

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

ISEO[®]



POSGRADO
TESIS



ISEO[®]
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**ESTIMULACIÓN CONTINUÚA PERSONALIZADA; CONJUNTO DE
TÉCNICAS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PARA FOMENTAR
MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON
DETERIORO COGNITIVO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN SALUD MENTAL**

PRESENTA:

JORGE ENRIQUE LOERA CASTAÑEDA

CÓDIGO ORCID: 0009-0000-1130-4657

DIRECTOR:

VERÓNICA LOERA CASTAÑEDA

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4158-1078

CODIRECTOR:

ELIZABETH MARTÍN DEL CAMPO ESCUDERO

CÓDIGO ORCID: 0009-0007-4504-5340

Tepic, Nayarit, México, julio de 2024

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: Jorge Enrique Loera Castañeda

Matrícula: B221152

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

Título de la tesis: Estimulación Continúa Personalizada; Conjunto De Técnicas, Estrategias y Actividades Para Fomentar Mejoras en la Calidad De Vida en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo. Presentación de Tres Casos.

Nombre del Director de Tesis: Dra. Verónica Loera Castañeda

Nombre del Codirector de Tesis: Dra. Elizabeth Martín del Campo Escudero

Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; a 30 de julio del 2024

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **Estimulación Continúa Personalizada; Conjunto De Técnicas, Estrategias y Actividades Para Fomentar Mejoras en la Calidad De Vida en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo. Presentación de Tres Casos**, presentada por el alumno(a) Jorge Enrique Loera Castañeda, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



Dra. Verónica Loera Castañeda

CODIRECTOR DE TESIS



Dra. Elizabeth Martín del Campo Escudero

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE
INVESTIGACIÓN



Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval



GOBIERNO DEL EDO. DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"
PARTICULAR
TÉPICO, NAYARIT

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **JORGE ENRIQUE LOERA CASTAÑEDA**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **"ESTIMULACIÓN CONTINÚA PERSONALIZADA; CONJUNTO DE TÉCNICAS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES PARA FOMENTAR MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS."**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE
JORGE ENRIQUE LOERA CASTAÑEDA

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jorge Enrique Loera Castañeda
 Título del ejercicio: Quick Submit
 Título de la entrega: Estimulación Continua Personalizada; conjunto de técnicas, ...
 Nombre del archivo: JORGE_ENRIQUE_LOERA_CASTA_EDA.docx
 Tamaño del archivo: 12.48M
 Total páginas: 179
 Total de palabras: 40,587
 Total de caracteres: 224,126
 Fecha de entrega: 16-nov.-2024 03:44p. m. (UTC-0500)
 Identificador de la entrega: 2521684108



DEDICATORIAS

- Principalmente, quiero dedicar este estudio a mi familia y a mi directora de tesis, ya que fueron ellos quienes me impulsaron a seguir adelante.
- Dedico también esta tesis a las 3 pacientes que voluntariamente participaron en el estudio, al igual que en a sus familias y cuidadores.
- Por último, pero no menos importante, dedico a mis tutores, compañeros y al Instituto ISEO, por acompañarme en este tan importante proceso.

AGRADECIMIENTOS

- Principalmente, quiero agradecer a DIOS por su bendición, a mi familia y a mi directora de tesis, ya que fueron ellos quienes me impulsaron a seguir adelante.
- Agradezco de una manera muy especial a las pacientes que voluntariamente participaron en el estudio, al igual que en a sus familias y cuidadores.
- Por último, pero no menos importante, agradezco a mis tutores, compañeros y al Instituto ISEO, por acompañarme en este tan importante proceso.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS	3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE ISEO.	4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL EN ISEO – REPOSITORIO INSTITUCIONAL	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	6
DEDICATORIAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
ÍNDICE GENERAL	9
ÍNDICE DE TABLAS	12
ÍNDICE DE FIGURAS.	13
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	16
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.1. Antecedentes	19
1.2. Contexto	22
1.3. Definición del problema de investigación	25
1.4. Objetivo general	28
1.5. Objetivos específicos	28
1.6. Justificación	28
1.7. Beneficios esperados.....	31
1.8. Limitaciones	32
1.9. Alcances	32
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.	34
CAPITULO III- MÉTODO.....	84
3.1. Línea de investigación.....	84

3.2. Metodología Utilizada.....	84
3.3. Diseño metodológico.....	86
3.4. Población.	87
3.5. Procedimiento de selección de la muestra.....	87
3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	88
3.6. Participantes.	89
3.7. Técnicas e instrumentos empleados.	90
3.8. Procedimiento de recolección de datos.	95
3.9. Desarrollo de etapas de la investigación.....	96
3.9.1. Etapa 1. Selección del objeto de estudio.....	97
3.9.2. Etapa 2. Trabajo de campo.	98
3.9.3. Etapa 3. Análisis de la información.	99
3.9.4. Etapa 4. Presentación de resultados.....	101
3.9.5. Etapa 5. Análisis de la información y conclusiones.....	102
3.10. Aspectos bioéticos.....	104
CAPITULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	107
4.1. Análisis de resultados	107
4.2. Discusión.	151
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	156
5.1. Hallazgos.	156
5.2. Recomendaciones.....	179
5.3. Investigaciones futuras.....	184
5.4. Limitaciones.	185
5.5. Validez de la investigación.....	187
5.6. Conclusión general y reflexiones personales.....	190
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	193
APÉNDICE. Formatos e instrumentos.....	209
Apéndice A Carta De Consentimiento Informado.	
209	

Apéndice B Hoja De Recolección De Datos	211
Apéndice C Test Del Dibujo Del Reloj De Thalman.....	213
Apéndice D Mini Examen Cognoscitivo “Mini Mental State Examination.....	219
Apéndice E Test Moca.....	220
Apéndice F Escala De Goldberg	226
Apendice G Cuestionario Sobre Funciones Cognitivas (Llenada Por Un Familiar)	227
CURRÍCULUM VITAE	229

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asociación de los sonidos.....	47
Tabla 2. Colores primarios psicológicos	54
Tabla 3. Colores auxiliares psicológicos	55
Tabla 4. Actividades terapéuticas con video y fotografía.	62
Tabla 5. Definiciones de la Calidad de Vida en Relacionada con la Salud.	67
Tabla 6. Variables.	70
Tabla 7. Instrumentos.....	90
Tabla 8. Promedios de las variables analizadas.	110
Tabla 9. Datos generales de las pacientes.....	110
Tabla 10. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #1.....	117
Tabla 11. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #2.....	129
Tabla 12. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por el cuidador). Caso #2.....	131
Tabla 13. Bitácora de observaciones (llenada por el terapeuta). Caso #2.....	134
Tabla 14. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #3.....	140
Tabla 15. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por el cuidador). Caso #3.....	142
Tabla 16. Bitácora de observaciones (llenada por el terapeuta). Caso #3.....	145
Tabla 17. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por un familiar). Caso #3.....	148
Tabla 18. Características clínicas de las tres pacientes expresadas en los resultados de las evaluaciones aplicadas.....	150
Tabla 19. Análisis comparativo entre los resultados antes y después de la aplicación del programa ECP.....	151
Tabla 20. Recomendaciones por paciente	180

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Proceso de integración de la muestra de estudio	108
Figura 2. Promedio de edad.....	109
Figura 3. Promedio de escolaridad	109

RESUMEN

La Estimulación Continua Personalizada (ECP), es una nueva propuesta de intervención con fines terapéuticos, compuesto por actividades diseñadas para potenciar las capacidades funcionales relacionadas con la salud física, mental y social, a través de la estimulación de los sentidos, la cognición y las emociones. Métodos: Reporte del seguimiento prospectivo de tres casos clínicos de adultos mayores con deterioro cognitivo en quienes se les ofreció un programa de Estimulación Continua Personalizada (ECP). Se incluyeron tres casos de mujeres mayores de 60 años ya diagnosticadas por sus médicos especialistas, se recabaron los datos somatométricos (peso, talla), sociodemográficos (edad, escolaridad, domicilio) historia clínica (comorbilidades, accidentes, traumatismos). Se realizaron evaluaciones de función cognitiva mediante el Mini Mental State Examination - MMSE, Evaluación Cognitiva Montreal - MoCA, Test del reloj de Thalman, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y un cuestionario sobre funciones cognitivas, la cual fue respondida por el cuidador inmediato. Resultados: Existen diferencias estadísticamente significativas al comparar el antes y después de la aplicación del programa ECP, en las herramientas aplicadas. Conclusión: El programa de ECP muestra cambios positivos en las pruebas aplicadas.

ABSTRACT

Personalized Continuous Stimulation (CPE) is a new intervention proposal for therapeutic purposes, composed of activities designed to enhance functional capacities related to physical, mental and social health, through the stimulation of the senses, cognition and emotions. Methods: Report of the prospective follow-up of three clinical cases of older adults with cognitive impairment in whom a Personalized Continuous Stimulation (CPE) program was offered. Three cases of women over 60 years of age already diagnosed by their specialist doctors were included. Somatometric data (weight, height), sociodemographic data (age, education, address) and clinical history (comorbidities, accidents, trauma) were collected. Cognitive function evaluations were carried out using the Mini Mental State Examination MMSE, Montreal Cognitive Assessment - Montreal Cognitive Assessment MoCA, Thalman Clock Test, Goldberg Anxiety and Depression Scale and a questionnaire on cognitive functions, which was answered by the immediate caregiver. Results: There are statistically significant differences when comparing before and after the application of the ECP program, in the tools applied. Conclusion: The ECP program shows positive changes in the tests applied.

INTRODUCCIÓN

“Nada hay en mi intelecto que no haya pasado por mis sentidos”. Aristóteles.

Durante su desarrollo, el ser humano va atravesando etapas, acumulando un sin fin de conocimientos llegando hasta la vejez, con una gran probabilidad de tener problemas en sus capacidades físicas, emocionales y cognitivas. Ya sea por alguna patología, enfermedad o sedentarismo, la persona tiene una alta probabilidad de tener repercusiones serias en su salud. (OMS, 2022, s/p)

Es innegable que la realidad de su condición humana lo lleva paso a paso a la vejez y que al suceder, la sociedad envejecerá en un gran porcentaje, con las repercusiones que esto trae.

Por lo que una gran proporción de la población mundial alcanzará la etapa de adulto mayor, en un lapso muy corto; se proyectan, para el 2030, que los mayores de 80 años representarán el 30% de la población en los países desarrollados y el 12 % en los denominados países en vías de desarrollo. (Alonso, P., et al., 2007, pp. 1-17).

Uno de los aspectos que más se ven afectados, es la cognición, que se refleja en su funcionalidad, independencia y participación e inserción social. (OMS, 2022, s/p)

Los sentidos permiten aumentar la cognición, cada vivencia se convierte en experiencia, que a la vez será o no significativo, haciendo que el aprendizaje que se dio en dichas experiencias tenga una corta o prolongada duración. (Conde y Pieschacon. 2019, s/p)

Sin embargo, no es el envejecimiento en sí, el que dentro de esta perspectiva es causa de alarma entre los gobiernos y sociedades actuales, sino la carga de las

enfermedades, discapacidades y demencias que esta variable conlleva en relación con la población. (OMS, 2022, s/p)

Para colaborar en la calidad de vida del adulto mayor, se propone el presente estudio, cuyo objetivo principal es, mostrar los beneficios que tiene la aplicación de la estimulación continua personalizada en adultos mayores con deterioro cognitivo, durante el proceso del estudio se realizará la medición o evaluación de la función cognitiva, mediante la aplicación de los test Mini Mental State Examination MMSE, el test del reloj de Thalman y el test Montreal Cognitive Assessment MoCA; aspectos de su salud emocional como la ansiedad y la depresión, mediante la escala de ansiedad y depresión de Goldberg; y un cuestionario diseñado para el estudio, sobre las mismas funciones que evalúan las pruebas de cribaje aplicadas.

Dicha medición se realizará antes y después de la aplicación de un programa de ECP, pretendiendo encontrar y evaluar la función cognitiva, así como su estado emocional, con base en los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados.

Por lo tanto, el impacto del estudio de intervención se considerará exitoso una vez que se vean los beneficios en cualquiera de estas formas de medición.

Estos resultados aportarán sustento para apoyar la aplicación de programas de estimulación en adultos mayores con alto impacto, con una veracidad comprobada en sus beneficios, fáciles de repetir en diferentes entornos y con la finalidad de lograr una funcionalidad e independencia. Puede ser parte de la conclusión.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento gradual de la población, ha alterado la economía de todos los países. Esto debido en gran parte a la falta de productividad que esto implica, el deterioro cognitivo que pone en riesgo de la demencia y las enfermedades crónico-degenerativas que se van presentando en esta población. (Ferreira, 2016, s/p)

Sin duda alguna, la acumulación de enfermedades y padecimientos van provocando un gasto que incrementa y fractura la economía de las familias de los adultos mayores. Que traducido en tiempo, también presenta un reto por parte de esta estructura social, al necesitar múltiples valoraciones y tratamientos que necesariamente conllevan el acompañamiento de los familiares más jóvenes, interviniendo en sus horarios laborales, dinámica familiar y hasta en sus círculos sociales, orillando a que cada vez se presente con más frecuencia problemas como el síndrome del cuidador quemado. (Martínez, 2020, pp. 97-100)

Dependiendo del deterioro cognitivo, es necesario considerar tanto los costos sanitarios directos (Medicamentos, consultas, transporte, hospitalización, etc.), como los indirectos (relacionados con pérdidas de productividad, como las bajas por enfermedad) para estas enfermedades. (Cantarero-Prieto, D., 2017, pp. 58-60)

Dentro de la atención del deterioro cognitivo, se pueden distinguir dos principales tipos de tratamientos que simultáneamente actúan de manera efectiva para rehabilitar, ralentizar el avance del deterioro o frenarlo, con la intención de mantener a la persona que lo padece funcional, independiente y con calidad de vida. (Acevedo, et al., 2021, pp. 368-74)

El primer tratamiento es el farmacológico, en el cual podemos observar que es indispensable. Y que deberá tener una periodicidad indefinida para detectar oportunamente cualquier atraso o agravamiento del estado del paciente. a esto se le denomina terapia farmacológica.

El segundo se distingue como terapias no farmacológicas, dentro de las cuales están terapias como la musicoterapia, arteterapia, gustoterapia, cromoterapia, de reminiscencia, ludoterapia, ocupacionales, estimulación cognitiva, multisensorial, entre otras. Las cuales han demostrado en estudios científicos su efectividad para el tratamiento de deterioro cognitivo y demencia.

Esto aparentemente enriquece el abanico de opciones con las que cuentan los familiares de las personas con deterioro cognitivo, pero en realidad, también agrava la problemática antes mencionada, en dónde las familias se ven rebasadas por el gasto que cada una de estas terapias implica, el tiempo que se invierte en llevarlos a las múltiples actividades, sumado al desgaste físico y emocional por el cual pasan. (Shutterstock - Ruslan Huzau, 2021, s/p)

Podemos e manera semejante pasa en las casas de día, o asilos. Los cuales se ven sumergidos en problemas económicos por la contratación de múltiples terapeutas para realizar dichas intervenciones, haciendo que el recurso cada vez sea más limitado y por ende, que las actividades puedan llegar a ser menos en número y en calidad.

1.1. Antecedentes

Comenzaremos advirtiéndole que no existen antecedentes que hablen sobre la Estimulación Continua Personalizada como tal, por tratarse de una propuesta nueva,

de lo cual solo se tienen algunos datos de publicaciones locales en revistas dirigidas al público en general y menciones en congresos. Sin embargo, existen estudios y artículos que están relacionados con la estimulación en las áreas abordadas por la propuesta. Tal es el caso del artículo “El programa de estimulación cognitiva, adaptado por niveles cognitivos en personas mayores sin deterioro cognitivo” (España), en el que se obtuvieron beneficios cognitivos en personas mayores sin deterioro cognitivo que viven en la comunidad, independientemente del sexo, edad y nivel educativo. (Calatayud E. et al. 2021. pp. 361-72)

En otro artículo nombrado “Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre los beneficios de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer esporádica de aparición tardía”, (Salamanca). Se observó el efecto positivo de la interacción sobre la función ejecutiva, específicamente en las capacidades de planificación y secuenciación, organización perceptiva, inhibición de respuesta, razonamiento lógico y flexibilidad mental. (López, C. et al., 2020, pp. 271-281)

En el “Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto” (Portugal). Tras la intervención, se encontró una mejoría significativa en el grupo de intervención en comparación con el grupo control en el rendimiento cognitivo global, concretamente en el dominio del lenguaje y una menor sintomatología depresiva. (Justo, S., et al., 2019, pp. 281-289)

El artículo “Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario” (Coímbra, Portugal). En sus resultados, reporto que entre el inicio

del estudio y el final, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva; sin ser así respecto a la cognición. (Alves, J. et al. 2016, pp. 111-120)

En la conferencia “Aspectos bioquímicos, genéticos y cognitivo-conductuales en el envejecimiento saludable”, del I Simposio Iberoamericano virtual de Neurociencias; se menciona que la estimulación continua personalizada contribuye a la prevención del deterioro cognitivo, preservación de las funciones cognitivas, físicas y fomenta la capacidad de desarrollar las cualidades y funciones que aún están en óptimo estado. (Loera, V., 2023)

En el artículo “Eficacia de un programa de estimulación cognitiva que utiliza tecnología en la autoestima, la autoeficacia y la autonomía de los adultos mayores”, se encontró una diferencia significativa en las 3 variables, entre el grupo de tecnología y el grupo de control. (Cebreros, D., et al. 2020., pp. 1-17)

En el artículo “La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia” (Campeche), afirma que la estimulación cognitiva mejora la calidad de vida de los adultos mayores con demencia y propicia el afrontamiento individual y familiar ante la enfermedad. (Muñoz, D., 2018, e1077)

El artículo “Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados”, (Pachuca, Hidalgo). En sus resultados encontró mejoría en la capacidad motriz, disminución del grado de dependencia física y disminución del

deterioro cognitivo de los participantes. (Guzmán, et al., 2016, pp. 1-5)

En las memorias del Encuentro Estatal de Ciencia, Tecnología e Innovación en agosto 27 de 2021 (Durango), se presentó el estudio titulado “Beneficios de la estimulación cognitiva en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo”, (Durango). En sus resultados, al comparar el antes y después, los valores estadísticamente significativos mostraron una diferencia positiva, lo que refleja que la intervención demostró ser efectiva para mejorar el estado cognitivo de las personas mayores de 60 años con y sin deterioro cognitivo. (Loera J. 2021, p. s/p.)

El artículo “Desarrollo de un programa de estimulación sensorial para adultos mayores” como parte de “Memorias del, 1er Congreso Nacional de Salud Mental, Ciencia y Sociedad” (Durango). Obtuvieron resultados cualitativos favorables, demostrando que la estimulación sensorial fue propicia para optimizar las capacidades visuales, auditivas, táctiles, gustativas y olfativas. (Martín del campo, E., et al., 2020, p. 43)

Haciendo un análisis, podemos observar la concordancia en que cada una de las terapias o tipos de estimulación aportan beneficios en la salud de los adultos mayores, disminuye los síntomas generados por deterioro cognitivo y otras enfermedades, además de fomentar la mejora en las capacidades relacionadas con la cognición, dándonos una idea de cómo serán los resultados al combinar varias de ellas. Tal es el caso de la presente propuesta de Estimulación Continua Personalizada.

1.2. Contexto

Para describir el escenario o contexto donde se desarrolla la investigación, a continuación profundizaremos más sobre algunas ideas clave del marco contextual en

esta sección. Además de describir de manera sintética, los aspectos relevantes del contexto en que se lleva a cabo la investigación, destacando la importancia de los fenómenos estudiados.

Como datos específicos, mencionaremos el lugar, población y características de la comunidad que conformará la muestra del estudio. Haciendo énfasis en los factores que llevaron a escoger ese lugar entre otros posibles.

1.2.1. Información general

Como la población a la que se dirige el estudio es de adultos mayores con deterioro cognitivo, es necesario mencionar que el deterioro cognitivo leve en nuestro país tiene una prevalencia de un 7.3%, aumentando el peligro de convertirse en demencia, hasta un 46% de los casos. (Pal et al., 2018, pp. 1149-60)

Para el 2021, la población mayor a 53 años, llegó a 25.9 millones de personas, con un 45.6% de hombres y 54.4% mujeres. en el estado de Durango, para el 2020 había 1,832,650 habitantes (50.6% mujeres y 49.4% hombres), de los cuales 183,265 eran personas mayores de 70 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021, pp. 1-3)

En el estado de Durango existen varios lugares donde se realizan actividades para los adultos mayores, la Escuela de la tercera edad del DIF, Casa del jubilado S.T.E.U.J.E.D., Hogar San Vicente, Ciudad del anciano, entre otros más. Pero solo pocos de estos lugares dan atención a personas con deterioro cognitivo. Reduciendo en la mayoría de los casos, las posibilidades de estimular a estas personas solamente en la consulta privada, en terapias no farmacológicas o de rehabilitación, que pueden

ser en consultorios establecidos o a domicilio.

El presente estudio considera 3 adultos mayores del sexo femenino, cada una con diferente estrato socioeconómico, condiciones de salud y estructuras familiares, pero coinciden en edad y diagnóstico de deterioro cognitivo.

La intervención que se llevó a cabo de manera domiciliaria, semanal y adecuada a las necesidades de cada una de ellas, así como a sus preferencias, gustos, nivel de estudios, entre otros.

1.2.2. Consideraciones afines al contexto

La población que se eligió, está conformada por personas consideradas adultos mayores, con la característica general de tener diagnóstico de deterioro cognitivo. En los tres casos diagnosticados por los especialistas, se presentan diferencias en los factores causales y en el origen del mismo.

Dentro de las características de cada hogar al que pertenecen las pacientes, se pueden mencionar las siguientes:

Caso #1

Vive en la zona centro de la ciudad de Durango, su casa cuenta con las condiciones adecuadas para su atención. Algunas sesiones se realizaron en su habitación, otras en el jardín y la mayoría en la sala. Su dinámica familiar le apoya a que sea cuidada de día y de noche, además de tener personal de apoyo que funge como cuidadores. Esto permite que las sesiones se puedan llevar de acuerdo a lo planeado.

Caso #2

Vive al noreste de la ciudad de Durango, su casa es adecuada a las necesidades que ella tiene. Las áreas en las que se pudo llevar a cabo la intervención fueron el comedor, la sala y la cochera. La dinámica familiar se aprecia óptima para que ella se sienta en confianza y siempre esta alguien acompañándola. Esto permite que las sesiones se puedan llevar a cabo conforme a lo planeado.

Caso #3

Vive en el noreste de la ciudad de Durango, su casa está estructurada favorablemente en espacios para su comodidad y de acuerdo a sus necesidades. Las áreas en donde se pudo llevar a cabo la intervención fueron la sala, el comedor, la recepción, una habitación y el jardín. La dinámica familiar se observa adecuada para sus capacidades, ya que ella vive con su esposo. Sus hijos y familiares la visitan con frecuencia, siempre al tanto de sus medicamentos y salud. Favoreciendo el entorno para que se llevarán a cabo las sesiones de acuerdo a lo planeado.

1.3. Definición del problema de investigación

El envejecimiento poblacional constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual. A escala mundial la población geriátrica aumenta en número, composición y nivel cultural. (Serra M., 2015), p. 104)

No se necesita ser un estadístico demográfico o poblacional para darnos cuenta que con este incremento también se presentan problemas en la salud, tanto física como mental. Podemos observar en nuestra vida diaria el desgaste de las capacidades del adulto mayor, que refleja en la sociedad discriminación, abandono y abusos. Y por parte de ellos, una actitud pesimista, llena de somatizaciones y enfermedades como

la depresión, haciendo cada vez más dependientes a cada uno de ellos.

