y del futuro*. Buenos Aires, Argentina.
- Zarragoitia, A. (2007). Lo cognitivo en la ancianidad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(2), 43-54.