Provocando fracturas en la convivencia y funcionalidad de la dinámica familiar, afectando la economía, el estado físico y emocional de todos los miembros que las conforman.

En este tenor, cabe reflexionar sobre el ¿Por qué conforme vamos envejeciendo, nos hacemos más sedentarios? y para responder esta interrogante resulta de gran interés la frase formulada en el Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva de ESTEVE (Reinoso A., 2008. pp. 3-4) “Todo lo que se ejercita se mejora; todo lo que no se ejercita, se pierde”.

Es de esta manera, en que observamos la información consultada y podemos observar que la forma de estructurar cualquier intervención de estimulación no invasiva o no farmacológica, se basa en el supuesto de formar aprendizajes, capacidades y mejoras en la calidad de vida con base a las experiencias vividas con actividades repetidas, rutinas, ejercicios y hábitos saludables. (Reinoso A., 2008. pp. 2-4)

En contradicción a mantenerse en una estimulación continua, de encuentra el sedentarismo, del cual, en 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que es un estilo de vida que va en aumento y que pone en peligro a gran parte de la población adulta en el mundo, orillándolos al desinterés, aislamiento social, laboral, religioso o espiritual, etc.

Esto puede ser consecuencia, de que son pocos los programas con fuerte impacto, dedicados a contrarrestar este enorme problema, que no solo está afectando a nuestro país, sino a todo el mundo. Por eso es necesario no solo hacer propuestas novedosas

y llenas de originalidad, sino con la característica de tener un verdadero impacto profundo en la sociedad, sin restricción de lo económico, educativo o étnico.

Considero que todas las propuestas deben de ser de fácil acceso, claras y entendibles. Además de no generar un gasto capaz de afectar la economía familiar y sea para todas las personas sin importar el género o condición socioeconómica.

No es desconocido para nadie, que el envejecer suele ser caro, es decir, que entre más envejecemos, necesitamos más atenciones, medicamentos y hasta las necesidades alimentarias especiales. Haciendo que el gasto para una atención adecuada con la intención de tener una buena calidad de vida en la vejez sea muy caro.

Además de consumir mucho tiempo, no solo de los adultos mayores, sino también de los cuidadores o de los familiares que los acompañan.

Tener una atención como lo plantea la propuesta ECP, la cual es multidisciplinaria, intenta reducir gastos, tiempos de traslado de una actividad a otra, desgaste de los cuidadores y en ocasiones si la atención es domiciliaria, viene a contribuir con mayor eficacia con lo antes mencionado, además de evitar la fragilidad o enfermedad que muchos de ellos pueden llegar a presentar.

1.3.1. Pregunta de investigación

¿Fomentará mejoras en la calidad de vida, la Estimulación Continua Personalizada; técnicas, habilidades y actividades, en el adulto mayor con deterioro cognitivo?

1.3.2. Preguntas específicas de investigación

- I.¿Cómo se aplicarán las técnicas para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo?
- II.¿Cómo se aplicarán las estrategias para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo?
- III.¿Cómo se realizarán las actividades para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo?

1.4. Objetivo general

Descubrir de forma estadística y observacional mejoras en la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo, mediante un programa de Estimulación Continua Personalizada: técnicas, estrategias y actividades.

1.5. Objetivos específicos

- I.Definir de manera clara técnicas, estrategias y actividades para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo.
- II.Aplicar de manera detallada técnicas, estrategias y actividades para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo.
- III.Analizar la diferencia entre el antes y después de la aplicación del programa de estimulación continua personalizada; técnicas, estrategias y actividades.

1.6. Justificación

La información censal de 1990 y 2020 indica que la población de 60 años y más, pasó de 5 a 15.1 millones, lo que representa 6 y 12% de la población total respectivamente. (INEGI, 2021, pp. 1-5). Este dato alude a un tipo de sociedad que envejece a ritmo

acelerado, convirtiéndose en un verdadero reto, lograr una adecuada calidad de vida en la vejez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), describe la calidad de vida en función de la percepción del entorno cultural y el sistema de valores que se viven, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. El concepto de calidad de vida, de manera subjetiva, nace de las necesidades básicas que han sido satisfechas. (Mateos et al., 2012, pp. 385-7)

Debido a que las personas mayores tienen un alto riesgo de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, salud, etc. Y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes, (Pascual, G., et al., 1998 pp. 57-60), destaca la importancia de practicar la estimulación en el adulto mayor y así atacar los problemas antes mencionados que están relacionados con el envejecimiento.

Ya lo decía Jara, desde el año 2007 (pp. 4-14), “Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social”.

De esta manera, al realizar la propuesta ECP permite descubrir y analizar de forma estadística y observacional mejoras en la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo, se aporta una idea u opción de fomentar la estabilidad o mejoramiento de las funciones cognitivas y contribuir en esta. Para confirmarlo es necesario tomar en cuenta que al hablar de la calidad de vida, se involucran diferentes

aspectos.

Por lo tanto, una de las intenciones también será determinar en qué aspectos colabora el programa y a su vez, que tan factible es para que se pueda recrear o aplicar en escenarios diferentes a los presentados. De esta manera se podrá contribuir con la comunidad científica y la sociedad, ampliando el abanico de intervenciones con alto impacto en la calidad de vida del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Al escoger esta población, se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que conlleva, ya que el programa y las evaluaciones pueden no llegar a su término (por enfermedad, deterioro o muerte), aun así, se develan los resultados que se obtuvieron.

A pesar de los avances tecnológicos que se han dado en las últimas décadas, podemos darnos cuenta que los programas de estimulación y rehabilitación para adultos mayores con deterioro cognitivo son pocos, además de que cada vez son más los adultos mayores que son excluidos de la sociedad y ocultados en los hogares. (Denis, E., et al., 2020, s/p.)

Considero por experiencia propia, que las intervenciones de estimulación deben involucrar en gran parte a la familia y a los cuidadores, de manera que ellos también trabajen simultáneamente con el paciente las áreas que comprende el programa.

En México es urgente que pongamos en marcha planes, programas y terapias que logren englobar una atención integral y multidisciplinaria, con la intención de colaborar con el bienestar de la sociedad en general. (Diario Oficial de la Federación-SEGOB., 2022, s/p.)

1.7. Beneficios esperados

Los beneficios que se esperan obtener mediante la aplicación de este programa de estimulación se traducen en mejoras relacionadas con los parámetros que contempla la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo, tales como:

- Mejora de las capacidades sensoriales. Al ofrecer estímulos sensoriales y la motivación del paciente, se pueden mejorar, conservar o ralentizar la pérdida de sus capacidades gustativas, motrices, táctiles, auditivas, olfativas y visuales.
- Relajación y disminución del estrés. Los adultos mayores sufren momentos de ansiedad y alteración al sentir pérdida de memoria, o de cualquiera de sus capacidades, para ello la relajación ayuda a disminuir el estrés.
- Mejora el ambiente, comunicación y relaciones personales: Al realizar las actividades se fomenta la convivencia y participación, factores importantes para la construcción de un mejor ambiente y propiciar socializar sanamente.
- Mejora en la cognición. Las actividades y la relajación inducen al paciente a mejorar en la atención, memoria, orientación, percepción y otras áreas de la cognición. La mayoría evaluadas en pruebas de screening, de cribado y escalas.
- Mejora el estado de ánimo. Las actividades con énfasis en el autocontrol, ayudan a tener una satisfacción de logro, sensación de utilidad y las actividades con la influencia del arte, proporcionan cambios con base a las sensaciones que les producen los colores, formas, texturas o palabras. Todo esto fomentando mejoras en el estado de ánimo

- Manejo de las emociones. A través de las actividades enfocadas en los recuerdos, experiencias y sensaciones, las pacientes utilizan sus capacidades para evocar y generar emociones sanas.

1.8. Limitaciones

Dentro de las limitaciones se tomarán en cuenta solamente aquellas relacionadas con la población y lugar en el que se aplicará el proyecto, puesto que no existe una limitante significativa en la realización del estudio por parte del investigador con respecto a los permisos, la preparación, recursos y materiales necesarios. Para ello, mencionaremos las siguientes:

- La edad: La principal limitante radica en que la edad avanzada de los participantes es elevada, teniendo la posibilidad elevada de no completar el tiempo del programa por condiciones incapacitantes o el deceso.
- Enfermedad: La segunda limitante es semejante a la primera, ya que la enfermedad tiene el riesgo elevado de no permitir el cumplir con el tiempo del programa por condiciones incapacitantes o el deceso.

1.9. Alcances

Los resultados que se obtuvieron, ofrecen una serie de factores que se podrán aplicar en otras poblaciones de adultos mayores con deterioro cognitivo, con la intención de obtener resultados semejantes a los del presente.

También se pretende que la Estimulación Continua Personalizada; técnicas, habilidades y actividades, ofrezca una opción de estimulación de un gran número de

áreas en torno a la calidad de vida del adulto mayor con deterioro cognitivo. Resalta la practicidad de llevar a cabo en una sola intervención o programa, múltiples actividades, técnicas y estrategias, en vez de saturar su vida con una carga de terapias e intervenciones que desestabilicen la vida del paciente.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Variable Independiente (V.I.) - Estimulación Continua Personalizada

Consiste en una propuesta para mejorar la calidad de vida, en torno a la salud física, mental y social en el adulto mayor con o sin deterioro cognitivo. Ofrece una oportunidad enfocada a que el individuo tenga una opción alcanzable y real de poder mejorar en su vida diaria.

Es un hecho conocido por todos, que el ser humano aumenta su inteligencia a través de la experiencia, entre más conoce, más aprende. Nuestros sentidos son los receptores más fascinantes y conductores de información, ya que por medio de ellos es como percibimos el mundo a nuestro alrededor, pero es el razonamiento el que le da sentido especial y significativo a estos estímulos originados por la captación sensorial de nuestro cuerpo. De ahí que tenemos la oportunidad de aprender de nuestros errores y a descubrir en nuestros aciertos nuestras capacidades y cualidades que nos hacen únicos. (Hulsegge y Verheul, 1987)

Uno de los principales focos de investigación es, que a través de los hábitos nuevos se benefician la adaptación, aceptación y búsqueda del bienestar propio y de los demás.

La denominada, ECP (Estimulación Continua Personalizada), es un tipo de intervención con fines terapéuticos, compuesto por actividades diseñadas para potenciar sus capacidades funcionales relacionadas con la salud física, mental y social, a través de la estimulación de sus sentidos y emociones, utilizando técnicas y estrategias que pueden ser tomadas de terapias no farmacológicas. Se le denomina

estimulación porque su finalidad es desarrollar al máximo principalmente las áreas cognitiva, motora, socio-afectiva, sensorial y de lenguaje.

El programa de ECP está diseñado para fomentar el equilibrio en la salud de la persona. Nos proporciona la oportunidad de cambiar los hábitos que tienen un impacto negativo en nuestras vidas, así como reforzar aquellos que impactan de manera positiva.

Nos permite estimular cognitivamente a la persona para que a través del análisis logre buscar estímulos nuevos y necesarios para poder tener un equilibrio en su desarrollo humano, así como aletargar o evitar el deterioro cognitivo que producen la predisposición genética, el sedentarismo y los patrones de rutina que se siguen por estar en una postura de conformismo o en aparente comodidad. (Dallas, M., 2021, s/p)

Por último y quizás lo más importante, pretende influir en la persona, para que busque constantemente, realizar cambios positivos en sí misma.

Dentro de esta propuesta terapéutica se toman como apoyo algunas teorías y tratamientos que de alguna manera sustentan la eficacia de la implementación del programa, tales como la musicoterapia, la arteterapia y la estimulación sensorial.

- Musicoterapia: según la AMTA (American Music Therapy Association, 2013), es el uso controlado de la música con el objeto de restaurar, mantener o incrementar la salud mental o física. También es la aplicación sistemática de la música dirigida por un musicoterapeuta en un ambiente terapéutico, con el objeto de lograr cambios de conducta. Con la finalidad de que la persona tenga un mejor entendimiento de sí mismo

y del mundo que lo rodea, para su mayor adaptación social. (Zárate D, et al., 2001, pp. 219-23)

- Arteterapia: El psiquiatra (Jean-Pierre Klein, 2006) fundador del INECAT (Instituto Nacional de Expresión, de Creación, de Arte y Terapia) hace referencia a la arteterapia como un proyecto que pone a flote el reto de la transformación (al menos parcial) de la enfermedad física o mental, del malestar, de la marginación dolorosa, del hándicap, en enriquecimiento personal. Klein, añade en una definición más profunda que la arteterapia es un acompañamiento de personas en dificultad (psicológica, física, social o existencial) a través de sus producciones artísticas: obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, corporales y danzantes, buscando no solo revelar los significados inconscientes de las producciones, sino también permitir al sujeto re-crearse él mismo, crearse de nuevo, en un recorrido simbólico de creación en creación. (Klein, 2009)
- Estimulación sensorial: También llamada estimulación multisensorial o Snoezelen, es un tipo de terapia utilizada en personas que tienen alguna o varias capacidades disminuidas, que contempla desde la niñez (afectaciones en su desarrollo motor o neurológico), hasta la vejez (deficiencias cognitivas severas y demencias). Fundamentándose en la percepción que logramos a través de los sentidos, tanto del mundo, como de nosotros mismos y en relación a nuestro entorno. Siendo estos el vehículo con el cual recibimos la información. La vista, el tacto, el oído, el olfato y el gusto son sentidos; y estos “activan” nuestro cerebro, permitiéndonos “entrenarlo”, fortalecerlo, cargarlo de información, aprender y adquirir conocimientos. Los sentidos se unen con diversas partes del cerebro y del sistema nervioso para formar “sistemas sensoriales”. (Hulsegge y Verheul, 1987).

Para ir comprendiendo más detalladamente esta propuesta y su impacto en la población de adultos mayores, es necesario analizar lo dicho por Gutiérrez, L. y Arrieta, I. (2015), quienes enfatizan que uno de los factores que más contribuyen a la discapacidad y a la dependencia en adultos mayores es la demencia, en especial el Alzheimer. La prevalencia que tiene esta enfermedad es del 7.3% y una incidencia de 27.3 (1,000 personas/año) de la población adulta mayor mexicana. En varios estudios realizados a la población mexicana han determinado que la presencia de dicha enfermedad prevalece con mayor incidencia en la población femenina y el riesgo de padecerla se incrementa con la presencia de síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y depresión. Se proyecta que en un futuro no muy lejano (2050), el número de mexicanos afectados alcanzará la cifra de más de 3.5 millones, por lo que será de gran impacto en el sistema de salud con consecuencias severas. (Gutiérrez, L. y Arrieta, I., 2015, pp.667-73).

Por esta razón se evidencia la necesidad de implementar estrategias que ayuden a evitar, contrarrestar o ralentizar el deterioro cognitivo en adultos mayores. Es necesario más allá de programas globales de concientización, elaborar una estrategia que dándose a conocer pueda ser aplicada por cada una de las personas que forman el contexto de dichos adultos.

Cuando hablamos del desarrollo humano, nos encontramos con un universo de elementos importantes que forman parte del mismo. No sólo importa el lado de la medicina, lo biológico o psicológico, sino que intervienen elementos importantes el ambiente, sociedad, economía, etc.

Entonces, necesitamos un programa de estimulación que nos ayude a conocer las capacidades que tenemos para mejorar nuestra salud, adquiriendo nuevos hábitos y alejándonos de los hábitos dañinos que afectan la calidad de vida.

En el caso de los adultos mayores con deterioro cognitivo, es totalmente necesario que se les proporcionen actividades distintas con el objetivo principal de estimularle en diferentes áreas, implementando estrategias y técnicas adecuadas y con una validez comprobada.

Además de la estimulación sensorial, se requiere que el paciente y sus acompañantes estimulen su área emocional, con estrategias para formar o reforzar hábitos de vida que les permitan vivir de la mejor manera y acompañar con aceptación y compromiso.

La propuesta consiste en utilizar algunas actividades, estrategias o técnicas que también se manejan en algunas de las teorías antes expuestas, pero no como tal, sino según le convenga a cada paciente, cuidadores o terapeutas, con la finalidad primordial de estimular a la persona y entrenarla para que ella pueda buscar oportunidades de estimulación y así poder continuar con un desarrollo adecuado.

Para comprender el termino ECP, profundizaremos sobre él, encontrando que la palabra estimulación (lat. *stimulatio*, -ōnis), se refiere a la acción de estimular (lat. *stimulāre*), la cual se define como el hacer que alguien quiera hacer algo o hacerlo en mayor medida. Y para que exista dicha acción debe de haber un estímulo (lat. *stimŭlus*), que se puede definir como agente físico, químico, mecánico, etc., que desencadena una reacción funcional en un organismo. O como cosa que estimula para a obrar o funcionar. (Real Academia Española, 2023).

Dichos estímulos son captados a través de nuestros sentidos y pueden o no dejar un aprendizaje permanente.

Existen varias propuestas de estimulación entre las cuales destaca con mucha importancia “la estimulación temprana”, que ayuda al buen desarrollo del niño y que tiene un límite de edad para poder aplicarla, ya que su objetivo principal es “ser temprano” en la estimulación de las capacidades del niño. Y de aquí surge una pregunta esencial, ¿Qué pasa después de la estimulación temprana? y también se podría formular otra interrogante ¿acaso ya no necesita ser estimulado el ser humano que deja de ser un niño?

Al hablar de la Estimulación Continua Personalizada y ya habiendo definido la palabra estimulación, haremos énfasis en la palabra continua (lat. continuus), que significa que dura, que se hace o se extiende sin interrupción. Que es constante y perseverante en alguna acción. (Real Academia Española, 2023)

Y así, se podría decir que la estimulación continua se refiere a la acción de estimular de manera constante y perseverante en todas o en algunas de sus partes en el desarrollo de la persona.

Pero podemos pasar por alto que se habla de estimular de manera personalizada, haciendo énfasis en que son personas y no solo pacientes o clientes. Esto se debe a que se utiliza la palabra “persona”, la cual se define como individuo de la especie humana. Hombre o mujer cuyo nombre se ignora o se omite. Se puede apreciar que la palabra en sí, abarca todo el ser de la persona, ya sea como individuo, cliente o

paciente. Pero de manera especial se refleja el cuidado que se tomará por no corromper su humanidad.

En otras palabras, la ECP, es un entrenamiento de los sentidos y las emociones con la intención de buscar los estímulos positivos y desechar los negativos, aprendiendo de ambos, pero fomentando la salud en el desarrollo de la persona, es decir, que el paciente tratado dignamente como persona llegue a conocer, saber y dominar la manera de buscar estímulos en su entorno, además de buscarlos más allá de sus alcances más cercanos. Con esto se ayuda a la persona no solo a buscar su felicidad, sino también a mejorar la calidad de su vida.

Básicamente se pretende mejorar la manera de vivir de las personas ayudándoles a tener tolerancia al cambio, capacidad de cambiar, adquirir o dejar un hábito, formular un plan de vida y sobre todo fomentar que busque la estabilidad en la salud.

La música, los aromas, los colores, los sabores, el juego y las artes relacionadas como tratamiento psicológico, estructuran un sin fin de posibilidades de que toda persona, sea candidata para este tipo de tratamiento, ya que si no gusta del todo de la música, quizá alguna de las otras alternativas sea de su total agrado y las demás serían complementarias para lograr los fines deseados, no solo por parte del terapeuta, sino también del paciente.

Para detallar más eficientemente la propuesta, se usan argumentaciones que explican por qué se utiliza de esta manera cada una de las herramientas que se sugieren en la presente.

Comenzaremos diciendo que el mundo está lleno de estímulos que pueden motivarnos o desmotivarnos a realizar tal o cual actividad. Nuestros receptores son los sentidos; ya sea el oír, ver, tocar, saborear u oler, estos sentidos nos permiten acceder a dichos estímulos.

Aún y cuando carecemos de alguno de estos cinco sentidos, los que aun poseemos, pueden ayudar a fomentar el buen funcionamiento de nuestras capacidades cognitivas y emocionales, o sobrepasen el funcionamiento promedio.

Al hablar de un funcionamiento promedio podemos referirnos a la capacidad funcional de adaptación, coeficiente intelectual, motricidad y a la estabilidad tanto emocional, como psicológica.

La estimulación como actividad o acción que permite al ser humano llevar un buen desarrollo y un funcionamiento óptimo, ya sea en el aspecto psicológico, emocional, físico o intelectual, contiene como eje, elementos básicos llamados estímulos, los cuales sirven algunas veces como recompensas y satisfacciones (logros) y son estos los que consiguen motivar a la persona a hacer o realizar algo.

Como ya se mencionó, estos estímulos pueden ser materiales o no materiales; es decir, aunque no se obtenga dinero o cosas materiales, los estímulos pueden corresponder a la satisfacción que se obtiene al realizar o hacer tal o cual cosa.

Existen según la psicología de la motivación algunas divisiones en la estimulación; mencionando como las principales: La estimulación afectiva: enfocada en el tacto y trato entre personas regulando el dar y recibir. La estimulación física: la cual se enfoca a ejercitar partes del cuerpo para un mejor desarrollo o mejorar la salud, además de

ayudar a que las personas puedan desarrollar de manera sana su capacidad física y motriz. (Arango et al., 2000, s/p)

Una definición escrita por Rosina Uriarte en años pasados, hace ver que el resultado de lo que somos, es gracias a la estimulación que recibimos, consciente o inconscientemente. - El término “estimulación” es un término muy amplio que hace referencia a cualquier actividad que realicemos con el fin de brindar nuevas experiencias y así incidir en el desarrollo cerebral - . (Uriarte, R., 2007)

Con los adelantos de la ciencia, ha sido posible dejar cada vez más en claro que el desarrollo del ser humano no depende solamente de la genética, sino que juegan un papel muy importante los estímulos que se le presentan desde niño, por medio de experiencias y de situaciones concretas y comunes. Para que las neuronas con las que nace la persona se activen y funcionen, son necesarios gran cantidad y calidad de estímulos de todo tipo (sonoros, visuales, táctiles, olfativos, gustativos y de movimiento).

Y aunque se sabe a ciencia cierta que las conexiones y circuitos neuronales se forman principal mente en los primeros años de vida, también se han presentado casos en los que el cerebro humano después de esta etapa ha logrado cambios en situaciones complejas, que aluden a la formación de nuevas redes neuronales y de la activación o reactivación de otras. (Alarcón O., 2019, pp. 11-16)

La estimulación se puede utilizar también como prevención pues no hay que olvidar que aunque la genética no lo es todo en nosotros, también es cierto que influye de manera muy significativa y en ocasiones total. Es decir, si en la familia de una persona

existen problemas de motricidad, intelectuales, emocionales o hasta psicológicos, dicha persona deberá mantenerse en una continua estimulación del área que más se haya visto afectada en su genealogía. Esto ayudará sin duda alguna a prevenir o aletargar los males que por genética se pudieran presentar. (Bermejo et al., 2021, pp. 120-8)

Y de manera muy especial, se puede utilizar dentro de la terapia para rehabilitación, o fomentar la salud y funcionalidad de la persona.

Con esto queda expuesto, que la estimulación no necesariamente se debe limitar a realizarse de manera temprana, sino también se puede usar de forma terapéutica y rehabilitadora. Para ello, deberá de ser continua, constante y con variantes de repetición. Es decir aunque la persona estimule su caminar, no solo lo debe hacer por el mismo camino, sino que puede cambiar trayecto, dirección y hasta su manera de hacerlo. Se ha comprobado que cuando rompemos patrones de rutinas, nuestra mente aprende cosas nuevas y se despiertan más las capacidades intelectuales, por lo tanto la actividad de caminar ya nos ayudó a fomentar el área física y también la capacidad intelectual y cognitiva, si a esto le agregamos el caminar con amigos, la convivencia ya anexó el área emocional y al realizarlo conscientes de que es un bien para nosotros, involucraremos el área psicológica. (Reinoso A., 2008. pp. 3-4)

Queda claro que nuestros sentidos son las vías por las cuales se puede estimular a la persona, tomando en cuenta que todas las personas son diferentes y que cada una tendrá que buscar la estimulación en el área en que más problema tenga.

Nuestra conducta, adaptación, nuestra manera de desenvolvernó, las capacidades intelectuales, psicológicas, físicas, motrices y las emocionales, tienen gran influencia de nuestra formación; y aunque se dice que los niños son los que están en formación, el joven, adulto y adulto mayor también están en formación continua día con día aprendiendo y desaprendiendo en cada momento de su vida. (Fontanilla, 2021, pp. 657-67.)

La Estimulación Continua Personalizada propone que a través de los estímulos psicológicos y emocionales se inflencie a la persona para buscar y fomentar su salud por medio del equilibrio entre estas áreas de su desarrollo vital. No consta de solo convencer de palabra o de reprogramar al paciente, sino de ayudarle a darse cuenta de la necesidad de tener equilibrio en su vida. Buscando que con actividades lúdicas, juegos mentales, apreciación musical, olfativa y gustativa el paciente consiga abrir nuevas expectativas y pueda formar un plan de vida.

Para esto se debe considerar que al trabajar con la ECP, se hace el diagnóstico a partir de determinar minuciosamente la manera en que la persona aprende y comprende el mundo, que tipo de inteligencia predomina en ella y sin pasar por alto las discapacidades o patológicas que pueda tener, así como sus capacidades sobresalientes.

Con esto no se pretende que todos a su alrededor se adapten a las necesidades de él, sino que a través de estas actividades suceda lo contrario, que él se adapte a las diferentes maneras de aprender, especialmente cuando esto es en grupo o en un ambiente social.

La ECP consiste en estimular intencionalmente a la persona en su aspecto emocional, motriz, psicológico e intelectual, con la finalidad primordial de que la persona se desarrolle de manera óptima y sana en su vida diaria. Estos cuatro aspectos forman en gran parte el desarrollo de la persona, además de que están íntimamente entrelazados. Es decir, si nos falta la estimulación emocional ¿cómo vamos a querer aprender más o estar abiertos a los estímulos intelectuales o motores? y ¿cómo vamos a estar abiertos a recibir los estímulos emocionales si no hemos considerado lo psicológico?

Esto de ninguna manera es una solución mágica o una terapia psicológica común, sino una manera de ayudar a la persona a seguir aprendiendo a buscar los estímulos positivos en su propia vida. No ofrece una vida llena de dependencia sino una manera de aprender a ver la vida de forma positiva y armoniosa. En el transcurso del tratamiento se le ayuda a las personas a aprender a autoevaluarse constantemente sin caer en la “obsesión”. ni en “posturas paranoicas”.

Y principalmente se fomentará la capacidad de autorregulación y de adaptación en cada una de las personas, teniendo como base las actividades lúdicas, artísticas y terapéuticas.

Así es como se forma la estructura de la llamada ECP, en la cual se utilizan y presentan estímulos tales como la música, el juego, los aromas, sonidos, colores y sabores, además de fomentar la práctica artística por medio del dibujo, la lectura, la pintura, el modelado, artes plásticas, la instrumentación, la cocina, fotografía, video y apreciación artística a través de los diferentes sentidos.

2.1.1. La psicología y la música

Música

La música y el sonido son parte de nuestras vidas, por estos medios nos expresamos y nos relajamos. El mal uso de estos, nos ha restringido la oportunidad de disfrutarlos y de acceder a sus propiedades curativas y recreativas. (Slater, J. y Kraus, N., 2015, pp.79-87.)

La psicología enfocada en la conducta y combinada con la música como arte de combinar los sonidos y el silencio con el tiempo, ofrece una herramienta importante para liberar el estrés y estimular las inteligencias que todos poseemos. La composición musical, la apreciación, la ejecución, la interpretación, la improvisación y la repetición; son algunas de las actividades con las que se puede trabajar. Esto da como resultado la estimulación cerebral tanto de manera activa como de manera pasiva. (Dahlhaus, C. y Heinrich, H., 2012, pp. 1-128.)

Una opción muy enriquecedora es la de grabar la música que gusta y las composiciones que pueden crear cada una de las pacientes, para que así descubran su capacidad de hacer y crear música a partir de un sentimiento o emoción.

Sonidos

El mundo nos ofrece un universo lleno de sonido, hasta las cosas que aparentemente se encuentran pasivas nos lo ofrecen. Los estímulos que nos provocan los diferentes tipos de sonido son muy variados. Desde aquellos que nos provocan calma, bienestar, relajación; hasta aquellos que nos existen, nos asustan y nos impulsan a ser más

agresivos. Todos estos estímulos serán benéficos si se ofrecen en momentos adecuados. Por ejemplo:

Tabla 1. Asociación de los sonidos

SONIDO		ACCIÓN
Trueno	Lluvia fuerte	Llevar paraguas o no salir
Claxon	Alerta, un accidente	Frenar, correr, voltear
Grito	Alerta, aviso, llamado	Voltear, detenerse, esquivar

Es decir, un sonido muy estruendoso a una distancia grande no nos dañaría auditivamente y quizá nos pueda advertir de algo que queremos o debemos evitar. O uno de intensidad muy débil a la distancia adecuada nos puede resultar igual de benéfico.

El sonido como parte de este mundo sensitivo se aprecia de diferentes formas, regalándonos experiencias que sin duda alguna nos ayudan a vivir en equilibrio.

La estructura básica del sonido puede explicarse en un esquema muy sencillo: todo comienza con el movimiento y este a la vez produce vibraciones, las cuales darán como resultado las llamadas ondas sonoras que al viajar en el espacio llegan hasta nuestros oídos que son los receptores sensibles y los procesan para interpretarlos. (Paynter, J., 1999, pp. 1-216.)

Si tomamos en cuenta una parte muy importante del sonido que es “la vibración” podemos encontrar que no solo por medio del oído es posible percibirlos, ya que nuestro sentido del tacto puede percibir estas vibraciones y aprender a diferenciar los diferentes sonidos que se presentan.

En una parte de la ECP se ofrece el “entrenamiento auditivo y sonoro” que consiste en la práctica de diferenciar los sonidos más comunes y relacionarlos con las experiencias, recuerdos, vivencias y conductas humanas (Adivinanzas sonoras).

No solamente está este tipo de entrenamiento auditivo sino que también se ofrece el saber seleccionar sonidos para obtener concentración, tranquilidad, consuelo, paz, emoción y en ocasiones bien enfocada la agresión, valentía, distracción, entre muchas otras.

La instrumentación

El aprender a tocar un instrumento es muy satisfactorio y proporciona a la persona una opción muy sana de expresarse y desahogarse. Además que la música es considerada hasta la actualidad como un lenguaje universal que se expresa con o sin palabras. (Palomar, 2017, pp. 68-78.)

Pero la instrumentación no se limita a la especialización de un instrumento, ya que la experiencia de escuchar música o tocar un instrumento asesorado o no por un músico profesional, es un estímulo que da como resultado satisfacción y deseos de ser mejor. Porque en una situación amorosa positiva ¿Quién no ha buscado escuchar música romántica o alegre? Y frente a una negativa ¿quién no ha buscado escuchar música (de tristeza, despecho, coraje, etc.), que nos permita desahogarnos o sentirnos mejor?

Es así que los instrumentos y la música instrumental son una motivación que se logra en el paciente y que dicha motivación inspira al paciente a ser más receptivo y abierto a las posibilidades que se le puedan brindar.

2.1.2. La psicología y el juego

En el transcurso de la vida se nos ha enseñado que las actividades lúdicas deben de terminar en las etapas fuera de la niñez, disminuyendo poco a poco desde la adolescencia, la juventud y llegando a una adultez y vejez ajena a toda actividad lúdica. Pareciera en la mayoría de los casos, que lo único que se les permite hacer en estas etapas es realizar actividades que de ninguna manera incluyan el juego. El abandonar el juego provoca estrés y ese estrés rebeldía. Por consecuencia del estrés elevado, se da el desequilibrio en algunas de las áreas del desarrollo y hasta daños en el sistema nervioso. (Mieles et al., 2020, pp. 247-58.)

El juego

El juego es parte de nuestro desarrollo, no solo cuando niños, sino durante toda la vida. La mala interpretación de ellos, los tabúes y los prejuicios, nos han restringido la oportunidad de disfrutarlos y de acceder a sus propiedades terapéuticas y recreativas.

La psicología enfocada en la conducta y relacionada con la utilización de juegos, ofrece una herramienta indispensable para liberar el estrés y estimular las inteligencias que todos poseemos. Este tipo de actividades no solo ayudan a estimular el intelecto de las personas, sino que ejercitan, dan condición y fomentan la salud en el paciente. Muchas de las rehabilitaciones físicas se realizan por medio de juegos. (Jarque, et al., 2022, pp. 89-102.)

Para entender mejor su aplicación terapéutica es necesario hacer una división muy especial de los juegos, ya que existen juegos pasivos, kinestésicos, para realizar en áreas abiertas o cerradas, en ciudad o en campo, en el aula o en el patio, individual o grupalmente, improvisados, representativos, de roles, educativos, de mesa, y muchos más. El mismo Piaget propone su división, La clasificación propuesta por J. Piaget se resume de la siguiente manera:

1. Juegos de ejercicio:

- Juegos de función
- Juegos no reglados

a) Los funcionales

b) Los hedonísticos

2. Juegos simbólicos

- Juegos de ficción

3. Juegos con normas

- Juegos reglados
- Juegos de construcción
- Juegos de imitación y de reglas arbitrarias (Aquino, F. y Sánchez de Bustamante, I., 1999, pp. 131-53.)

Algunos otros estudiosos del desarrollo humano proponen sus propias divisiones y clasificaciones, con las cuales pretenden darle al juego un uso terapéutico o de estimulación. Algo en lo que coinciden casi todos los autores, es la proyección de su propuesta y está se limita en muchas ocasiones enfocándola solo en los niños. Y surge

la principal interrogante lógica, ¿Qué los jóvenes, adultos y ancianos ya no deben o pueden jugar? Y la respuesta es afirmativa, ¡Claro que sí, todos tenemos el derecho a jugar y la necesidad de hacerlo. Así que esta propuesta de estimulación propone los juegos no solo pensando en los niños, sino en toda persona, tomando en cuenta sus capacidades y discapacidades, es decir, como un todo; sin dividir y sin limitar, pero sobre todo, sin etiquetar.

Dentro de estas actividades, la ECP, sugiere una clasificación en sólo cuatro divisiones para realizar:

I. Juegos en lugares cerrados y en lugares abiertos

- a. Un aula, la casa, una habitación, una clínica, etc.
- b. Un patio, la calle, el campo, canchas, jardines, etc.

II. Juegos musicales y teatrales

- a. Rondas, tradicionales, sonoros, coordinación, imitación, etc.
- b. Representaciones, caras y gestos, adivinanzas, imitación, imaginación, etc.

III. Juegos mentales y recreativos

- a. Ajedrez, juegos de mesa, memorámas, cartas, domino, etc.
- b. Tradicionales, dibujo, competitivos, de destreza, etc.

IV. Juegos de roles y de libre expresión

- a. La familia, la comidita, la tiendita, los esposos, los amigos, los artistas, etc.
- b. Kinestésicos, mentales, de roles, musicales, teatrales, literarios, con juguetes terapéuticos, etc.

2.1.3. La psicología y los aromas

Los aromas

Las esencias y aromas que se utilizan para estimular se pueden obtener de muchas partes, por ejemplo de manera comercial en las tiendas naturistas, en las distribuidoras de material para velas y de manera más sencilla se pueden obtener de frutas, verduras, flores, maderas, etc.

Dentro de las actividades sugeridas, se involucra la participación de las personas o de la persona tanto pasiva como activamente. Es decir, pueden a través de una reflexión disfrutar de los aromas y en esto se trabaja la asociación, la representación, el ordenamiento de prioridades, etc. Pero también se pueden ofrecer los aromas y olores acompañando una actividad agradable o aversiva, una actividad nueva o cotidiana, etc.

Se da mayor importancia a aquello que impactó de una forma positiva o negativa nuestra vida, dentro de una o varias experiencias. Es por eso que en algunas ocasiones los aromas u olores que percibimos nos recuerdan momentos pasados, algunos muy agradables y otros desagradables. (Zhou, G., et al., 2021)

Por ejemplo, en una ocasión llego un paciente que comentó sentir náuseas, nervios y ganas de llorar al oler las rosas, debido a que cuando murió su padre, (el cual lo hizo de una manera muy trágica), todos le ofrecieron rosas como muestra de su cariño y para darle el último adiós.

Este sencillo ejemplo nos puede mostrar que los olores y aromas intervienen significativamente en nuestras vidas y que por lo tanto son muy importantes en el desarrollo humano.

Algunas actividades con los aromas son:

- Adivinanzas olfativas
- Técnicas de relajación acompañadas de los aromas
- Asociación de nuevas experiencias reforzadas con aromas
- Elaboración de esencias y perfumes
- Actividades espontaneas e improvisadas con aromas

2.1.4. La psicología y los colores

Colores

La luz nos ofrece la oportunidad de trabajar con los colores, dentro de la psicología se ha utilizado este recurso para evaluar, medir y comparar conductas, estados de ánimo y hasta personalidades. Han surgido test's y pruebas basadas en ellos; se puede observar que los colores están relacionados con los estados de ánimo, con la personalidad y con muchos aspectos de la vida y desarrollo humano. (Yee, E., et al., 2012, pp. 364-9.)

Ya lo abordaba Max Lüscher (1990) en su teoría sobre los colores, en la que habla sobre el azul oscuro y amarillo claro, representando el primero a la noche (relacionado con el cielo) y el segundo a la luz del día (relacionado con el sol) llamados colores heterónomos por ser colores que se imponen desde fuera o los colores autótrofos

como el rojo (ataque y conquista) y el verde (defensa y conservación) que son factores externos que se pueden controlar por eso se les llaman también “autorreguladores”.

Además propuso un test para el diagnóstico de la personalidad. Por ejemplo, tenemos esta división y clasificación:

Tabla 2. Colores primarios psicológicos

COLOR	REPRESENTA	ASPECTOS AFECTIVOS
Azul oscuro.	(Profundidad del sentimiento) Concéntrico, pasivo, asociativo, heterónomo, sensible, perceptivo, unificador, sedante, serenidad.	Tranquilidad, satisfacción, ternura, amor y afecto.
Amarillo claro.	(Espontaneidad) excéntrico, activo, planificador, heterónomo, expansivo, ambicioso, inquisitivo.	Variabilidad, expectación, originalidad, regocijo.
Rojo.	(Fuerza de voluntad) Excéntrico, activo, ofensor-agresivo, autónomo, locomotor, competitivo, eficiente.	Apetencia, excitabilidad, autoridad, sexualidad.

Verde.	(Constancia de voluntad) Concéntrico, pasivo, defensivo, autónomo, cauteloso, posesivo, inmutable.	Persistencia, autoafirmación, obstinación, autoestima.
--------	---	--

Tabla 3. Colores auxiliares psicológicos

COLOR	REPRESENTA	ASPECTOS AFECTIVOS
Violeta (mezcla de rojo y azul).	Indiferencia.	Rechazo.
Marrón (mezcla de amarillo, rojo y negro) Posiblemente acromático.	Indiferencia, posible ansiedad.	Rechazo, actitud negativa hacia la vida.
Gris (neutro) Acromático.	Ansiedades.	Actitud negativa hacia la vida.
Negro (negación de todo color) Acromático.	Ansiedades.	Actitud negativa hacia la vida.

Los colores pueden influir en nuestras emociones y estado de ánimo, es por eso que los negocios de comida usan determinados colores para llamar la atención y despertar

el apetito o el antojo del consumidor. También son tomados en cuenta en centros educativos, oficinas, comercios, bibliotecas, etc. (Yee, E., et al., 2012, pp. 364-9.)

Estimular intencionalmente a las personas con los colores, abre una gran oportunidad de influenciar de manera positiva al paciente, para que pueda ser receptivo al tratamiento y disminuyan sus resistencias. Se puede lograr que una persona se tranquilice o que se enoje, que se concentre o que no ponga atención, que se altere o que se relaje, etc.

Estos serán una herramienta para disponer y contener al paciente, además de educarlo al uso de los mismos. Porque ¿de qué serviría que se le ofreciera un ambiente tranquilo en terapia, si cuando llega a casa se encuentra con que su casa tiene puros colores que no le hacen sentir bien? Pues la respuesta es evidente, sería muy poco productivo y lenta la recuperación o estabilidad que se busca.

2.1.5. La psicología y el arte

Práctica artística

Aun y cuando este tipo de actividades se han considerado sólo como terapias ocupacionales, dichas prácticas favorecen más áreas de las que se puede llegar a comprobar científicamente. (García-Gonzalo, N. y Esmerode-Iglesias, C., 2014)

En la ECP, se aprovecha este recurso lo más posible, por ejemplo, cuando un paciente pinta, dibuja o moldea una figura tratando de expresar sus más profundos sentimientos, emociones o simplemente su manera de ser; estimula no solo su sentido del tacto con las texturas y temperaturas o su sentido de la vista por los colores y formas, ni se limita al sentido del olfato que puede disfrutar de algunos aromas de

pinturas naturales o materiales plásticos agradables; sino que también se acompaña del estímulo auditivo que puede ser con música, sonidos o el silencio profundo, así como el sentido del gusto acompañando nuestra actividad con la bebida favorita o una colación agradable. Esto hará de esta actividad una experiencia sanadora y terapéutica.

Así que se cuidan especialmente estos detalles, no trabajar en una sola área, sino de tratar de abarcar las cuatro áreas de estimulación sugeridas (psicológica, emocional, intelectual y física), para así lograr el equilibrio y estabilidad de la persona y fomentar su salud.

Dibujo y pintura

Una forma que se considera divertida y relajante es el dibujar o pintar. De tal manera que las evidencias más claras de civilizaciones pasadas, son los dibujos y pinturas rupestres. A través del dibujo el hombre ha ido comunicando sus miedos, sentimientos, costumbres y creencias sin importar el idioma o dialecto que se hable. Es decir, si en un lugar con suelo muy lodoso encontramos un dibujo de algunas personas hundiéndose en un pantano, es evidente que se nos advierte de un peligro y que es una zona pantanosa. (Villanueva-Arámbula, L., 2018).

En esta expresión tan sencilla podemos ver la magnitud y el alcance que tiene el dibujo y la pintura. Además, la psicología ha estudiado en su historia, la manera de interpretar los trazos, formas, elementos y hasta los colores. Esto con la intención de ayudar al paciente que lastimado o inestable no es capaz de expresarse de forma consciente o abierta. (Martorella, A., 2018).

Dentro del trabajo con niños, los psicólogos han mencionado en libros, artículos y otros medios, las diferencias tan notables entre dibujos y pinturas de niños agredidos, con baja autoestima, positivos, o con algún problema y gracias a esa observación se han determinado perfiles e interpretaciones para poder identificar de manera oportuna problemas que se pueden prevenir o corregir para bienestar del paciente.

Hoy en día se pueden encontrar test's, pruebas y tratamientos bien estructurados con referencia a este lenguaje artístico. Además que dichas actividades se encuentran como parte de terapias ocupacionales y motivacionales.

Hasta hace unas décadas el dibujo se consideraba exclusivo del trabajo con niños por ser estos los que con más frecuencia lo hacen. Pero en la actualidad, gracias a los estudiosos de estas actividades relacionadas con las neurociencias se ha comprobado que también los jóvenes, adultos y ancianos se expresan por medio de estos trazos e incluso son terapéuticos en la mayoría de los casos. (Ajtún-Canel, R., 2012).

En la ECP se abordan estas actividades y temas como un pilar muy fuerte dentro del tratamiento, pues por medio de estas actividades se ayuda a que el paciente reduzca sus resistencias tanto a la terapia como a la del cambio. Además, como en otras áreas, en esta se realizan otras actividades simultáneamente, por ejemplo, el que está en la actividad de pintar o dibujar, se le estimula con los colores, con motricidad fina y gruesa y acompañándose con música de fondo que le ayude obtener la finalidad con que se está trabajando en terapia.

El manejo de trazos, colores, formas y figuras, es una opción muy extensa de estímulos positivos, una manera de rehabilitar y fomentar el desarrollo de las capacidades

motrices y emocionales. Y como resultado, de esto se da la evolución del tratamiento, permitiendo así que se pueda obtener mejoría en las áreas más importantes en el desarrollo del ser humano, ya sea en lo psicológico, intelectual, emocional o físico.

El modelado y las artesanías esculpidas

Al moldear materiales plásticos, el ser humano con su capacidad creativa hace posibles muchísimas obras de arte. A través de la historia van quedando vestigios de las civilizaciones y culturas pasadas, así podemos encontrar que los arqueólogos van descubriendo imágenes, estatuas, figuras y hasta utensilios y herramientas que se consideran verdaderamente obras de arte. (Marta-Rojano, S., 2019).

Con estos objetos nuestros antepasados proyectaban su cultura, sus gustos u hasta su forma de pensar. Con esto queda muy en claro que el ser humano por naturaleza tiende a ser creativo e imitativo. Es sorprendente descubrir nuestra capacidad de reproducir una obra artística y aún más emocionante para muchos el crear una de ellas. Es por eso que esta actividad forma parte de este tratamiento, mezclándola con la pintura, el dibujo, la música y el arte culinario, entre otros. Al igual que la pintura y el dibujo, esta propuesta de tratamiento involucra la proyección y expresión por medio de figuras, estimulando al paciente por medio de texturas, olores, colores y en ocasiones con sabores.

Los materiales plásticos con los que se trabajan en la ECP, son novedosos y poco rigurosos. Y al decir que se exploran sabores y colores, es porque se pueden realizar esculturas de adición comestibles (con pasta horneada, chocolate líquido, dulce, etc.) o de sustracción (chocolate en barra, dulces, frutas, etc.).

El paciente elaborará figuras humanas, herramientas, utensilios, estatuas, esculturas abstractas, etc., de acuerdo al área que necesita trabajar con más constancia.

Se da importancia a la expresión del paciente y no al resultado que una tercera persona espera de su desempeño artístico, es decir, no existen las obras feas o mal hechas, sino que se tomará en cuenta la expresión del paciente por medio de esta actividad.

2.1.6. La psicología y los sabores

Sabores

Seguramente la mayoría hemos escuchado por ahí algunos dichos y frases como: “el amor entra por el estómago”, “barriga llena, corazón contento”. “el que es tonto para comer, es tonto para todo”, etc.

Dichas frases, nos muestran la importancia que tiene el buen sabor en la comida y es cierto, porque ¿a qué persona no le gusta una comida rica? Sin duda alguna, todos tenemos sabores favoritos, mientras que a algunos les gusta lo dulce, a otros será lo amargo, lo agrío, lo salado, etc. Y así podemos ver que según el gusto de cada quien es la manera de estimularnos por medio de este importante sentido (el gusto).

¿Quién no se ha sentido mejor con alguna comida en especial? O ¿Quién no se ha emocionado por ir a tal o cual lugar especialmente por probar una comida o alimento favorito?

De esta misma manera se utilizan los estímulos gustativos a través de los sabores para estimular al paciente en sus diferentes áreas. Aunado a esto, se promueve la

sana alimentación, ya que ella influye de manera muy significativa en los estados de ánimo y en la salud de las pacientes.

La cocina

El sentido del gusto es muy diferente en cada individuo, mientras que a algunos les agradan los sabores sencillos, a otros les agradan los condimentados y a otros los muy condimentados. Es por eso que dentro de este programa se incluye la estimulación por medio de la cocina. “Al crear los alimentos que me gustan, me doy cuenta que así es toda la vida, yo creo mi ambiente y mi forma de vida”, esta expresión fue hecha por uno de mis pacientes en una clase de cocina dentro de la terapia ocupacional, que al darle otro enfoque como psicólogo a cargo de la estimulación, encontré el resultado deseado y con un análisis extra sirvió para generar un cambio en la persona.

En la dinámica del tratamiento de la ECP, se motiva a la persona no solo a cocinar, sino a educarse para saber que cocinar y que no (si posee aun la capacidad de hacerlo). Porque aunque los sabores son importantes, también es importante fomentar la salud en el paciente para que de manera sana pueda satisfacer sus gustos y aportar nutrientes a su condición física. Esto generará una persona sana y anímicamente positiva, con deseos de encontrar bienestar en cada parte de su vida, así como en cada momento de ella.

2.1.7. La psicología, la fotografía y el video

Fotografía y Video

Estas tecnologías han ayudado a evolucionar. El hombre captura los momentos y los recuerdos vuelven con un simple vistazo. Con esta intención, se realizan las

actividades que involucran el video y la fotografía, haciendo que el paciente capture sus obras artísticas, escuche su voz, vea su desenvolvimiento y como se puede ver.

Que alegría se siente al recordar momentos agradables y además nos puede ayudar a superar momentos difíciles. Algunas actividades que se sugieren son:

Tabla 4. Actividades terapéuticas con video y fotografía.

VIDEO	FOTOGRAFÍA
Ver videos pasados trae buenos recuerdos y estimula la memoria además de las emociones.	Ver fotografías del pasado, traen buenos recuerdos, estimulando la memoria y las emociones.
Películas favoritas, siempre es reconfortante e inspirador volver a ver películas que nos emocionan, enternecen o mueven algo por dentro.	Observar fotografías actuales, ayudan a estimular su capacidad de reconocer, identificar y catalogar.
Videos motivacionales, son una herramienta maravillosa para abordar ciertos temas.	Fotografías de objetos, ayudan a estimular su capacidad de reconocer, identificar, clasificar y catalogar.
Grabar videos propios y de otros, además de revisarlos, conlleva estimular la atención y da una fuerte satisfacción de logro.	Tomar y revisar fotografías propias y de otros, conlleva estimular la atención y da una fuerte satisfacción de logro.

Videos musicales y karaokes, ayudan mucho a estimular el habla y las capacidades de comunicación.	Tomar y revisar fotografías de paisajes, conlleva estimular la atención y da una fuerte satisfacción de logro.
---	--

Estos son un simple ejemplo de muchos otros usos que se le pueden dar a estas herramientas y las posibilidades de tratamiento que se fusionan con múltiples áreas de estimulación.

2.1.8. La psicología y los sentidos

Apreciación artística a través de los diferentes sentidos

Aprender de niños en la mayoría de los casos no es tan difícil como aprender de adultos, mucho menos desaprender lo que por años creímos que era lo más correcto o lo único que existía. Apreciar las artes nos abre un lenguaje y léxico más basto y formal, amplía nuestro acervo cultural y contribuye a mejorar nuestro temperamento y conducta. (Wiater, A., 2016, pp. 7-20.)

El actuar, cantar, bailar o realizar cualquier arte nos ayuda a expresarnos y a proyectar nuestros sentimientos y deseos hacia el exterior de nosotros. Pero no solo el realizar actividades artísticas nos ayuda en esta parte de nuestro desarrollo, sino también gustar de ellas.

En una ocasión dentro del seminario conciliar, en el cual estude y viví algunos años; al asistir a una misa escuche al sacerdote invitarnos a reflexionar y a buscar la paz,

diciendo: “no le tengan miedo al silencio”, “no se saturen de ruido”, “busquen dentro de ustedes”. Al ser joven adolescente, no entendí del todo estas palabras, pero penetraron en mí.

Pasaron los años y comprendí lo que nos quiso decir, no era el estar rezando, orando o suplicando todo el tiempo. Sino la invitación fue “buscar la paz, la tranquilidad y la reflexión”.

Nos hemos acostumbrado a decir “no tengo tiempo”, sin darnos cuenta que el tiempo no nos maneja a nosotros, sino nosotros al tiempo. Por eso es necesario planear la vida y saber a dónde vamos y que queremos. Hay un mundo lleno de infinitud de maravillosos estímulos que esperan para darle ese significado especial a nuestra existencia. No es justo para nadie vivir como si fuéramos barcos naufragando, sin saber adónde llegaremos o peor aún, si llegaremos a algún lado un día.

Así pues, dentro del proceso de la ECP, se fomenta la estimulación sensorial por medio del gusto por las artes y se invita a formar un hábito de creación artística, propiciando así la tranquilidad y la reflexión. Los buenos hábitos suplen a los malos, haciendo que sea más fácil para un paciente dejar de hacer aquello que daña o desequilibra su sano desarrollo.

En resume, es importante resaltar que tanto la musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia, ludoterapia, gustoterapia, arteterapia y las demás teorías que se toman como referencia incluyendo la estimulación temprana, no se llevan a cabo como tal dentro de esta propuesta. Se toman los elementos de la música, los colores, aromas,

sabores, juegos, ejercicios, práctica de las artes y técnicas que quizás se utilizan en estimulación temprana, pero de ninguna manera es un resumen de todas estas teorías.

Esta propuesta es una opción de mejorar la vida de las personas por medio del entrenamiento de los sentidos y las emociones, para lograr encontrar los estímulos que se les presentan cada día y que por alguna razón no se aprovechaban. Se pretende que esta tenga un impacto considerable para que se pueda beneficiar al mayor número de personas posible.

2.2. Calidad de vida - Variable Dependiente (V.D.)

La Organización Mundial de la Salud, describe la calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. (OMS, 2020).

2.2.1. Definición de calidad de vida

El concepto de calidad de vida, en términos subjetivos, surge cuando las necesidades básicas han sido satisfechas. (Mateos et al., 2012 pp. 385-87)

Si consideramos el riesgo que tienen varias de las personas mayores de padecer enfermedades tanto físicas como mentales, además de la poca estimulación durante la vejez, podemos darnos cuenta cuan urgente es la implementación de programas de estimulación.

Al hablar de calidad de vida, estamos hablando de manera subjetiva; ya que nos

referimos a lo concerniente a la personalidad de la persona, con su bienestar, la satisfacción por la vida que lleva, relacionada con su propia experiencia, salud y socialización. (Vera, 2007, pp. 284-90).

Y profundizando más, encontramos que la calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es el resultado de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana como lo son: vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas. Contribuyendo cada una de ellas de manera distinta, a un estado óptimo de bienestar. (Velandia, 1994, p. 300)

Por su parte Krzeimen (2001) dice que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; dando importancia a la continuación de un proceso vital dentro de esta etapa. También Martín (1994), aporta diciendo, que otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa. (Martín, 1994, p. 7)

Para O'Shea (2003) la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida. (O'Shea, 2003, pp. 6-10)

2.2.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Evidentemente no es lo mismo la calidad de vida que la salud, pero también es cierto que no se puede concebir un concepto sin el otro. Debido a esto surge en la literatura un concepto denominado como "Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). A partir de su implementación como una medida del estado de salud de las personas, ha

sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Algunos autores, identifican la CVRS como una parte de la calidad de vida general, pero otros lo interpretan como intercambiable con el de CV, dando por sentado que los dos términos evalúan dimensiones semejantes. (Burke, 2001, pp. 38-44)

En la siguiente tabla se presentan algunas definiciones sobre la CVRS según diferentes autores:

Tabla 5. Definiciones de la Calidad de Vida en Relacionada con la Salud.

AUTOR (ES)	DEFINICIÓN
Echteld, Van Elderen y Van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos
Awad, A., Voruganti, L. y Heselgrave, R.	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial

Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencia en la terapia
Schipper, Clinch y Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima
Shumaker y Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general
Patrick y Erickson	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades

	sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes
O'Boyle	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro

Por último, podríamos definir la CVRS como el nivel de bienestar obtenido de la evaluación que una persona hace de diferentes aspectos de su vida, poniendo atención especial, en la influencia que tienen en su estado de salud. (Urzúa, 2010, pp. 358-65)

2.3. Operacionalización de las variables

Al considerar la variable, como una propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse, se presentan las siguientes variables en las siguientes tablas. (Hernández, R., et al., 2014, pp. 105-6.)

En dicha tabla encontraremos la operacionalización de cada una de las variables,

siguiendo la clasificación de variables según el nivel investigativo descrito por Supo (Supo y Zacarias, 2020), así como la referencia de sustento, con la intención de clarificar lo medible a través de instrumentos y lo que se medirá a través de la observación del investigador.

Tabla 6. Variables.

Variables de calibración	Definición	Valor final	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Numérica continua
Sexo	Características estructurales o físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica
Escolaridad	Años cursados en un establecimiento escolar.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Categórica Nominal Politómica

Función cognitiva	Cognición, o función cognitiva: Habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer correctamente el ambiente y realizar cálculos, entre otras funciones. (SNEM, 2009, pp. 1-3) Principales: Percepción, atención, concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio. (Mateos et al., 2012, pp. 10-13)	Normal Deterioro leve Deterioro moderado Deterioro severo	Categórica Nominal Politómica
--------------------------	--	---	--

Estado emocional (Ansiedad y depresión)	Un estado emocional puede ser considerado como una función de un estado de activación fisiológico y de una cognición apropiada de ese estado de activación. (Schachter, 1964)	Con Depresión >3 Con Ansiedad >4 Sin Depresión <3 Sin Ansiedad <4	Categórica Nominal Politómica
--	--	--	---

2.4. El marco conceptual

A continuación se presenta el marco teórico, tomando en cuenta teorías, antecedentes referenciales, conceptos e investigaciones que impliquen y expliquen teóricamente la vinculación que existe entre las variables a estudiar.

2.4.1. Teorías.

Comenzamos explicando algunas teorías que se toman como fundamento o argumento para dar validez al estudio que se plantea en este documento. Dichas teorías sustentan la realización de actividades y la obtención de resultados confiables y aceptables.

2.4.1.1. Teoría del desarrollo cognitivo de Jean William Fritz Piaget

Al tratar de demostrar que el niño tiene maneras de pensar distintas a las del adulto, Piaget junto a trabajo con Binet y Simon, crearon el test para medir la inteligencia. Piaget, propone estadios, como una manera de comprender el desarrollo humano,

para de esta manera, conocer las potencialidades y dificultades en cada parte del desarrollo del niño. (Piaget, J., 1980)

Al mismo tiempo estructuró la disciplina del desarrollo cognitivo, distinguiendo entre el estudio del desarrollo del niño y el del adulto. De esta manera, no solo describió el proceso del desarrollo, sino que también lo explicó, terminando con su último estadio que abarca a partir de los 12 años hasta la etapa adulta. (Piaget, J., 1980)

El Desarrollo Cognitivo, es el proceso de adaptación que define a la Inteligencia. Dentro de este, se da la asimilación y la acomodación, como resultado del conjunto de operaciones lógicas. Y es por medio de estos, es como la persona interpreta la información que proviene del medio, modificando así los esquemas que ya existen, como una manera de dar frente a al presente. Sustentando la obtención del aprendizaje por medio del descubrimiento y la Interacción con el entorno y la constante evolución del conocimiento científico. (Piaget, J., 1980)

Las etapas de desarrollo llamadas estadios, se basan en la lógica de que descubrir la realidad conlleva formar sistemas lo más cercano a la realidad. (Piaget, J., 1974)

Dando un acomodo cronológico, los estadios (Piaget, J., 1980) se presentan de la siguiente manera:

- I.El estadio sensoriomotor, desde el nacimiento hasta los 2 años (en el niño se produce la adquisición del control motor y el conocimiento de los objetos físicos que le rodean).
- II.El estadio preoperacional, de los 2 a los 7 años (el niño adquiere habilidades verbales y empieza a elaborar símbolos de los objetos que ya puede nombrar).

III.El estadio operacional concreto, de los 7 a los 12 años (el niño es capaz de manejar conceptos abstractos como los números y de establecer relaciones, este estadio se caracteriza por un pensamiento lógico).

IV.El estadio final se conoce como el estadio de las operaciones formales (adolescencia y en la edad adulta, alrededor de 12 años hacia adelante): La inteligencia se demuestra a través de la utilización lógica de símbolos relacionados con los conceptos abstractos. En este punto, la persona es capaz de razonar hipotéticamente y deductivamente. Durante este tiempo, las personas desarrollan la capacidad de pensar en conceptos abstractos. (Piaget, J., 1980)

2.3.1.2. Más allá de Piaget: Cognición adulta y educación

En la publicación realizada por (Martín, A., 2000., pp. 127-57) aprobada por la Universidad de Salamanca, la cual lleva por nombre “Más allá de Piaget: Cognición adulta y educación”, critica la utilidad de las operaciones formales para ayudar a las personas a “conocerse a sí mismas”. Argumentando que en el sistema de operaciones formales reduce al individuo al razonamiento, sin dar pauta a la probabilidad de una metacognición. Surgiendo así no solo críticas, sino más aportaciones y teorías que tratan de compensar y profundizar en esto.

Continúa diciendo que Piaget sugiere, que el pensador formal no comprende la estructura del pensamiento lógico-matemático, sin poder hacer consciente su autorreflexión.

Respecto a la memoria, menciona que su pérdida se da principalmente por el deterioro en la capacidad de memoria y la reducción de la velocidad del pensamiento. (Smith, 1980).

El hacer una diferencia entre la memoria de procesos de codificación y procesos de recuperación de la información, pone al descubierto, que al afectarse el funcionamiento del sistema nervioso, se da la limitación física y funcional en ambos procesos. (Clemente, 1996).

Por otra parte, la Teoría de los Niveles de Procesamiento, de autores como Craik y Tulving, 1975); Craik, 1977; o Arenberg y Robertson-Tchabo, 1977; etc.), explican que el deterioro del pensamiento ascendente se puede compensar con el procesamiento descendente, en el cual queda claro que el adulto mayor procesa la información a un nivel más superficial, a diferencia de los adultos más jóvenes. También agregan, que al ser más lento aprendizaje en el adulto mayor, necesitará más tiempo y como consecuencia, será necesario practicar más, ocasionando muchas de las veces fatiga y que se pierda la eficacia en la secuencia de enseñanza, llevando al adulto mayor a abandonar las tareas o perder el interés. Al indagar sobre la epistemología genética, encontramos que al momento conceptualizar la cognición, se ha centrado solamente al pensamiento. (Martín, A., 2000., pp. 127-57)

Por último, la teoría del procesamiento de la información, la inteligencia artificial y la ciencia cognitiva en general, ponen toda su atención en las dimensiones del conocimiento adulto. Llegando a un resultado, afirmando que los adultos son menos

expertos en la solución de problemas generales y que existe una pérdida progresiva de información en el procesamiento. (Rybash, Hoyer y Rodin 1986, pp. 123).

2.4.2. Marco referencial

Como referencia específica de antecedentes de la ECP, como ya anteriormente se mencionó, solo se tienen algunos artículos e intervenciones locales de manera grupal e individual, de los cuales aún no se han publicado, pero que tienen resultados muy favorables. Es por ello que se tomará como referencia un tipo de intervención que es la que más se identifica a la presente propuesta.

2.4.2.1. Estimulación cognitiva y la Orientación a la Realidad (OR)

Una definición aceptada de la denominada Estimulación Cognitiva o Psicoestimulación, la describe como el conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados. Se afirma que esta terapia está fundamentada científicamente en el cuerpo de conocimientos que aportan la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva, así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y motivación humana. (Martínez, T., et al., 2002, pp. 14-15.)

Su origen se encuentra en la Orientación a la Realidad (OR), desarrollada a finales de 1950, con la intención de responder a la desorientación y confusión en los pacientes mayores de las unidades hospitalarias de los EE.UU. Recalcando la participación del área de enfermería en este proceso terapéutico, a pesar de haber sido catalogada por

unos pocos como rígida y de enfrentamiento para los pacientes con demencia, dando como resultado que cada vez se usara menos. (Woods, B., et al., M. 2012, s/p)

La estimulación cognitiva a menudo se considera en el proceso de envejecimiento normal, así como en la demencia. Este hecho refleja la opinión general que la ausencia de actividad cognitiva acelera el deterioro cognitivo. En cuanto a los pacientes con demencia, la estimulación cognitiva intenta usar los aspectos positivos de la OR mientras se asegura la ejecución de la estimulación de una manera sensible, respetuosa y centrada en la persona. (Woods, B., et al., M. 2012, s/p)

2.4.3. Conceptos

2.4.3.1. El envejecimiento

Es un proceso natural que comienza con la concepción del ser humano, prosigue durante toda la vida y termina con la muerte, (Muñoz, 2018, pp. 204). Es una más de las etapas del ciclo vital de todo ser humano, como son la infancia, adolescencia y la adultez. Para (Agulló, 2001, pp. 72-74), el término envejecimiento es indicativo de un proceso y no de un estado. Lleva implícita la idea de continuidad, implica la acción de envejecer; un proceso que se materializa a lo largo de la vida.

Según diversos autores existen tres tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal, patológico y envejecimiento óptimo o satisfactorio:

a) Envejecimiento normal: también llamado primario, conlleva cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo). (Burgos, 2019; Wilson, Bennett y Swartzendruber, 1997)

b) Envejecimiento patológico: o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc. Y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, Enfermedad de Alzheimer) que en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles. (Bondi y Troster, 1997; Barrera y Donolo, 2009)

c) Envejecimiento óptimo: es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas, ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades, (Sarabia y Castillo, 2009). El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud física y psicológica, fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, etc., de forma que eviten, en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo, de redes sociales. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando, por tanto, un envejecimiento óptimo. (Baltes, 1990; Sarabia, 2009; Castillo, 2010; Schaie, 1996)

A su vez, el envejecimiento también es un proceso de degeneración molecular que aumenta la susceptibilidad a determinadas enfermedades. Esto implica que el envejecimiento es un proceso metabólico que unido a otros factores puede favorecer

el desarrollo de enfermedades específicas (cataratas, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, etc.) y como consecuencia de su evolución, la muerte. (Bauer et al., 2022)

2.4.3.2. Función cognitiva

No cabe duda que el estado de la función cognitiva se ve reflejado en el tipo de envejecimiento que vive el ser humano. Entiéndase como cognición, o función cognitiva a la habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer, percibir correctamente el ambiente y realizar cálculos, entre otras funciones. (Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple, 2009, pp. 1-5)

Las funciones cognitivas permiten recibir la información del entorno, procesarla, memorizarla y disponer de ella para su utilización posterior. Las funciones principales son la percepción, atención/concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio. Siendo indispensables estas para mantener la autonomía. El análisis y evaluación del funcionamiento cognitivo en las personas mayores es de gran relevancia, ya que permite establecer si un déficit en ésta área es producto de un declive normal asociado a la edad o se trata de un deterioro. (Mateos et al., 2012, pp. 10-31)

Al presentar un déficit en la cognición se perderá cierta funcionalidad, con frecuencia debido a un “Deterioro Cognitivo”, que según (Viñuela, 2019, pp. 15-25) reúne dos conceptos; El primero, el concepto “deterioro” hace referencia a un declive con respecto a un nivel previo, hecho que nos sugiere que haya un proceso patológico subyacente y nos obliga a distinguirlo de una mera falta de competencia y de

habilidades cognitivas no adquiridas durante el proceso de maduración. El segundo concepto “cognitivo”, es algo más complejo, hace referencia a una de los tres componentes clásicos de la mente humana.

William James, padre de la psicología moderna, divide en tres componentes la mente humana; cognición, emoción y conación o conducta. Menciona que este elemento cognitivo se suele caracterizar por la conjunción de una serie de habilidades o dominios, que suelen resumirse en los siguientes: memoria, lenguaje, gnosis, praxias, funciones ejecutivas y recientemente cognición social. Resalta que es importante una adecuada valoración funcional del paciente con deterioro cognitivo para determinar su estadio evolutivo y añade para ello, la utilidad de la escala GDS (Global Dementia Staging) de Reisberg que permite no solo hacer un estadiaje de la demencia, sino que nos ayuda a valorar estadios pre-demencia (GDS 1, 2 y 3). (Mogollón, 2014, pp. 1-17).

El GDS establece siete fases evolutivas que van desde la normalidad hasta un deterioro cognitivo muy grave y que reproduce a la inversa las mismas fases que hemos ido adquiriendo desde nuestro nacimiento hasta alcanzar la madurez de funcionamiento cerebral. (Viñuela, 2019, pp. 15-25)

(Viñuela, 2019, pp. 15-25) evidencia la creciente necesidad de intervenciones cognitivas en pacientes con deterioro cognitivo, afirmando que producen cambios en el patrón de activación cerebral relacionados con la neuro-plasticidad. Trata de definir la intervención cognitiva distinguiendo distintos tipos de intervención tales como:

a) Estimulación cognitiva; la cual es una intervención genérica que ofrece una gama de actividades que proporcionan estimulación para el pensamiento, la

concentración y la memoria, por lo general en un entorno social y en un pequeño grupo, sus raíces se remontan la orientación a la realidad.

b) Entrenamiento cognitivo; que hace referencia a una intervención que proporciona una práctica estructurada, focalizada en funciones concretas como, entrenamiento de la memoria episódica en la enfermedad de Alzheimer. Es un tipo de intervención específica que se basa en la realización intensiva y repetida de ejercicios desarrollados para estimular dominios cognitivos concretos. La eficacia debe evaluar transferencia de los efectos a otras tareas cognitivas y generalización de estos efectos a la vida diaria del paciente.

c) Rehabilitación cognitiva; es un enfoque individualizado, ayuda a personas con deterioro cognitivo, pacientes y familiares, a identificar objetivos relevantes individuales y elaborar estrategias para abordarlos.

d) Estrategias combinadas; son sesiones grupales o individuales sobre hábitos nutricionales, ejercicio supervisado por fisioterapeuta, entrenamiento cognitivo mediante programas informáticos y monitorización de los factores de riesgo vascular.

2.5. Análisis de las teorías, conceptos y referencias presentadas.

Después de analizar estas bases conceptuales y teóricas sobre estimulación cognitiva y la orientación a la realidad, las etapas del desarrollo cognitivo, la vejez y la función cognitiva, podemos enfatizar la importancia de utilizar la estimulación, como una opción segura y sin afectar la salud de la persona, para fomentar una mejoría en la cognición y emociones. Al conocer que las bases de la estimulación son seguras y científicas, se puede asegurar su eficiencia en su aplicación durante las distintas

etapas del desarrollo y en especial, en las etapas más vulnerables como la infancia y la vejez, la cual, es la continuación de la etapa adulta.

Al abordar la parte científica, resalta la necesidad de encontrar que funciones cognitivas requieren de la estimulación de manera continua, para mantener o fomentar la funcionalidad en las personas, ayudando a la adaptación, motivación e independencia en las labores cotidianas de la vida.

2.5.1. Definiciones operacionales

Según Reynolds, una definición operacional constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado (Reynolds, 1971, p. 52). Basándonos en esta definición, a continuación se presentan algunas de estas definiciones:

2.5.1.1. Estimulación cognitiva:

Actividades que proporcionan estimulación para el pensamiento, la concentración y la memoria (Viñuela, F. 2019, pp. 15). O bien, se refiere al conjunto de técnicas y estrategias orientadas a mejorar el rendimiento y la eficacia de capacidades y funciones ejecutivas como la memoria, atención, lenguaje, razonamiento o la planificación, entre otras. (Bitbrain, 2018, s/p)

2.5.1.2. Programa de estimulación cognitiva:

Es un conjunto de herramientas y técnicas orientadas a mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas. Se trata de una intervención integral que incluye estrategias tanto cognitivas, como conductuales, afectivas y fisiológicas, que busca crear un hábito

de trabajo para intervenir sobre aquellas áreas que se encuentren comprometidas o que las personas necesitan mejorar para mantenerse funcionalmente activos de manera autónoma. (Bitbrain, 2018, s/p)

2.5.1.3. Función cognitiva:

Se le llama cognición o función cognitiva a la habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer (percibir) correctamente el ambiente y realizar cálculos, entre otras funciones. (Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple, 2009, pp. 1)

Las funciones principales son la percepción, atención/concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio. (Mateos et al., 2012, pp. 10)

2.5.1.4. Adultos mayores:

Persona de sesenta años o más. (Dabove et al., 2015, pp.1-2).

2.5.1.5. Deterioro cognitivo:

Declive de la función cognitiva (Memoria, lenguaje, gnosis, praxias, funciones ejecutivas y recientemente cognición social). (Viñuela, 2019, pp. 16)

CAPITULO III- MÉTODO.

En el presente capítulo se aborda de manera detallada el proceso metodológico utilizado en la presente investigación, mismo que proporciona datos e información importantes y claros sobre la columna vertebral de este estudio.

3.1. Línea de investigación.

Se consideró la línea de investigación sobre las políticas públicas y salud mental, ya que el presente trata de influir en la salud mental, realizando un tipo de intervención terapéutica y rehabilitadora en el adulto mayor.

Tomando como una sub línea la formulación y evaluación de proyectos de salud mental. Proporcionando una opción de tratamiento, en la cual se considera la estimulación cognitiva, física y emocional en el adulto mayor, con la finalidad de fomentar mejoras en su calidad de vida.

Como muchos otros proyectos, el presente tiene la intención, que una vez probada su efectividad, se realice de manera objetiva y pública la promoción de la información necesaria para capacitarse y formarse como terapeutas aptos para llevar a cabo este tipo de intervención terapéutica.

3.2. Metodología Utilizada

El enfoque del presente estudio es mixto, ya que representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández, et al., 2014)

Además de utilizar evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias (Creswell, 2013a y Lieber y Weisner, 2010).

Se eligió este enfoque, por identificar que armoniza o se adapta más al planteamiento del problema y tratarse de un fenómeno complejo; además de ser este tipo de investigación la más dominada dentro de los conocimientos y entrenamiento del investigador.

Cabe hacer mención que de acuerdo a varios autores, este tipo de enfoque ofrece varias ventajas de las cuales destacan:

- Lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, afirmando que nuestra percepción de éste resulta más integral, completa y holística (Newman et al., 2002, Lieber y Weisner, 2010).
- Producir datos más “ricos” y variados mediante la multiplicidad de observaciones, ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes y análisis (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).
- Potenciar la creatividad teórica por medio de suficientes procedimientos críticos de valoración (Clarke, 2004).
- Apoyar con mayor solidez las inferencias científicas, que si se emplean aisladamente (Feuer, Towne y Shavelson, 2002).
- Permitir una mejor “exploración y explotación” de los datos (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).

- Posibilidad de tener mayor éxito al presentar resultados a una audiencia hostil. Dando logrando a través de los datos estadísticos mayor aceptación. (Brannen, 2008).

Además de las ventajas anteriores, Lieber y Weisner (2010), así como Collins, Onwuegbuzie y Sutton (2006) identificaron cuatro razonamientos para utilizar los métodos mixtos:

- Enriquecimiento de la muestra (al mezclar enfoques se mejora).
- Mayor fidelidad de los instrumentos de recolección de los datos (certificando que sean adecuados y útiles, así como que se mejoren las herramientas disponibles).
- Integridad del tratamiento o intervención (asegurando su confiabilidad).
- Optimizar significados (facilitando mayor perspectiva de los datos, consolidando interpretaciones y la utilidad de los descubrimientos).

3.3. Diseño metodológico.

Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), puesto que este diseño se caracteriza por una primera etapa, en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. Permitiendo así que los resultados cuantitativos iniciales informen a la recolección de los datos cualitativos. Aclarando que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Para que al final, los descubrimientos de ambas etapas se integren en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. (Hernández, et al., 2014, pp. 554.55)

El alcance es descriptivo, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández, R., et al., 2014, pp. 92-93.)

3.4. Población.

Se decide elegir una población anciana con deterioro cognitivo. El total de la población es de 6 adultos mayores de 60 años, del sexo femenino.

Dentro de las características presentadas en dicha población tenemos las siguientes:

- Sexo femenino.
- Mayores de 60 años.
- Menores de 85.

A pesar de ser una población muy pequeña, dentro de sus características individuales destacan los factores protectores (familia, cuidadores, grupos de apoyo, etc.) unidos a la posibilidad de una reserva cognitiva y predisposición positiva.

3.5. Procedimiento de selección de la muestra.

La población inicial a considerar fue de 6 pacientes, quedando al final solo 3 de ellas por tratarse de pacientes con deterioro cognitivo diagnosticado.

La selección de tamaño de muestra es no probabilística, por conveniencia, por ser una técnica donde las muestras de la población se seleccionan solo porque están convenientemente disponibles para el investigador. Estas muestras se seleccionan solo porque son fáciles de reclutar y porque el investigador no consideró seleccionar una muestra que represente a toda la población. Además de considerar su velocidad, costo-efectividad y facilidad de disponibilidad de la muestra.

Se invitó a un total de 6 personas de las cuales solamente 3 se integraron a participar en el estudio.

El proceso de integración se realizó considerando la contratación de la terapia y las actividades realizadas, por medio de la sensibilización y evaluación para determinar el cumplimiento de los criterios de selección, siguiendo este proceso, podemos observar cómo es que se integró el grupo de pacientes que participaron en el estudio.

Se entregaron un total de 6 invitaciones, de las cuales 2 no se interesaron en participar en la investigación y 1 no cumplió con los criterios de inclusión, dando así un total de 3 pacientes con deterioro cognitivo.

La edad promedio fue de 72 años como se muestra en la gráfica #2

La escolaridad del grupo de estudio se presenta en la gráfica #3, identificando en nivel primaria 33.3333333%, secundaria 33.3333333% y bachillerato 33.3333333%.

Las variables de peso, talla e índice de masa corporal (IMC) se detallan en la tabla #8, observando un promedio entre ellas, sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión

- Se incluirán mujeres.
- Mayores de 60 años.
- Tengan diagnosticado deterioro cognitivo.
- Sean pacientes del terapeuta investigador.
- Lleven su terapia de manera regular.

Criterios de exclusión

- Personas con adicciones.
- Personas en las últimas etapas de la demencia.
- Personas incapacitadas para realizar las actividades.

Criterios de eliminación

- Personas que abandonen la terapia.
- Personas cuyo deterioro las incapacite para continuar realizando las actividades.

3.6. Participantes.

En primer lugar tenemos como participantes voluntarias a 3 pacientes con deterioro cognitivo diagnosticado, que provienen todas ellas de la ciudad de Durango, sin presentar parentesco o relación alguna entre ellas.

Las 3 voluntarias son mayores de 70 años y cuentan con un familiar que funge como cuidador o acompañante responsable. Se tuvo el apoyo de los familiares y cuidadores de las pacientes, ayudando en la aplicación de las herramientas que se utilizaron en la recolección de datos y evaluación de la calidad de vida en relación a la funcionalidad de sus capacidades físicas, cognitivas y emocionales.

Por otra parte, para llevar a cabo el presente estudio se contó con una directora del proyecto, la cual tiene una vasta experiencia en investigación, formando parte del SEI, SNII y del CIIDIR-Durango y la revisión de una codirectora con gran trayectoria en investigación, docencia universitaria y de posgrado de la Facultad de Psicología y

Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango de tiempo completo y miembro del SEI.

3.7. Técnicas e instrumentos empleados.

Para describir los instrumentos empleados se presenta a continuación la tabla #7 detallando minuciosamente las herramientas y su intención, así como las técnicas utilizadas.

Tabla 7. Instrumentos

Herramienta o instrumento	Características
Test del dibujo del reloj	Se trata de una prueba sencilla y rápida de administrar que inicialmente se utilizó con el fin de evaluar trastornos apráxicos y agnósicos, más aún en la actualidad se implementa como test de detección de demencia e incluso para el diagnóstico diferencial entre tipos de demencia. (Martínez et al., 1998). Se realiza de dos maneras diferentes: test del reloj a la orden (TRO) y test del reloj a la copia (TRC). Si la suma de estos es mayor o igual a 15, no existe deterioro cognitivo. (prueba negativa). O bien si es menor a 15 existe deterioro cognitivo. (prueba

	positiva). Si el TRO es menor a 6 existe deterioro cognitivo. Si el TRC es menor a 8 existe deterioro cognitivo (Thalman, 1996, pp. 2-4)
Mini Mental State	Es una prueba de cribado o despistaje cognitivo para evaluar la sospecha de síntomas compatibles con deterioro cognitivo o demencia. Sus resultados permiten tener una valoración de cribado o despistaje de su estado cognitivo en distintas áreas que se pueden relacionar con diferentes síntomas cognitivos (orientación temporal y espacial, memoria inmediata y retención, concentración y memoria de trabajo, lenguaje, praxis constructiva gráfica. (Maragall, 2021, pp. 1-10) rango: 0 a 30. Punto de corte: 23 puntuaciones: iguales o menores indicarían un déficit cognitivo. 27 puntos o más: normal. Adecuada capacidad cognoscitiva. 23 puntos o menos: sospecha patológica. 12-23 puntos: deterioro. 9-12 puntos: demencia. Menos de 5

	puntos. Fase terminal. (Folstein, m., Folstein, S. y Mchugh, p., 1975, pp. 189-198)
El Test Cognitivo de Montreal MoCA	Está diseñado para evaluar disfunciones cognitivas leves. Es una prueba que tiene un tiempo de duración de 10 minutos y su puntaje máximo es de 30 puntos, 26 puntos o más, se consideran normales. (ADIPA México, 2022)
La escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	Consta de dos subescalas, una que evalúa ansiedad y otra depresión; sus elevados valores de sensibilidad y especificidad, han sido la gran motivación para que esta escala haya sido utilizada como instrumento de cribado, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos y como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria. Cada una de las sub-escalas se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de

	ansiedad, 1 o más en la sub-escala de depresión), siendo los puntos de corte ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión. (Arrieta, K., Díaz, S. Y González, F., 2014, pp.14-22)
Cuestionario de observación sobre Funciones Cognitivas.	Diseñado especialmente para el presente estudio, en el que se valoran de acuerdo a la percepción del cuidador o familiar y del terapeuta la funcionalidad en sus capacidades físicas, emocionales y conductuales. Se califica del 1 al 5, siendo el primer número la calificación más baja, que corresponde al mal funcionamiento o impedimento en sus funciones. Mientras que el segundo número, corresponde a la más alta percepción sobre las capacidades funcionales del paciente. 1- Incapacidad funcional, 2- Deficiente funcionalidad, 3- Funcional con complicaciones, 4- Funcional y 5- Muy funcional.

En resumen, se utilizaron tres pruebas de evaluación o despistaje cognitivo, una escala de ansiedad y depresión y un cuestionario de observación sobre funciones cognitivas basada en una bitácora de observación, respondida por el cuidador y por el investigador.

Instrumentos de evaluación o despistaje cognitivo	Test del reloj de Tálman Test de Mini mental de Folstein Test MoCA
Escala de ansiedad y depresión	Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
Cuestionario de observación	Cuestionario sobre capacidades cognitivas, físicas, motrices y emocionales.

Entre las técnicas utilizadas está la observación, como base para responder el cuestionario sobre funciones cognitivas y como resultado se elaboró una bitácora de actividades.

El programa fue aplicado de manera individual a tres pacientes de sexo femenino, con diferencias en condiciones familiares, sociales y de salud. Además de aplicarse de manera distinta en la frecuencia y en la duración del tratamiento aun cuando en todos los casos fue realizado en su domicilio y en la mayoría de las ocasiones en presencia de la familia.

3.8. Procedimiento de recolección de datos.

Posterior a la autorización por parte de las pacientes, familiares y cuidadores. Se organizó una primera sesión informativa, en la cual se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado de manera autógrafa original por duplicado.

Posteriormente se conformó el grupo de participantes, se realizó la primera aplicación de instrumentos y se organizó la calendarización de las sesiones de intervención.

Se aplicó un Programa de Estimulación Continua Personalizada con los horarios establecidos. Al concluir el número de sesiones se llevó a cabo la segunda aplicación de los instrumentos, finalmente se comparó la información recabada antes y después de la aplicación del programa.

El programa de Estimulación Continua Personalizada enfocada para adultos mayores, se elaboró con base al uso de terapias no farmacológicas en Alzheimer y otras demencias”: (ECG., 20 noviembre de 2019. pp. 2-80) y otras disciplinas.

Con este programa se pretende mejorar las funciones relacionadas con las áreas emocional, cognitiva y motriz del adulto mayor, que al estar entrelazadas se logra que la estimulación integral permita el equilibrio en dichas capacidades ayudando al adecuado desempeño en las actividades .

El programa ofrecido al grupo de adultos mayores también tuvo el fin de potencializar las funciones cognitivas, prevenir y mejorar los síntomas del deterioro cognitivo o disminuirlos, previniendo así cualquier déficit cognitivo.

Como herramienta auxiliar para la recolección de datos se utilizó la bitácora o diario de campo, el cual, es una especie de diario personal, donde se incluyen los detalles de las sesiones del estudio. (Hernández, et al., 2014, pp. 370-374.)

Además de la observación participante, que según (Hernández, et al., 2014, pp. 586-587) implica tener en cuenta la existencia del observador, su subjetividad y reciprocidad en el acto de observar, está la participación y presencia del investigador en cada una de las sesiones, las cuales se interpretaban después de cada una de ellas, tomando en cuenta lo que se observaba.

3.9. Desarrollo de etapas de la investigación.

Las etapas que se consideraron para llevar a cabo la investigación fueron 5:

Etapas 1. Selección del objeto de estudio. En esta, se realizó el proceso de selección y autorización.

Etapas 2. Trabajo de campo. En ella, se recolectaron los datos, se impartió el programa y se evaluó.

Etapas 3. Análisis de la información. En la que habiendo recabado la información se elabora la planeación, definición y despliegue de estrategias (triangulación de datos, etc.), resultados obtenidos del trabajo de campo realizado, entre otros.

Etapas 4. Presentación de resultados. Se describen a través de discusiones narrativas, categorizaciones, presentación de diagramas, tablas, figuras, entre otros.

Etapas 5. Análisis de la información y conclusiones. Se presentan los resultados obtenidos y bajo que metodología se obtuvieron las conclusiones (contraste teórico,

proceso de análisis de resultados, entre otros que se utilizaron para obtener las conclusiones).

3.9.1. Etapa 1. Selección del objeto de estudio.

Al tener en cuenta que el presente estudio tiene como participantes a 3 adultos mayores de 60 años, de sexo femenino y con deterioro cognitivo diagnosticado, las cuales son pacientes del investigador, resalta el objeto de estudio, que es el fomentar mejoras en la calidad de vida durante esta etapa del desarrollo humano, caracterizada por la presencia de deterioros en las capacidades físicas, cognitivas y emocionales principalmente.

Al comenzar el estudio, la población considerada fueron 6 personas invitadas de manera personal, de las cuales se excluyeron 2 por decisión propia y 1 por no cumplir con los criterios de inclusión.

Al invitarlas se procedió a obtener el permiso por parte del paciente y del cuidador o familiar acompañante, firmando carta de consentimiento informado, para que posteriormente se procediera a determinar la hora y lugar de las sesiones terapéuticas, acordando que sería en el domicilio de cada participante y en horario vespertino.

Al tener la muestra, se continuó con las entrevistas y las evaluaciones a través de los instrumentos elegidos (3 test de cribaje, 1 escala y 1 cuestionario). Teniendo así un perfil más detallado de las necesidades de cada una de las voluntarias.

La duración de cada sesión fue de 1 hora con la frecuencia determinada por cada caso (Caso 1- Cuatro veces por semana. Caso 2.- Dos veces por semana y Caso 3- Dos veces por semana)

Cada fase del tratamiento dependió de la evolución de la enfermedad, de su mejoría o de las capacidades de cada paciente.

3.9.2. Etapa 2. Trabajo de campo.

Las pacientes voluntarias integraron este estudio, fueron referenciadas o canalizadas por sus familiares, conocidos o médico especialista. Debido a ello se realizó su valoración inicial como parte de una evaluación integral, ya que al presentarse a ser valoradas ya contaban con un diagnóstico por el área médica, sustentados por estudios clínicos y de neuroimagen, confirmando de esta manera el deterioro cognitivo en cada una.

El lugar donde fueron evaluadas fue su domicilio particular, teniendo en cuenta las consideraciones solicitadas, como fueron:

- Estar en un lugar con luz y ventilación.
- Que hubiera privacidad y ausencia de ruido
- Que se tuvieran las condiciones para escribir (mesa, escritorio, etc.)
- Que estuviera un familiar mayor de edad presente al momento de las evaluaciones.
- Haber dormido bien la noche anterior.
- Vestir cómodamente.
- Y que ya hubieran comido.

Acordado esto, se procedió a las evaluaciones por medio de una entrevista semi-estructurada, el test del reloj, Mini mental, MoCA, escala de Goldberg y un cuestionario

de funciones cognitivas (diseñada para el estudio).

Una vez terminadas las evaluaciones, se procedió a diseñar los programas de estimulación adecuados a cada paciente, en donde se pudo observar que las tres pacientes tenían inclinación a las artes, la literatura y la música, así que los programas fueron muy parecidos, pero con diferencias en la aplicación de las técnicas, estrategias y actividades.

El programa consistió en estímulos a través de actividades artísticas, musicales, literarias, interactivas, lúdicas y de estimulación sensorial. Además de aplicar estrategias y técnicas de la psicología, con la finalidad de favorecer las conductas adaptativas, la socialización, eliminación de hábitos dañinos y control de sus emociones.

Las sesiones se llevaron a cabo en el domicilio particular de cada una de las pacientes, con duración de una hora por sesión y con la frecuencia acordada. El lugar de la casa en el que se desarrollaban las actividades cumplió siempre con las especificaciones solicitadas y el horario fue adecuado.

3.9.3. Etapa 3. Análisis de la información.

El presente estudio se inició teniendo la aprobación de las pacientes voluntarias. Posterior a ello se solicitó autorización de los familiares y cuidadores de los mismos.

Enseguida se procedió a informar a las pacientes voluntarias la estructura y dinámica del programa, invitándolos a participar, despejando dudas y solicitando a los interesados firmar la carta de consentimiento informado de manera autógrafa por duplicado, integrándose una en el expediente y otra se entregó a la voluntaria.

De las 6 personas invitadas, solamente accedieron a participar en el estudio 3. De tal manera que se incluyeron 3 adultos mayores de 60 años del sexo femenino. Tomando en cuenta que fueron evaluadas y diagnosticadas con deterioro cognitivo con diferente fuente de origen:

Caso - 1 Alzheimer.

Caso - 2 de origen cerebro vascular.

Caso - 3 por cisticerco en el área cerebral.

La edad promedio en el grupo de estudio se ubicó en 72 años:

C1 - 73.

C2 - 72.

C3 - 71.

La escolaridad se consideró para personalizar cada una de las intervenciones, encontrando que el nivel de estudios fue:

C1 – Primaria.

C2 - Secundaria.

C3 - Bachillerato.

Al obtener la información de los datos somatométricos (talla, peso e índice de masa corporal), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables.

Talla

C1 – 1.70 m.

C2 – 1.38 m.

C3 – 1.52 m.

Peso

C1 – 72 kg.

C2 – 44 kg.

C3 – 72 kg.

IMC

C1 – 24.9.

C2 – 23.1.

C3 – 31.2.

Otros datos importantes fueron los obtenidos en la entrevista, ya que permitieron identificar en cada una de las pacientes sus necesidades, gustos, talentos, habilidades, entre otras cosas que ayudaron a personalizar cada una de las intervenciones considerando que además de esta información se cuidó que cada una de las sesiones se viera inmersa en un acompañamiento psicológico permanente.

3.9.4. Etapa 4. Presentación de resultados.

Se describen tres mujeres con edad promedio de 72 años, con diagnóstico clínico de deterioro cognitivo por diferentes razones y origen, la escolaridad promedio fue de

10.3 años con un rango entre 7 y 12. Una de las pacientes presenta obesidad, el resto no. Todas residentes de la zona rural. Estado civil: dos casadas y una viuda.

Dos de las pacientes se encuentran con IMC dentro de lo catalogado como normopeso y una con obesidad tipo 1. Se contó con el diagnóstico clínico del médico tratante y a partir de este, se comenzó con la caracterización neuropsicológica de las pacientes.

Se realizaron las pruebas, test del reloj, MMSE y MoCA, todas específicas para determinar deterioro cognitivo, se aplicaron antes y después de la impartición del programa de estimulación continua personalizada. Al comparar la primera y segunda aplicación, encontramos que la diferencia fue estadísticamente significativa, expresada en: MMSE (17 vs 22 , p.0.041). Test reloj (13, 15, p.0.0007). MoCA (17, 22, p.0.037).

En la escala de Goldberg se obtuvieron los siguientes resultados:

Ansiedad (3 vs 1, p.0.004). Depresión (3, vs 0, p.0.003).

Por último, los resultados del cuestionario fueron:

Memoria corto plazo (2 vs 3, p.0.29). Memoria largo plazo (3 vs 4, p.0.685). Lenguaje y Comunicación (3 vs 4, p.0.657). Movilidad (3 vs 4, p.0.541).

3.9.5. Etapa 5. Análisis de la información y conclusiones.

Para comenzar el reporte e interpretación de la información obtenida en la presente investigación, es necesario precisar que al ser un estudio mixto, se han anexado los resultados estadísticos de las pruebas con un punto de corte y una interpretación que se graficó, con la intención de darle más solidez a dichos resultados.

A continuación se hará una interpretación tomando como base los objetivos general, específicos y los de las sesiones que conforman la bitácora de actividades de estimulación.

Comenzando por el objetivo general, encontramos como resultado, que se logró descubrir de forma estadística y observacional, que la puntuación en los test que miden la cognición tuvo una mejoría después de la aplicación del programa de estimulación continua personalizada, arrojando resultados positivos en cada una de las voluntarias. Expresado en resultados estadísticos y con una base sólida en la interpretación a través de la observación. Dicha observación se registró en una bitácora de actividades o diario de campo, a su vez, los antecedentes expresados en estudios y artículos semejantes a la presente investigación, dieron como resultado una base sólida para evitar los errores o limitaciones que se presentaron en varios de ellos.

Continuando con los objetivos específicos, se pudo definir de manera clara y aplicar de manera detallada las técnicas, estrategias y actividades que se utilizaron para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor con deterioro cognitivo y analizar la diferencia entre el antes y después de la aplicación del programa de estimulación continua personalizada.

Realizando a su vez, una valoración psicométrica inicial en cada paciente aplicando el test del reloj de Thalman, MMSE, MoCA. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg y un cuestionario sobre funciones cognitivas.

Posteriormente se intervino a través de un programa de Estimulación Continua Personalizada que se llevó a cabo de manera personalizada e individual, finalizando

el programa con una segunda valoración psicométrica en cada paciente que recibió la estimulación, obteniendo en las tres, una mejora en la medición de su cognición y su estado emocional.

Esta mejora se pudo observar en los resultados de las pruebas, así como en la bitácora de observación que se llevó a cabo durante las sesiones teniendo como objetivo adicional diferentes áreas de estimulación que se evaluaron, tales como la atención, memoria, motricidad, pensamiento lógico, área emocional y la conducta.

3.10. Aspectos bioéticos.

Se considera la realización de este estudio respetando y apegándonos a la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, considerando los artículos 13 al 17;

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII.- Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso y

VIII.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican el presente estudio como;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de

diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

El manejo de los datos personales y sensibles se realizará bajo la normativa establecida en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

CAPITULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En este capítulo, se presenta un análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, con el propósito de presentar de manera ordenada los datos más relevantes que resultaron de la investigación realizada, así como su interpretación en contraste con lo presentado con anterioridad.

Es decir, se presentan los datos de manera clara por medio de tablas, figuras y citas textuales de lo dicho por las mujeres que participaron en el estudio, de las observaciones realizadas, así como del análisis de los documentos revisados.

Se toma en cuenta que la evaluación se dio en dos tiempos, antes de la implementación del programa de Estimulación Continua Personalizada y después del mismo, teniendo así la oportunidad de comparar los datos no solo de manera estadística, sino también de manera cualitativa.

4.1. Análisis de resultados.

Comenzaremos presentando en la gráfica #1, el proceso de selección de la muestra, la cual es fundamental para comprender la magnitud y veracidad de lo presentado.



Figura 1. Proceso de integración de la muestra de estudio

Teniendo en cuenta la población y la muestra resultante, queda claro que de las 6 voluntarias se tomaron en cuenta minuciosamente cada una de las características de éstas haciendo solo un grupo para el estudio.

En seguida se diferenció entre las edades que resultaron en promedio después de haber tomado en cuenta a mayores de 60 años, resultando de la siguiente manera:

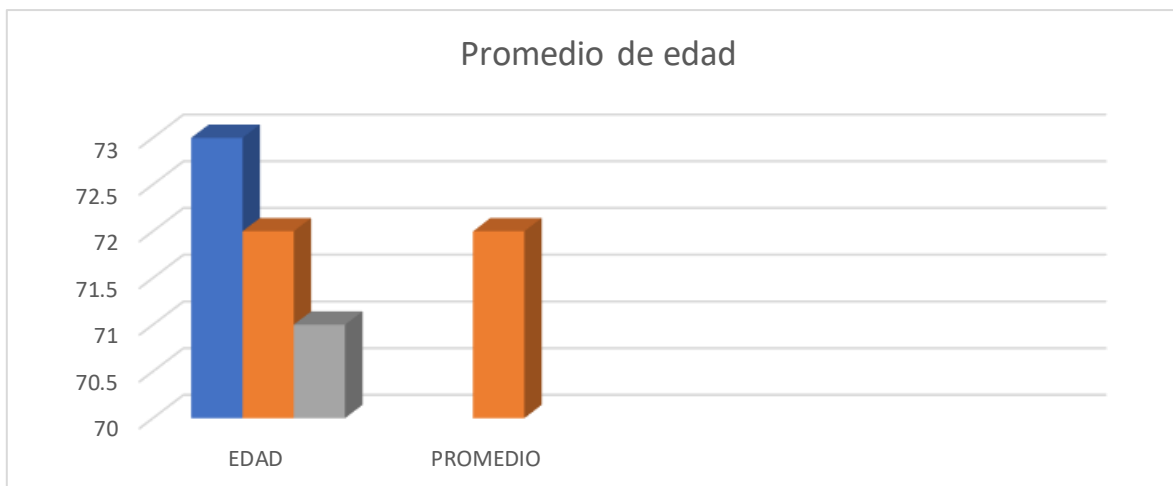


Figura 2. Promedio de edad

Prosiguiendo con el análisis del grado de escolaridad de cada voluntaria, para observar y determinar si existen diferencias significativas que interfieran con los resultados que se buscan obtener.

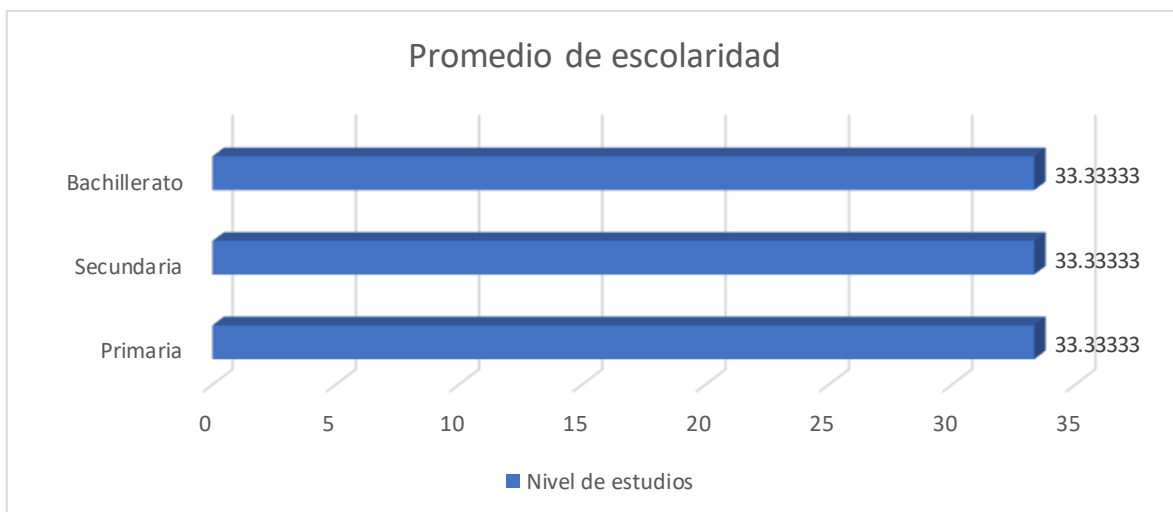


Figura 3. Promedio de escolaridad

En los resultados de la recolección de datos somatométricos no se encuentran diferencias estadísticas significativas para la realización del mismo.

Tabla 8. Promedios de las variables analizadas.

Variable	Grupo de estudio	p valor
Peso	62.6 $\pm$ 16.1	0.783
Talla	1.53 $\pm$ 0.16	0.766
IMC	26.4 $\pm$ 4.25	0.637

Se muestran la media $\pm$ desviación estándar. *Prueba t-student. Se considera significativa la diferencia cuando $p < 0.05$

Tabla 9. Datos generales de las pacientes.

Paciente	Edad	Sexo	Nivel de deterioro	Frecuencia del tratamiento	Periodo de tiempo del tratamiento
CASO #1	73	Femenino	Si (Alzheimer-Moderado a Grave)	Terapia de una hora 4 veces por semana en el domicilio.	08/01/2019 Al 08/01/2021
CASO #2	72	Femenino	Si (leve-moderado de origen	Terapia de una hora 2 veces por	02/10/2020 Al 02/10/2022

			Cerebro Vascular)	semana en su domicilio.	
CASO #3	71	Femenino	Si (Leve-Moderado de origen, secuela de cisticerco)	Terapia de una hora 2 veces por semana en su domicilio.	22/09/2020 Al 22/09/2022

En todas las pacientes se utilizaron los estímulos de la música, el juego, los colores, olores, sabores, texturas, la literatura y materiales audiovisuales.

En seguida se presenta cada caso con detalles específicos de cada una, tomando en cuenta las pruebas aplicadas, la entrevista y las bitácoras de recolección de datos y cuestionario.

Resultados de la entrevista y valoración. Caso clínico #1

Paciente de 70 años del sexo femenino, nacida en 1949 en Durango. Es casada y tienen 2 hijos (Una hija y un hijo), 2 nietos y 3 nietas. Su ocupación desde que se caso es ser ama de casa. Se presenta en noviembre del 2008 acompañada de su esposo y su hermana para valoración de sus funciones cognitivas, debido a un probable diagnostico sugerido por los especialistas médicos de Alzheimer.

En plática con los parientes antes mencionados se mencionan varias cirugías en las que se aplica anestesia general y local a la paciente, además de haber padecido cáncer de mama el cual fue atendido oportunamente y dado de alta.

Comentan que los primeros olvidos se presentaron a mediados del año 2017, los cuales fueron siendo más significativos, acentuando cada vez más sus olvidos. Fue hasta mediados del año 2018 en el que presenta desorientación, problemas para expresarse y olvidos graves que afectan su desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Describen a la paciente como una persona dedicada, estudiaba cursos diversos, hablaba y traducía el idioma inglés, se expresaba con propiedad y educadamente, era una persona sociable, conducía una camioneta, visitaba parientes y apoyaba en su familia cumpliendo de manera sobresaliente su rol de madre y esposa.

En la entrevista se puede apreciar la dificultad con la cual la paciente se expresa, además de parecer no entender varias indicaciones. Se le observa muy accesible y con muy buena actitud, pero a la vez con un fuerte estrés por el concepto que se tiene de la enfermedad del Alzheimer, ya que lo repite con frecuencia al terminar cada frase que habla. Tiene problemas significativos para recordar el nombre y edades de sus hijos, nietos y familiares. El mismo problema se presenta con la diferenciación entre colores, números y conceptos cotidianos. Se puede notar inseguridad, miedo y una dependencia muy marcada. No es capaz de realizar un giro completo, de seleccionar objetos sugeridos, de recordar lo que se le acaba de decir escasos segundos antes y mucho menos de repetir frases o palabras después de 1 minuto. Su motricidad fina está afectada moderadamente y la gruesa leve.

Su memoria relacionada con lo emocional se ve menos afectada. Es capaz de sonreír, hacer caras de desagrado, susto, sorpresa, pero no es capaz de llorar.

Presenta capacidad para leer frases cortas (de 2 a 3 palabras) o palabras, más no para escribir. Se manifiesta por parte de la paciente su agrado por las artes (Literatura, Música, Artes Visuales, Danza y Teatro).

Se decide aplicar una batería de test integrada de la siguiente manera:

- Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)
- Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)
- Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)
- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Test del dibujo del reloj o Drawing Text (CDT) (Thalman, B., ET AL., 1996)

Este test se realiza como primera evaluación por ser un instrumento que permite tener un punto de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la enfermedad del Alzheimer. Es decir, nos confirmará un indicador más de un posible deterioro cognitivo. Se obtiene una puntuación de 2 a la orden y 2 a la copia, que al ser inferior a los 14 puntos indica un claro deterioro cognitivo. Se observa en la paciente ansiedad y desesperación, confusión y falta de atención. Esto puede llegar a reflejar que su entorno actual le estresa y no favorece a su deterioro.

Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment) Nassreddine, 2004, versión en español.

Como segunda prueba, se aplicó la evaluación Cognitiva Montreal, obteniendo una puntuación de 10, indicando que la paciente presenta alteración de sus funciones cognitivas asociadas a un deterioro cognitivo de moderado a grave. Alteraciones en el

área Visoespacial y déficit en la función ejecutiva. En la identificación y el lenguaje, se puede observar como si entendiera las indicaciones y pudiera expresarlas correctamente, pero no es así, ya que en los resultados se puede constatar la dificultad para identificar las tareas, en el área de lenguaje parece no haber un problema de locución, pero sí de asociación y denominación.

En la atención, se puede observar su esfuerzo por mantenerla pero su dificultad para lograrla, distrayéndose con todo y en ocasiones con frases que ella misma dice que están fuera de contexto. En la memoria sobresale la dificultad para memorizar números, así como nombres de personas, con las cosas y objetos.

En la orientación parece haber cierta lucidez a la vez de la confusión de haber dicho varias fechas hasta llegar a la actual. En lo espacial se ve confusión del estado actual, ya que sabe la ciudad más no el lugar donde se encuentra actualmente. (Dice constantemente que está en su casa).

Resultados e interpretación:

En resumen, se aplica el test MoCA y se obtiene una puntuación de 10 puntos, indicando en su análisis y evaluación un deterioro cognitivo muy marcado o acentuado. Desorientación, falta de atención y dificultades significativas en la memoria especialmente de corto plazo. Confunde fácilmente términos y asignaciones y es incapaz de ordenar y tener lógica con números.

Test Mini Mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

La tercera prueba consistió en aplicar el test MMSE, el cual es una escala psicométrica para evaluar el estado cognitivo de la persona, se obtuvo una puntuación de 15 puntos. Dando como resultado interpretativo un deterioro cognitivo.

Tanto en la Ubicación temporal como en la Orientación espacial existe un fuerte deterioro. Dificultades serias en la Fijación (Recuerdo inmediato), en la Atención (Cálculo) y aún más en el (Recuerdo Diferido), aunque la prueba no evalúa en si el lenguaje oral de la persona, se pueden observar su capacidad para mencionar las cosas por su nombre (con un poco de dificultad y ansiedad), su capacidad para seguir algunas pocas instrucciones orales, pero imposibilidad para tener fluidez o expresión de sus ideas o acciones.

Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

En esta herramienta, se observan los rasgos de ansiedad y depresión que presenta la paciente. Reflejado en una puntuación alta-media, siendo dichos resultados importantes para el diagnóstico.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SUBESCALA DE DEPRESIÓN
6 DE 9 puntos	2 DE 9 puntos

Impresión diagnóstica

De acuerdo a la entrevista y las herramientas aplicadas puede confirmarse el diagnóstico de una cognición severamente deteriorada, expresado como un deterioro cognitivo de moderado a severo. Acentuando negativamente sus síntomas ansiosos.

Tratamiento sugerido

El tratamiento sugerido fue un programa de estimulación continua personalizada, que pueda estimular no solo sus capacidades intelectuales, sino también lo emocional, psicológico y motriz de manera inmediata. Se sugiere que sea con terapia enfocada a la estimulación a través de la música, el juego, el baile y las interacciones sociales.

Se escoge por parte de la familia la opción, llevar la terapia de forma domiciliaria 4 veces a la semana a partir del 08/01/2019 y de igual manera se decide llevar capacitación a los acompañantes (cuidadores) del paciente para que continúen diariamente con el programa de estimulación.

Resultados y análisis de los beneficios obtenidos

La terapia basada en la estimulación continua personalizada ha sido aplicada en este caso #1 durante 2 años. Por lo que se han resumido los resultados en una valoración por año.

Tabla 10. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #1

ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS APLICADAS			
PRUEBA APLICADA	1RA VALORACIÓN – FASE 1	2DA VALORACIÓN – FASE 2	ANÁLISIS
Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)	4 Logro realizarla con muchos errores	6 Continúan los errores pero mejoro un poquito	La paciente pierde capacidad para escribir y hacer trazos. Por tal motivo solo se pudo evaluar en 2 años, donde se ven mejoras en la puntuación.
Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)	10 Logro realizarla con muchos errores	16 Continúan los errores pero mejoró en algunos aspectos	A partir de su caída y su lenta recuperación a la cirugía, perdió considerablemente motricidad y a partir de ello ha presentado problemas para expresarse verbalmente. Aun así se ven mejoras en su puntuación.

Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)	15 Logró realizarla con muchos errores	15 Logró realizarla con muchos errores	A partir de su caída y su lenta recuperación a la cirugía, perdió motricidad y ha presentado problemas para expresarse verbalmente, complicando su valoración. Aun así se ven mejoras en su 2da valoración y estabilidad en la 3era.
Sub escala de ansiedad Goldberg	6 Se muestra con síntomas de ansiedad	5 Ha disminuido los síntomas	La paciente ha disminuido su ansiedad, especialmente durante la terapia.
Sub escala de depresión Goldberg	2 Se muestra un poco depresiva, sin salirse de los rangos.	3 Ha aumentado los síntomas sin salir del rango	La paciente no ha acentuado sus síntomas depresivos

Tabla #11 Cuestionario de observación-Funciones cognitivas. Caso # 1.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO - FASE 1 Contestado por su acompañante (Cuidador)	2DO REGISTRO – FASE 2 Contestado por su acompañante (Cuidador)	ANÁLISIS Hecho por su terapeuta
ATENCIÓN	2 Le cuesta mucho poner atención a las situaciones e indicaciones.	3 Le cuesta trabajo poner atención, pero lo puede hacer en las actividades de la terapia	Por parte de los cuidadores, ven mejoras, pero mejor aún, no ven un retroceso marcado en esta área.
MEMORIA (Corto plazo)	1 Casi no puede recordar nada de lo que se le presenta en el momento, pierde	3 Se ve una mejora notable, puede recordar varias cosas recientes y además sigue el	En esta área, se valora mucho el que sea capaz de recordar cosas a corto plazo a pesar de muchas

	la noción de lo que se está haciendo y de los temas.	tema y opina sobre él.	veces no poderlo manifestar verbalmente.
MEMORIA (Largo plazo)	3 Recuerda a su familia, por nombre y recuerdos pasados. No con detalles pero si lo expresa.	3 Recuerda a su familia, por nombre y recuerdos pasados. No con detalles pero si lo expresa.	En el caso de esta parte de la memoria, se ve una estabilidad, si bien no ha habido una recuperación, tampoco ha habido un deterioro tan marcado a partir de la terapia.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	3 Habla mucho, pero en ocasiones nada que ver con la situación actual, pero es muy educada al hablar.	3 Habla mucho, pero repite muchas frases fuera de la situación actual,	En esta área, se puede ver un retroceso considerable, ya que en el último año presenta serios problemas

		pero es muy educada al hablar.	para articular palabras, pero sus expresiones le ayudan a comunicarse.
MOVILIDAD	4 Le gusta caminar todos los días, le gusta salir, baila, juega y se agacha y para con facilidad y sin expresar dolor o molestias.	3 Sigue mostrando agrado por caminar todos los días, le gusta salir, baila, juega y se agacha y para con facilidad y sin expresar dolor o molestias. En muchas ocasiones camina muy ansiosa y desesperada, sin medir riesgos.	En esta área, se ha tenido el retroceso mayor, debido a la caída que imposibilitó su movilidad y de esta manera se ve afectada toda su motricidad y posiblemente hasta el expresión oral.

Tabla # 12. Bitácora de observaciones. Caso #1.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO - FASE 1 (Contestado por el terapeuta)	2DO REGISTRO - FASE 2 (Contestado por el terapeuta)	ANÁLISIS (Por el terapeuta)
ATENCIÓN (Corto plazo)	1 Pierde la atención en cualquier actividad o situación.	3 Durante las terapias puede enfocar su atención y seguir la conversación. Se comienza a utilizar un lenguaje en el que ella completa las frases.	Después de 2 años de terapia, se observa un aletargamiento en su deterioro y en especial en esta función.
MEMORIA (Largo plazo)	1 Parece no recordar nada	3 Se ha dado una mejora muy	A pesar de su retroceso, destaca su

		reciente, olvida las indicaciones y lo que estaba haciendo.	marcada, opina sobre algunos temas y se pierde menos en los temas y actividades.	estabilidad y mejora en esta área, ayudando así a su aprendizaje.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	3	Utilizando una técnica en la que ella completa las palabras, frases y expresiones, se puede escuchar que recuerda a su familia, por nombre y es capaz de expresar limitadamente recuerdos pasados. Repite	3 Continuando con técnica en la que ella completa las palabras, frases y expresiones, se puede escuchar que recuerda a su familia, por nombre y es capaz de expresar limitadamente recuerdos pasados. Repite frases y palabras fuera del contexto.	En esta área, hubo mucho avance y se logró establecer un canal de comunicación. Pero conforme ha pasado el tiempo la paciente expresa su deterioro con incapacidad por decir palabras y frases. Se ve el esfuerzo que hace pero la

	algunas palabras fuera de contexto.		imposibilidad de hacerlo.
MOVILIDAD	4 Es muy activa, camina todos los días, le gusta salir, baila, juega y se agacha y para con facilidad.	3 Es muy activa, camina todos los días, le gusta salir, baila, juega y se agacha y para con facilidad. Tiene lapsos de desesperación y camina de un lado a otro desorientada.	En esta área se tuvo un gran avance los primeros 2 años, pero a raíz de su accidente. Se le dificulto todo lo relacionado con su motricidad.

Resultados de la entrevista y valoración. Caso clínico #2

Paciente femenina de 70 años, nacida en Francisco I. Madero, Coahuila. Es viuda y madre de tres hijos (2 hombres y una mujer). Se dedicó desde muy joven a la docencia (ahora jubilada) y actualmente ama de casa. Se solicita por parte de su hijo mayor y su hermana, sea valorada en sus funciones cognitivas, ya que se les indicó por parte del médico especialista el comienzo de demencia, de origen cerebro vascular.

Como antecedentes, se tiene que se le han practicado 3 cesáreas y otra operación más para retirarle la matriz. Un dato importante es que en una de las cesáreas se le paso la anestesia y le tuvieron que hacer un lavado en el cerebro (Palabras de los familiares). Hace un año y medio se le lleva con un médico internista el cual lo canaliza con el neurólogo quien le manda hacer unos estudios y resulta con el diagnostico de Demencia senil. (Palabras de los familiares los cuales muestran los estudios). En plática con la paciente, comenta haber tenido buena salud hasta la fecha, además de sentirse satisfecha con su vida pasada y la actual.

La paciente aparentemente se vale por sí misma hasta la actualidad, dedicada a su hogar y se expresaba con cordura y educadamente, es una persona poco sociable. Sus familiares comentan que han visto que poco a poco la paciente ha ido perdiendo funciones significativas con relación a la memoria, expresiones orales que indican ansiedad y estrés.

En la entrevista se puede apreciar la facilidad con la cual la paciente interpreta las instrucciones inmediatas que se le ofrecen, además de entender varias indicaciones. Le cuesta trabajo recordar cuando se trata de instrucciones que tiene que seguir después de un rato. Se le observa muy accesible y con muy buena actitud, pero a la vez con un fuerte. Tiene problemas significativos para recordar las edades de sus hijos, nietos y familiares. Se puede notar inseguridad, miedo y tendencia a la dependencia muy marcada.

Su motricidad fina y gruesa no se ven afectadas. Su memoria relacionada con lo emocional se ve menos afectada. Presenta capacidad para leer y para escribir. Se

manifiesta por parte de la paciente su agrado por las artes, literatura, música, artes visuales, rezos y actividades de ocio. Al continuar con la entrevista se puede observar ansiedad y un poco de desconexión por parte de la paciente, ya que pierde concentración y olvida fácilmente las indicaciones que se le acaban de dar.

Se decide aplicar una batería de test integrada de la siguiente manera:

- Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)
- Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)
- Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)
- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Test del dibujo del reloj o Drawing Text (CDT, ZexThalman, B., ET AL., 1996)

Este test se realiza como primera evaluación por ser un instrumento que permite tener un punto de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer. También puede dar indicios de un deterioro cognitivo, aun cuando en este caso la paciente lo realizó con mucha prisa y con una atención muy dispersa esto no le impidió tener buen resultado en su puntuación final.

Resultados e interpretación:

Se obtiene puntuación de 9 a la orden y 10 a la copia, que al ser superior a los 15 puntos es negativa. Se observa en la paciente ansiedad, desesperación y confusión.

Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)

Nassreddine, 2004, versión en español.

En un segundo momento se aplicó la Evaluación Cognitiva Montreal y se obtuvo una puntuación de 23, indicando que la paciente presenta alteración de sus funciones cognitivas asociadas a un deterioro cognitivo de leve a moderado. Alteraciones en el área Visoespacial y déficit en la función ejecutiva. En la identificación y el lenguaje, no se encuentra aparente daño. En la atención, se puede observar dificultad para lograrla, afectando la memoria de corto plazo. En su memoria se presenta dificultad para memorizar palabras y recordarlas 3 minutos después.

Parece haber problemas leves asociados con la orientación. En lo espacial no se ve confusión aún.

Resultados e interpretación:

En resumen, se aplica el test MoCA y se obtiene una puntuación de 23 puntos, indicando en su análisis y evaluación, un deterioro cognitivo de leve a moderado. Desorientación, falta de atención y dificultades significativas en la memoria especialmente de corto plazo.

Test Mini Mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Se aplicó el test MMSE, para evaluar el estado cognitivo de la paciente y en este caso en particular se obtuvo una puntuación de 23 puntos. Dando como resultado interpretativo, un deterioro cognitivo de leve a moderado.

Presenta daños en su Ubicación temporal (al no recordar fechas actuales), no siendo así en la Orientación espacial. En la fijación (Recuerdo inmediato) se observa poca dificultad, al igual que en la (Atención y Cálculo); mientras que en el (Recuerdo Diferido) denota un serio daño, (le es sumamente difícil recordar palabras que en escasos minutos ha escuchado).

En cuestión del *Lenguaje*, aunque la prueba no evalúa en si el lenguaje oral de la persona, se pueden observar ciertos aspectos relacionados con él. Como su capacidad para mencionar las cosas por su nombre (sin dificultad), su capacidad para seguir instrucciones orales (con muy poca dificultad).

Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

En esta herramienta, se observan los rasgos de ansiedad y depresión que presenta la paciente. Reflejado en una puntuación alta-alta, siendo dichos resultados importantes para el diagnóstico.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SUBESCALA DE DEPRESIÓN
4 DE 9 puntos	3 DE 9 puntos

Diagnóstico

De acuerdo a la entrevista y las herramientas aplicadas puede darse el diagnostico de una falla significativa en su cognición, expresado como un deterioro cognitivo de Leve a moderado, estando en riesgo de entrar en la fase moderada.

Con asesoría médica se confirma nuevamente el diagnóstico médico, traducido en una demencia de origen vascular el cual se manifiesta específicamente en la paciente con la falta de retener recuerdos nuevos, falta de atención, ansiedad y estrés fuera del rango y vivencias irreales (Como la de viajar recientemente a la laguna ella sola y no sabe manejar, ni sale sola a la calle).

Tratamiento sugerido

El tratamiento sugerido fue un programa de estimulación continua personalizada de manera inmediata, con énfasis en el manejo de las emociones, que pueda estimular no solo sus capacidades intelectuales, sino también lo emocional, psicológico y motriz. Además de tratar con carácter de urgente su ansiedad relacionada con problemas existenciales y el autocontrol.

Se decide por parte de la paciente y sus familiares la iniciación de la terapia a domicilio a partir del 02/10/2020, con una frecuencia de 2 veces por semana.

A la vez de tomar la capacitación para los acompañantes (Cuidadores), con la intención de seguir llevando las actividades del programa de estimulación diariamente así como la forma de sobrellevar todo lo relacionado con la enfermedad de su familiar.

Resultados y análisis de los beneficios obtenidos

La terapia basada en la ECP ha sido aplicada en este caso #2 durante 2 años. Por lo que se han resumido los resultados en una valoración por año.

Tabla 11. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #2

PRUEBA APLICADA	1RA VALORACIÓN	2DA VALORACIÓN	ANÁLISIS
Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)	20 Se observa en la paciente menos estrés después de un año de terapia y estabilidad.	20 Se observa en la paciente menos estrés después de dos años de terapia y estabilidad	Se ha mantenido sin problemas para realizar esta prueba, cada vez la hace más tranquila y segura.
Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)	25 Ha mejorado un poco en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	27 Ha mejorado significativamente en su memoria de corto plazo, así como en su atención y orientación.	La paciente ha logrado mejorar notoriamente en los problemas encontrados en su diagnóstico.
Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al.	24 Ha mejorado poco en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	27 Ha mejorado notoriamente en su memoria de corto plazo, así como en su	La paciente ha logrado mejorar notoriamente en los problemas encontrados en su diagnóstico.

(1975), Lobo et al. (1979)		atención, ubicación y orientación.	
Sub escala de ansiedad Goldberg	4 Se muestra con síntomas de ansiedad	3 Ha disminuido los síntomas	La paciente ha disminuido su ansiedad, especialmente durante la terapia.
Sub escala de depresión Goldberg	3 Se muestra un poco depresiva, sin salirse de los rangos.	1 Han disminuido los síntomas de forma considerable	La paciente ha superado los síntomas depresivos

Tabla 12. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por el cuidador). Caso #2

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO	2DO REGISTRO	ANÁLISIS
	Contestado por su acompañante (Cuidador)	Contestado por su acompañante (Cuidador)	Hecho por su terapeuta

ATENCIÓN	3 Aun pierde fácilmente la atención y descuida muchas tareas de la vida diaria.	4 Ha mejorado en su atención, casi no se notan sus problemas para lograrla.	Se ha obtenido una mejora significativa en su atención.
MEMORIA	3 Logra traer al presente recuerdos, pero aun olvida en algunas ocasiones lo que acaba de pasar o lo que estaba haciendo.	4 Continúa expresándose coherente de sus recuerdos y olvida en menos ocasiones lo que acaba de pasar o lo que estaba haciendo.	Es muy notoria su mejoría en la memoria de corto plazo.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	4 No tiene problemas para expresarse verbalmente pero en algunas ocasiones se aísla y no quiere	5 Continúa sin problemas para expresarse verbalmente y son pocas las ocasiones	La paciente no presenta problemas en su lenguaje, pero algunas dificultades en

	hablar sobre lo que siente.	en que se aísla y no quiere hablar sobre lo que siente.	comunicación, las cuales han ido mejorando.
MOVILIDAD	4 Tiene muy buena salud y se puede mover voluntariamente a donde desea, se resiste un poco a realizar sus ejercicios físicos.	5 Continúa con muy buena salud y se puede mover voluntariamente a donde desea, casi nunca se resiste a realizar sus ejercicios físicos.	Ha logrado consolidar una rutina en sus ejercicios físicos diarios.
EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	3 Se expresa educadamente y con coherencia, pero aun presenta momentos de miedo extremo, desorientación e inseguridad.	4 Continúa expresándose educadamente y con coherencia y presenta menos momentos de miedo extremo, desorientación e inseguridad. (Ya se pueden contener)	La familia ha aprendido a contener y guiar sus problemas emocionales, realmente ha mejorado en el control de sus emociones.

Tabla 13. Bitácora de observaciones (llenada por el terapeuta). Caso #2.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO – FASE 1 Registrado por su terapeuta	2DO REGISTRO – FASE 2 Registrado por su terapeuta	ANÁLISIS registrado por su terapeuta
ATENCIÓN	3 Tiene aún dificultad para poner atención a las indicaciones y a las tareas durante la terapia.	4 Ha mejorado mucho en su atención, logra poner atención en la mayoría de las actividades e indicaciones.	Se ha obtenido una mejora significativa en su atención.
MEMORIA	3 Puede platicar sobre sucesos pasados, pero no cuando se le pregunta acerca de uno o dos días atrás, aun	4 Sigue expresado sus memorias de largo plazo y las de corto plazo han mejorado significativamente,	Es muy notoria su mejoría en la memoria de corto plazo.

	repite y pregunta lo mismo varias veces.	repite menos las cosas.	
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	4 Su lenguaje está muy estable. Se comunica con limitaciones ya que no expresa algunas necesidades y eso la estresa.	4 Su lenguaje sigue estable y en la comunicación se observa que hay menos limitaciones.	La paciente no presenta problemas en su lenguaje, pero algunas dificultades en comunicación, las cuales han ido mejorando.
MOVILIDAD	5 No presenta problemas en esta área.	5 No presenta problemas en esta área.	Ha logrado consolidar una rutina en sus ejercicios físicos diarios.
EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	3 Se expresa con coherencia, pero en las emociones se observa que aún se presentan crisis de estrés, miedo,	4 Continúa expresándose con coherencia y en las emociones se observa que se	La familia ha aprendido a contener y guiar sus problemas emocionales, realmente ha

	desorientación y tristeza.	presentan crisis menos intensas y controlables.	mejorado en el control de sus emociones.
--	----------------------------	---	--

Resultados de la entrevista y valoración. Caso clínico #3

Paciente femenina de 69 años, nacida en Durango, Dgo., México. Casada y madre de 6 hijos (2 mujeres y 4 varones)., es ama de casa.

Se solicita por parte de ella y su familia la valoración de sus funciones cognitivas ya que presento la presencia de un cisticerco en el área cerebral, la cual se cree, puede estar causando olvidos y síntomas de depresión.

Como antecedentes, se tiene que se le han practicado 4 cesáreas y 1 legrado. Ha sido diagnosticada en años anteriores con depresión y padece mucho de venas varicosas de alto riesgo.

Al respecto de las enfermedades crónicas se presentan diabetes e hipertensión.

La paciente se vale por sí misma hasta la actualidad, se dedica a su hogar, se expresaba con cordura y educadamente, es una persona sociable.

En la entrevista se puede apreciar la facilidad con la cual la paciente puede seguir instrucciones e indicaciones.

Le cuesta trabajo recordar cuando se trata de instrucciones que tiene que seguir después de un rato. Se le observa muy accesible y con muy buena actitud.

No presenta problemas para recordar las edades de sus hijos, nietos y familiares. Se puede notar inseguridad, miedo a la dependencia. Su motricidad fina y gruesa no se ven afectadas.

Su memoria relacionada con lo emocional se ve menos afectada. Posee la habilidad para leer y para escribir. Se manifiesta por parte de la paciente su agrado por las artes, literatura, música, artes visuales, rezos, alabanzas y actividades de ocio.

Se decide aplicar una batería de test integrada de la siguiente manera:

- Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)
- Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)
- Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)
- Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Test del dibujo del reloj o Drawing Text (CDT) (Thalman, B., ET AL., 1996)

Este test se realiza como primera evaluación por ser un instrumento que permite tener un punto de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer. Por lo tanto, será un indicador más de un posible deterioro cognitivo.

Resultados e interpretación:

Se obtiene una puntuación de 10 a la orden y 10 a la copia, que al ser superior a los 15 puntos como negativa esta prueba. Se observa que la paciente disfruta de realizar la actividad.

Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)
Nassreddine, 2004, versión en español.

Se aplicó la Evaluación Cognitiva Montreal y se obtuvo una puntuación de 21, sugiriendo que la paciente presenta alteración de sus funciones cognitivas asociadas a un deterioro cognitivo de leve a moderado. Alteraciones en el área Visoespacial y déficit en la función ejecutiva. En la identificación y el lenguaje, no se encuentra aparente daño. En la atención, se puede observar dificultad para lograrla, afectando la memoria de corto plazo. En su memoria se presenta dificultad para memorizar palabras y recordarlas 3 minutos después.

Parece haber problemas leves asociados con la orientación y lo espacial.

Resultados e interpretación:

En resumen, se aplica el test MoCA y se obtiene una puntuación de 21 puntos, indicando en su análisis y evaluación, un deterioro cognitivo de leve a moderado. Problema de atención y dificultades significativas en la memoria especialmente de corto plazo.

Test Mini Mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

En la aplicación de este test, se obtuvo una puntuación de 22 puntos, confirmando lo antes obtenido en las pruebas y dando como resultado interpretativo un deterioro cognitivo de leve a moderado.

No presenta daños en su ubicación temporal ni en la orientación espacial. En la fijación (Recuerdo inmediato) se observa poca dificultad, al igual que en la atención (Cálculo);

mientras que en el recuerdo (Diferido), refleja problemas, (le es muy difícil recordar palabras que en escasos minutos ha escuchado). En cuestión del lenguaje, aunque la prueba no evalúa en si el lenguaje oral de la persona, se pueden observar ciertos aspectos relacionados con él. Como su capacidad para mencionar las cosas por su nombre y para seguir instrucciones orales sin dificultad.

Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

En esta herramienta, se observan los rasgos de ansiedad y depresión que presenta la paciente. Reflejado en una puntuación alta-alta, siendo dichos resultados importantes para el diagnóstico.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SUBESCALA DE DEPRESIÓN
4 DE 9 puntos	3 DE 9 puntos

Diagnóstico

De acuerdo a la entrevista y las herramientas aplicadas puede darse el diagnostico de una falla significativa en su cognición, expresado como un deterioro cognitivo de leve a moderado, estando en riesgo de entrar en la fase moderada. Tomando en cuenta lo diagnosticado por el área médica, se confirma nuevamente el diagnóstico, traducido en daño por cisticerco en el área cerebral, el cual produce problemas para retener recuerdos nuevos y falta de atención. Colaborando negativamente en sus síntomas depresivos.

Tratamiento sugerido

El tratamiento sugerido es un programa de estimulación sensorial y de las emociones (Estimulación Continua personalizada), que pueda estimular no solo sus capacidades intelectuales, sino también lo emocional, psicológico y motriz.

Se decide por parte de la paciente y sus familiares la iniciación de la terapia a domicilio el 22/09/2020, con una frecuencia de 2 veces por semana. De la misma forma, acepta llevar capacitación para los familiares, con la intención de seguir llevando las actividades del programa de estimulación periódicamente.

Resultados y análisis de los beneficios obtenidos

La terapia basada en la estimulación continua de la persona ha sido aplicada en este caso #3 durante 2 años. Por lo que se han resumido los resultados en una valoración por año.

Tabla 14. Análisis de las pruebas aplicadas. Caso #3

PRUEBA APLICADA	1RA VALORACIÓN	2DA VALORACIÓN	ANÁLISIS
Test del reloj (Thalman, B., ET AL., 1996)	20 Después de un año, se observa en la paciente la misma facilidad y	20 Después de dos años, se observa en la paciente la misma facilidad y	Se ha mantenido sin problemas para realizar esta prueba.

	gusto por realizar esta prueba.	gusto por realizar esta prueba.	
Test MoCA (Evaluación Cognitiva Montreal – Montreal Cognitive Assesment)	24 Ha mejorado en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	27 Continúa mejorando en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	La paciente ha logrado mejorar en los problemas encontrados en su diagnóstico.
Test Mini mental State Examination (MMSE) Based in Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)	23 Ha mejorado en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	26 Sigue mejorado en su memoria de corto plazo, así como en su atención.	La paciente ha logrado mejorar notoriamente en los problemas encontrados en su diagnóstico.
Sub escala de ansiedad Goldberg	4 Se muestra con síntomas de ansiedad	3 Ha disminuido los síntomas	La paciente ha disminuido su ansiedad, especialmente durante la terapia.

Sub escala de depresión Goldberg	3 Se muestra un poco depresiva, sin salirse de los rangos.	2 Ha disminuido los síntomas considerablemente	La paciente casi ha superado los síntomas depresivos
----------------------------------	---	---	--

Tabla 15. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por el cuidador). Caso #3.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO Contestado por su familiar más cercano	2DO REGISTRO Contestado por su familiar más cercano	ANÁLISIS Hecho por su terapeuta
ATENCIÓN	4 Después de este año, ha mejorado en su atención, logrando mantenerla por periodos más largos,	5 Después de dos años, ha mejorado en su atención, logrando mantenerla por	Es muy notoria la mejora en su atención.

		periodos cada vez más largos,	
MEMORIA	3 Ya repite menos las cosas y cada vez es más fácil para ella recordar las actividades que estaba realizando.	4 Ya casi no repite las cosas y cada vez es más fácil para ella recordar las actividades que estaba realizando.	Ha mejorado en su memoria. Pero aún presenta limitantes cuando se estresa o se desvela.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	4 No tiene problemas para expresarse verbalmente, pero si un poco de dificultad en encontrar las palabras para comunicarse.	5 No tiene problemas para expresarse verbalmente, pero algunas veces aun presenta dificultad en encontrar las palabras para comunicarse.	Ha mejorado en su comunicación, cada vez es menos el estrés por no encontrar las palabras para expresarse.
MOVILIDAD	4	4	La paciente ha sido orientada para tomar

	Aunque se desplaza voluntariamente a donde desea, ha sufrido algunas caídas sin consecuencias graves.	Han disminuido las caídas, pero su motricidad es más insegura y le quedan algunas secuelas de las caídas.	algunas precauciones para no caerse de nuevo.
EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	3 Aun se aísla en ocasiones y tiende a recordar vivencias que la entristecen y la hacen sentir insegura.	4 Después de estos 2 años, se aísla menos y se han presentado menos situaciones de falta de control de sus emociones.	La familia ha aprendido a contener y guiar sus problemas emocionales, la paciente ha mejorado en el control de sus emociones.

Tabla 16. Bitácora de observaciones (llenada por el terapeuta). Caso #3.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO	2DO REGISTRO	ANÁLISIS
	Registrado por su terapeuta	Registrado por su terapeuta	registrado por su terapeuta
ATENCIÓN	4 Tiene aún algunas dificultades para mantener la atención en actividades a indicaciones durante la terapia.	4 Ha mejorado mucho en su atención, pero aún pierde la atención dependiendo del estado de ánimo en el que se encuentre.	Se ha obtenido una mejora muy marcada en su atención.
MEMORIA	4 Ya pregunta menos veces lo mismo y recuerda las actividades	5 Casi no se notan sus problemas de memoria, ya que	En esta última evaluación se ha observado una mejora muy

		que se van a realizar.	retiene mejor la información.	marcada en su memoria.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	4	A pesar de no presentar problemas en su lenguaje, aún se observa estrés al tratar de expresar su sentir.	5 Se puede observar menos estrés al comunicarse y se comunica con más seguridad.	La paciente no presenta problemas en su lenguaje, pero algunas dificultades en comunicación, las cuales han ido mejorando.
MOVILIDAD	5	No presenta problemas significativos en esta área.	5 No presenta problemas significativos en esta área.	Ha logrado mantenerse sana en esta área, a pesar de algunas caídas que se dieron en el transcurso del primer año de terapia.

EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	3	4	La familia ha aprendido a contener y guiar sus problemas emocionales, ha mejorado en el control de sus emociones.
	Se expresa con facilidad, pero presenta síntomas de tristeza e inseguridad en muchas ocasiones.	Se expresa con facilidad y presenta en menos ocasiones, síntomas de tristeza e inseguridad.	

Por todo esto y lo antes expresado en este capítulo de resultados, se puede dar como un hecho, el cumplimiento de la hipótesis alterna (H1) y la eliminación de la hipótesis nula (H0), dando como principal resultado, el éxito del estudio y por lo tanto de la Estimulación Continua Personalizada en el adulto mayor para, mejorar su cognición.

En el cuestionario sobre funciones cognitivas se obtuvieron resultados favorables reflejados en el valor de la $\pm$ media, al aplicarla antes y después del programa de ECP.

Tabla 17. Cuestionario de observación-Funciones cognitivas (llenada por un familiar).

Caso #3.

(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO	2DO REGISTRO	ANÁLISIS
	Contestado por su acompañante (Familiar) valor de la $\pm$	Contestado por su acompañante (Familiar) valor de $\pm$	Hecho por su terapeuta
ATENCIÓN	± 3 ¿Cómo es su capacidad de atención actualmente?	± 4 ¿Cómo es su capacidad de atención actualmente?	Se ha obtenido una mejora significativa en la atención.
MEMORIA	± 3 ¿Cómo es su memoria actualmente?	± 4 ¿Cómo es su memoria actualmente?	Es muy notoria la mejoría en la memoria de corto plazo.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	± 4 ¿Cómo es su lenguaje y	± 5 ¿Cómo es su lenguaje y	Las pacientes no presentan problemas en su

	comunicación actualmente?	comunicación actualmente?	lenguaje, pero algunas dificultades en comunicación, las cuales han ido mejorando.
MOVILIDAD	± 4 ¿Cómo es su movilidad actualmente?	± 5 ¿Cómo es su movilidad actualmente?	Han logrado consolidar una rutina en sus ejercicios físicos diarios.
EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	± 3 ¿Cómo es su expresividad y control de las emociones actualmente?	± 4 ¿Cómo es su expresividad y control de las emociones actualmente?	Las familias han aprendido a contener y guiar sus problemas emocionales, realmente ha mejorado en el control de sus emociones.

En la tabla #20 podemos observar los valores de las medias $\pm$ desviación estándar y las diferencias estadísticamente significativas al compararlos antes y después, mostrando un resultado positivo en estos, reflejando que la intervención demostró ser efectiva para mejorar el estado cognitivo y emocional de las personas mayores de 60

años con y sin deterioro cognitivo.

Tabla 18. Características clínicas de las tres pacientes expresadas en los resultados de las evaluaciones aplicadas.

		Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Cuestionario	# evaluación			
-funciones cognitivas				
Atención	1	2	3	3
	2	3	4	4
Memoria (Corto plazo)	1	1	3	2
	2	3	4	3
Memoria (Largo plazo)	1	3	4	3
	2	3	5	3
Lenguaje y comunicación	1	3	4	2
	2	3	5	3
Movilidad	1	4	3	2
	2	3	4	3

Tabla 19. Análisis comparativo entre los resultados antes y después de la aplicación del programa ECP

Test Aplicada	INICIAL	FINAL	P
MMSE	17	22	0.041
Test reloj	13	15	0.0007
MoCA	17	22	0.037
Ansiedad	3	1	0.004
Depresión	3	0	0.003
Memoria corto plazo	2	3	0.29
Memoria largo plazo	3	4	0.685
Lenguaje y Comunicación	3	4	0.657
Movilidad	3	4	0.541

*Prueba T-Student para muestras independientes. **Prueba X^2 para muestras independientes

4.2. Discusión.

Si la vejez es una más de las etapas del desarrollo humano, en la cual, este se presenta más vulnerable a padecer cierto decaimiento o deterioro desde lo físico hasta lo cognitivo y emocional, sin asegurar en que esta etapa debe de presentarse como patológica, entonces se dilucida la necesidad de poner especial atención en

actividades que le permitan al adulto mayor ser capaz de tener una calidad de vida hasta su fin.

Es por ello que la presente propuesta terapéutica denominada ECP, Estimulación Continua Personalizada, se considera apta para cumplir con tal objetivo, dado a que la calidad del adulto mayor consiste en varios aspectos que en sí, están entrelazados de tal manera que al mejorar en uno de ellos comúnmente se mejora en algunos otros de ellos.

Por ejemplo, en la observación del mejoramiento de factores como el de la participación, disposición, comportamiento y socialización, se encierran un sin número de funciones cognitivas, manejo de las emociones y hasta la motivación a movilizarse y tener actividad física de manera continua.

La Estimulación cognitiva y la Orientación a la Realidad, juegan un papel importante dentro de este programa, ya que es por medio de estas actividades como se le estimula al adulto mayor a orientarse y ser consciente de su existencia y no de su proceso a solo esperar el final de su vida.

Así como lo marca Piaget en su teoría del desarrollo cognitivo, el desarrollo Cognitivo, es el proceso de adaptación que define a la Inteligencia. Para después terminar proponiendo que en el último estadio, el ser humano ya es capaz de razonar y comprender e interpretar lo abstracto, dando así una capacidad de superarse de manera independiente y viendo por su supervivencia de manera lógica y moral. Aunque más tarde sea (Martín, A., 2000., pp. 127-157) con su publicación “Más allá de Piaget: Cognición adulta y educación”, quien añade en una crítica a la teoría de

Piaget que el desarrollo cognitivo es un proceso que cambia continuamente, que implica una interacción de la persona y el contexto, además de ser un proceso determinado por las características de multidireccionalidad y multiplicidad.

El programa ECP contempla dentro de sus actividades todos estos aportes que se han tomado como parteaguas para la atención de los adultos mayores.

Al decir Martín (1994), que otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, tomando parte de forma activa y comprometida. (Martín, 1994, p. 7) Acentúa la atinada decisión de que el programa ECP sea de manera individual o grupal, permitiendo la interacción social, el compromiso y la dedicación que dejarán como un beneficio adicional la satisfacción de logro y reconocimiento de sus capacidades, tan necesarias para todo ser humano.

Y al citar las palabras de Velandia (1994), en las que expresa que la calidad de vida será el resultado de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana como lo son: vivienda, vestido, alimentación, educación y denotar la parte de la educación y las libertades humanas en las que el adulto mayor que voluntariamente participa en las actividades del presente programa se ve envuelto y beneficiado al aprender, reaprender y desaprender durante el proceso de estimulación.

Dentro de la literatura expuesta y de la estructura propia del presente, podemos encontrar diferentes conceptos al hablar de los beneficios que trae el estimular al adulto mayor con o sin deterioro cognitivo, pero aun así, a pesar de la expresión gramatical dentro de los escritos, podremos observar que todos ellos giran alrededor de las bases principales de este programa, la salud física, mental y social. Estimulando

la cognición, el manejo de las emociones, la motricidad, la participación, las actitudes, socialización y la disposición, es como se logra llegar al éxito de los objetivos de cada actividad propuesta en el programa.

Pudiéramos traducir la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores principalmente en:

- Mejora de las capacidades sensoriales.
- Relajación y disminución del estrés.
- Mejora del ambiente, comunicación y relaciones personales:
- Mejora en la cognición.
- Mejora el estado de ánimo.
- Manejo de las emociones.

En síntesis pudiéramos decir, que el programa ECP se sustenta en teorías y corrientes que ya han sido validadas años atrás, demostrando los beneficios de su estudio y aplicación de las propuestas terapéuticas que de ellas han surgido.

Lo que diferencia a la presente propuesta terapéutica de lo ya existente, es su estructura y conformación multidisciplinaria y holística que permite tener la posibilidad de que en un solo programa de estimulación se fomenten mejoras en la calidad de vida, en sus capacidades funcionales y ralentizando el deterioro de sus capacidades menos funcionales.

Ofreciendo de esta manera principalmente los siguientes beneficios:

- La oportunidad de potencializar sus capacidades funcionales y ralentizar el

deterioro de las menos funcionales en un solo programa.

- El fácil acceso por ser una intervención multidisciplinaria, que se traduce en un bajo costo económico.
- Evita la sobrecarga de los cuidadores, acompañantes o familiares que los llevan a las sesiones, ya que en vez de ir a la escuela de artes, al GYM, al centro de terapias ocupacionales y otros lugares, solo lo harán en un solo lugar, pero trabajando todas las demás áreas sin arriesgarse en los traslados.
- Socialización con otra persona ajena a su familia, con la intención de vivir un envejecimiento exitoso y no de ir solo a un lugar a “entretenerse”.
- Evitar el deterioro cognitivo, o bien, ralentizar su avance o aparición. Y con ello evitar el envejecimiento patológico.

Por último, la validez y eficacia del presente programa de estimulación se hizo por medio de la aplicación del test del reloj de Thalman, mini mental de Folstein, MoCA, escala de Goldberg y un Cuestionario de observación-Funciones cognitivas realizado con base en los aspectos que se buscaron obtener. Así como por el registro de la observación del terapeuta por medio de una bitácora de observación.

CAPITULO V. CONCLUSIONES.

Para concluir, se presenta una reflexión acerca del trabajo previamente realizado. Constituyendo así, la última parte del contenido de esta tesis y representa el discurso de cierre de esta.

Se detallará de manera minucioso, tratando de para dejar claros los resultados obtenidos en el trabajo, el procedimiento seguido para su desarrollo, el cumplimiento de los objetivos y en general, para que así el lector tenga en claro las características generales de la investigación realizada. Considerando el objetivo general y los objetivos específicos, demostrando que si se cumplió con los mismos.

5.1. Hallazgos.

Como hallazgos, se presenta el producto de la investigación, permitiendo conocer lo más novedoso acerca de la investigación.

Al analizar la población de la cual se extrae la muestra, podemos encontrar que fue acertada la elección ya que gracias a ello se pudo encontrar una muestra estable, con características semejantes en torno a su deterioro cognitivo. El tratamiento de estimulación continua personalizada se llevó con éxito en las tres voluntarias y de manera constante ya que las tres aceptaron llevar la terapia así como sus familiares responsables y cuidadores.

De esta manera, se pudo responder la pregunta de investigación, de manera afirmativa. Ya que las técnicas, habilidades y actividades, el programa de estimulación continua personalizada sí fomenta mejoras en la calidad de vida del adulto mayor con

deterioro cognitivo. Reflejadas en las funciones cognitivas, el grado de ansiedad y depresión, además de su capacidad de socialización y en su conducta.

Las técnicas utilizadas se basaron en las terapias no farmacológicas o terapias dinámicas, las cuales se utilizaron como estimulación a través de la música, el arte, la literatura, los colores, sabores, olores y texturas. Obteniendo de ellas lo necesario para formular e implementar estrategias de acuerdo a las necesidades de cada una de las voluntarias.

Para explicar los métodos y pasos que se siguieron, se presenta la siguiente información, detallando algunas de las actividades que formaron parte del programa ECP.

Sentido del oído

Se estimuló a través de la música y los sonidos. Creando así un ambiente de deleite, confort y de convivencia. A la vez que con el canto se trabaja en la memoria, coordinación y el lenguaje, con la ejecución de algún instrumento se trabajan los mismos rasgos más la sensibilidad y motricidad fina.

La escucha de varios sonidos cotidianos para tratar de reconocerlos, así como la escucha pasiva de música ya estudiada para fomentar la sinapsis y estimulación del mayor número de áreas del cerebro. La música también acompaña actividades de destreza y estimulación motriz (Gimnasia cerebral), para bajar niveles de estrés y fomentar en la paciente una cooperación más adecuada. (Disposición)

Sentido de la vista

Se estimuló a través de los colores y formas. Creando así un ambiente lúdico y de interacción con el paciente y de convivencia. A la vez que con los colores se trabaja la memoria, coordinación, atención y el lenguaje escrito y el no verbal, con la utilización de instrumentos (fichas, dados, gatos, láminas, ligas, botellas) se trabajan los mismos rasgos más la sensibilidad y motricidad fina.

La competición se utiliza para fomentar la sinapsis y estimulación de la parte lógica matemática. (Gimnasia cerebral). Esto estimula a su vez la sensación de independencia que debe ir formando la paciente cada vez más.

Por ser este sentido uno de los más facilitadores de estimulación variada, se estimula también a través de algunos videos que fomenten la repetición razonada de movimientos finos y gruesos, basados en imitación con un guía.

Sentido del tacto

Se estimuló a través de formas y texturas., propiciando un momento de cuidado de la salud, ya que a través de estas actividades la paciente estimula su capacidad de manipular objetos pequeños y grandes, además de lograr un entrenamiento que le permita diferenciar y reaccionar a las diferentes temperaturas y texturas del entorno.

También se tiene el contacto físico con la paciente, lo cual permite su adaptación a la interacción social y a la convivencia. Es en esta área donde se estimula con más focalización a través de la danza y ejercicios de estiramiento y equilibrio, con la finalidad principal de que no se presenten problemas en actividades tan fundamentales como caminar, agacharse, tomar algo con las manos, subir o bajar escaleras, etc.

Por ser este sentido uno de los más relacionados con los otros, también abarca los trabajos manuales como recortar, dibujar, pintar, moldear, picar, etc. Lo cual permite estimular no solo la creatividad e iniciativa de la paciente sino también su expresión, su sentir y su comunicación a través del arte.

Sentido del gusto

Aunque se canalizó a la paciente al área de nutrición para apoyarle en una atención más completa, aun así dentro de la terapia se estimuló a través de diálogos en los cuales se le pide o invita a la paciente a recordar sus sabores favoritos, comidas, frutas, etc., así como relacionarlas con ciertas actividades.

De esta actividad, la paciente pudo tener la oportunidad de traer al presente el pasado, por medio de recuerdos, además de anticipar el pensamiento en futuro, por medio de los sabores que experimentó durante las dinámicas llevadas a cabo.

Sentido del olfato

Se trabajó con esencias y olores conocidos para tratar de que el paciente recuerde colores, formas y texturas sin tenerlas presentes. La mayoría de las veces se estimuló de manera más constante platicando con la paciente sobre los olores que ella reconoce, recuerda o extraña, por ejemplo, el olor de su padre, madre, hijos, infancia, comida favorita, playa, etc..

También se le ofrecieron olores y aromas nuevos, con la intención de ampliar su experiencia sensorial olfativa, que a su vez se convierte en todo un proceso cognitivo de elección, asimilación, asociación y comparación.

Fase 1

Al comenzar el tratamiento se elige comenzar con la estimulación a través de la música, en la que en general, se mostraron muy positivas y participativas pero presenta con dificultad para llevar a cabo la mayoría de las actividades.

Actividad: Vocalización

Es una actividad que consiste en realizar ejercicios previos al canto (Como un calentamiento físico), conlleva la respiración, gesticulación, posturas y el uso del diafragma. Se llevó a cabo con el objetivo de que las pacientes sean estimuladas a través de ejercicios de respiración, de pronunciación, ejercicios de los órganos articulatorios, contemplación de su voz, ejercicios posturales, ejercicios para la educación del oído, ejercicios para el rendimiento y la conservación de su voz.

Las áreas de estimulación fueron, en primera instancia, los ejercicios de respiración utilizando pulmones y diafragma ayudan a estimular de manera especial y directa los órganos internos, reducir el estrés, oxigenar la sangre y liberar reacciones de bienestar.

Los ejercicios de pronunciación ayudaron a evitar problemas fonéticos. Aunado a esto están los ejercicios para fomentar la agilidad con la que los músculos articulatorios deben de trabajar. La contemplación de la voz es una de las actividades que motivaron al paciente a esforzarse para cantar mejor, además que descubren sus capacidades ayudando así a su autoestima.

Fomentar los hábitos posturales, ayuda en el área de lo físico y lo emocional, ya que con una buena postura las pacientes obtendrán beneficios como no estar

contracturada, tener más concentración y producir la sensación de seguridad por medio del equilibrio.

Los ejercicios para la educación del oído, ayudaron directamente a la memoria y atención, ya que se necesitan estos factores para poder imitar, improvisar y repetir frases musicales dentro de una vocalización. Y por último podemos asumir que todos los ejercicios se convierten en ejercicios para el rendimiento y la conservación de su voz, importante en esta terapia para fomentar el bienestar en las pacientes, ayudándoles a no tener problemas de fonación y locución.

Dificultades: En esta primera fase, las pacientes están muy motivadas y participativas pero presentan dificultad para repetir los ejemplos de vocalización. Se puede apreciar confusión con la combinación de silabas en los ejercicios.

Logros: Al finalizar esta primera fase, las pacientes lograron repetir todos los ejercicios de vocalización y algunos de respiración. Se escucharon un poco más definidas las frases que en un principio se dificultaban significativamente.

Actividad: Canto nuevo

Esta actividad consiste en aprender cantos y canciones nuevas, no conocidas por las pacientes, con una dificultad leve y que en especial tengan una historia. Con el objetivo de que las pacientes se estimulen a través de tratar de aprender canciones nuevas llevándolas a sentir una sensación de logro y la satisfacción de hacerlo cada vez mejor.

En las áreas de estimulación, se estimuló la memoria, la atención y su capacidad de razonamiento inmediato y deducción. Ya que después del canto se platica acerca de lo que quiere decir la letra y lo que le hace sentir a cada paciente dicha historia.

Dificultades: En esta primera fase no se logra que se aprendan ni una sola canción completa. Mientras que la interpretación se observa ausente ya que se les dificulta expresar verbalmente de lo que se tratan las canciones.

Logros: Al finalizar esta fase, se puede observar que con ayuda pueden completar las frases de las canciones y en ocasiones completar con la siguiente palabra sin decírsela. Aunque verbalmente aun no pueden expresar lo que dicen las canciones, en su lenguaje corporal y expresiones emocionales se expresan emocionadas, enternecidas o sorprendidas por las letras.

Actividad: Canto Conocido

Esta actividad consiste en recordar cantos y canciones que ya sabía, con una temática sentimental, tratando de relacionarlas con lo familiar o vivencias pasadas. Con el objetivo de que las pacientes se estimulen a través de tratar recordar canciones conocidas con anterioridad, llevándolas a sentir una sensación de logro y la satisfacción de hacerlo cada vez mejor, así como despertando recuerdos del pasado.

Dentro de las áreas de estimulación, encontramos que se estimuló la memoria, la atención y su capacidad de asociación inmediata y deducción. Ya que después del canto se platica acerca de lo que les recuerda, ¿quién se las enseñó?, ¿a quién les recuerda?, ¿a quién se la cantarían?, etc..

Dificultades: En esta primera fase no se logra que puedan asociar ni una sola canción con sus vivencias. No recuerdan bien las letras o las reburujan.

Logros: Se puede observar que con ayuda puede cantar las canciones correctamente. Y en ocasiones completan con la siguiente frase sin decírsela. Aunque verbalmente

no han podido asociar vivencias con las canciones, en su lenguaje corporal y expresiones emocionales se expresan emocionadas, enternecidas o conmovidas por las letras.

Actividad: Juego “Si te la sabes cántala”

Esta actividad tiene la forma de un juego que se trata de escuchar la melodía de una canción o canto ejecutada solo por el teclado o algún otro instrumento (Pudiera ser una pista o karaoke) y las pacientes trataran de cantarla haciendo uso de sus recuerdos, de su capacidad de razonamiento y sus habilidades verbales.

Buscando como objetivo, que las pacientes estimulen su memoria y su capacidad de expresión verbal, a través de canciones y cantos que sean muy conocidos y que ellas recuerden.

En las áreas de estimulación, además de estimular su memoria de largo plazo, se busca estimular la memoria de corto plazo al preguntarles acerca de lo que acaba de cantar, relacionando el pasado y el presente. Expresar su sentir con dichas canciones y cantos ayudara a estimular su parte afectiva al igual que su lenguaje. Y también se busca experimente poco a poco la satisfacción de logro, su capacidad de independencia y creatividad.

Dificultades: Se encuentran pocas dificultades para aceptar la actividad, pero una dificultad de moderada a severa para recordar las palabras y el orden de las letras. Requieren de mucha ayuda para poder expresar lo que sienten con la canción y para contar de qué se trata lo que acaban de cantar,

Logros: Al finalizar esta fase se ha mejorado en la actividad proporcionando ayuda al cantar junto con las pacientes y callando en palabras o frases completas para estimular a las pacientes a que cada vez sean más independientes. Cada vez son más sensibles ante las canciones y muestran gusto por la actividad.

Actividad: Ejercicio “Tocando el piano”

La presente dinámica consiste en ir tocando notas al azar, para estimular la capacidad de logro, razonamiento de ejecución y consecuencia, estimulación auditiva y además de entrenamiento de coordinación y discriminación de sonidos y colores.

Con el objetivo, de que a través de la ejecución de los sonidos proporcionados por el teclado musical en su modalidad de piano, las pacientes entrenen su capacidad auditiva enfocada a la discriminación de sonidos, colores y coordinación de su motricidad fina.

En las áreas de estimulación se encuentran, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación auditiva y relación con los términos (sonidos y nombres), razonamiento lógico (contar teclas, dedos, secuencias y descifrar la continuidad de los sonidos).

Dificultades: Dos de ellas presentan en un principio resistencia para elaborar la actividad, aun después de repetirle una y otra vez las instrucciones y ponerle los ejemplos casi en el momento. La otra paciente casi presenta dificultad para hacerlo pero no opone resistencia.

Logros: Al término de la fase todas pudieron realizar la ejecución de un par de sonidos con sus dedos contando y no poniendo atención en los sonidos.

Fase 2

Al continuar el tratamiento por segunda fase, se elige continuar con la estimulación a través de la música, en la que se muestran muy positivas y participativas pero aun presentan gran dificultad para llevar a cabo la mayoría de las actividades.

Actividad: Vocalización

Dificultades: En esta segunda fase las pacientes continúan muy motivadas y participativas pero aun presentan dificultad para repetir los ejemplos de vocalización. Se puede apreciar menos confusión con la combinación de silabas en los ejercicios.

Logros: Al terminar esta segunda fase, las pacientes logran repetir con menos dificultad todos los ejercicios de vocalización y algunos de respiración. Se escuchan más definidas las frases que en un principio se dificultaban significativamente.

Actividad: Canto nuevo

Dificultades: En esta segunda fase no se logra que se aprendan las canciones completas. Mientras que la interpretación se observa con algo de dificultad necesitando ayuda para decir de lo que se tratan las canciones.

Logros: al terminar esta fase, se puede observar que con ayuda pueden completar las canciones y en ocasiones completan solo con la siguiente palabra sin decírsela.

Verbalmente ya son capaces de expresar con ayuda lo que dicen las canciones y en su lenguaje corporal y expresiones se expresan emocionadas, enternecidas o sorprendidas por las letras.

Actividad: Canto Conocido

Dificultades: En esta segunda fase no se logra que puedan asociar varias cosas con alguna canción o con sus vivencias. Recuerdan mejor las letras pero aun las reburujan, aunque las reconocen.

Logros: Al finalizar esta fase, se puede observar que con ayuda pueden cantar las canciones correctamente. Y en ocasiones completan con la siguiente frase sin decírsela.

Aunque verbalmente no han sido capaces de asociar vivencias con las canciones, en su lenguaje corporal y expresiones se expresan emocionadas, enternecidas o conmovidas por las letras. Reconocen la canción y tararean la melodía cuando se les olvida la letra.

Actividad: Juego “Si te la sabes cántala”

Dificultades: Aun se encuentra una dificultad moderada para recordar las palabras y el orden de las letras. Requieren de algo de ayuda para poder expresar lo que sienten con la canción y para contar de qué se trata lo que acaban de cantar,

Logros: Al finalizar esta fase, se ha mejorado en la actividad proporcionando ayuda al cantar junto con las pacientes y callando en frases completas para estimular a las pacientes a que cada vez sean más independientes. Cada vez son más sensibles ante las canciones y muestran gusto por la actividad. Ha sido de gran ayuda la participación de las familias en las actividades.

Actividad: Ejercicio “Tocando el piano”

Dificultades: Las dos pacientes mencionadas, presentan menos resistencia para elaborar la actividad, sin necesidad de repetirles las instrucciones varias veces. Pero aun las tres pacientes presentan dificultad para realizarla.

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la ejecución de escala de sonidos con sus dedos poniendo atención en los sonidos. El tercer paciente logró tocar una pequeña pieza de 7 notas.

Actividad: Ejercicio “Acomodando fichas en el gato”

La presente dinámica consiste en ir acomodando fichas en los espacios de un gato dibujado en una hoja de máquina, para estimular la capacidad de logro, razonamiento de ejecución y consecuencia, estimulación motriz y visual y además de entrenamiento de coordinación y discriminación de espacios y colores.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio comiencen a interactuar resolviendo tareas como llenar espacios y seleccionar colores, las pacientes entrenen su capacidades visual y kinestésica, enfocadas a la discriminación de espacios, colores y coordinación de su motricidad fina.

Las áreas de estimulación son, memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación visual y relación con los términos (espacio y color), razonamiento lógico (contar el número de fichas, secuencias y descifrar la continuidad de orden).

Dificultades: Solo una de ellas (paciente con Alzheimer), presenta un poco de resistencia para elaborar la actividad, repitiendo frases sin sentido.

Logros: Al finalizar esta fase, todas pudieron realizar la ejecución del acomodo de fichas con sus dedos, pero la paciente que presento dificultades no logró poner atención en los colores.

Actividad: Ejercicio “Acomodando ligas de colores”

La presente dinámica consiste en ir acomodando ligas en una botella de plástico, para estimular la motricidad fina, razonamiento de ejecución y consecuencia, estimulación motriz y visual y además de entrenamiento de coordinación y discriminación de espacios y colores.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio comiencen a interactuar resolviendo tareas como estirar ligas para poder ponerlas alrededor de la botella y seleccionar colores, para que así las pacientes entrenen su capacidad visual y kinestésica enfocada a la discriminación de espacios, colores y coordinación de su motricidad fina.

Las áreas de estimulación son, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación visual y relación con los términos (espacio y color), razonamiento lógico (contar el número de ligas, secuencias y descifrar la continuidad de orden).

Dificultades: Solo la paciente con Alzheimer presenta muy poca dificultad para elaborar la actividad, repite poco las frases involuntarias y se le dificulta mucho distinguir y elegir los colores.

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la ejecución del acomodo de ligas con sus manos poniendo poca atención en los colores por parte de la paciente con Alzheimer. Las otras dos no presentaron dificultad para realizarla.

Actividad: “Baile”

La presente dinámica consiste en bailar diferentes ritmos, para estimular la capacidad de lograr coordinación, razonamiento de ejecución y consecuencia, estimulación motriz y visual.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del baile, las pacientes entrenen su capacidad visual y kinestésica enfocada a la coordinación de su motricidad gruesa.

Las áreas de estimulación son, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación visual y relación con los términos (espacio y movimiento), razonamiento lógico (contar el número de pasos hasta lograr una secuencia dancística).

Dificultades: solo la paciente con Alzheimer presenta muy poca dificultad para elaborar la actividad, al manejar lateralidad (izquierda y derecha) y cambio de pasos (Secuencia).

Logros: Al finalizar esta fase, la paciente mencionada pudo realizar la ejecución del baile y expresa mucho agrado por la actividad.

Las otras dos pacientes no mostraron dificultad para realizar la actividad.

Actividad: Vocalización

La presente dinámica consiste en ir repitiendo secuencias de sonidos con frases, sílabas o letras, tratando de estar afinados, teniendo cuadratura y divirtiéndose a la misma vez.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio estimulen su capacidad verbal, su aparato fonador y aprendan nuevas actividades dentro de su rutina diaria.

Las áreas de estimulación son, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación auditiva y relación con los términos (sonido y silencio), razonamiento lógico (aprenderse el patrón rítmico y anticiparlo).

Dificultades: En esta fase las pacientes presentan muy poca dificultad para repetir los ejemplos de vocalización.

Se puede apreciar poca confusión con la combinación de sílabas en los ejercicios.

Logros: En la fase las pacientes lograron repetir con menos dificultad todos los ejercicios de vocalización y de respiración.

Se escuchan más definidas las frases que en un principio se dificultaban significativamente.

Actividad: Canto nuevo

La presente dinámica consiste en ir repitiendo canciones, cantos y composiciones musicales, sílabas o letras, tratando de estar afinados, teniendo cuadratura y divirtiéndose a la misma vez.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio estimulen su capacidad verbal, su aparato fonador y aprendan nuevas actividades dentro de su rutina diaria.

Las áreas de estimulación son, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones, aprendiéndose las letras), discriminación auditiva y relación con los términos (sonido y silencio), razonamiento lógico (aprenderse el patrón rítmico y anticiparlo).

Dificultades: En esta fase no se logra que se aprendan todas las canciones completas. Mientras que en la interpretación se observa muy poca dificultad necesitando ayuda para expresar de lo que se tratan las canciones y lo que producen en ellas.

Logros: Al finalizar esta fase, se puede observar que necesita menos ayuda para completar las. Verbalmente ya son capaces de acuerdo a sus capacidades, de expresar con ayuda lo que dicen las canciones y en su lenguaje corporal y expresiones se expresan motivadas, emocionadas, enternecidas o sorprendidas por las letras.

Actividad: Canto Conocido

La presente dinámica consiste en ir cantando canciones, cantos y composiciones musicales, sílabas o letras, tratando de estar afinados, teniendo cuadratura y divirtiéndose a la misma vez.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio estimulen su capacidad verbal, su aparato fonador y estimulen recuerdos de lo aprendido dentro y fuera de las actividades del programa.

Las áreas de estimulación son, la memoria de mediano y largo plazo (tratando de recordar las letras, los lugares en que se escuchó y las personas asociadas a estos

recuerdos), discriminación auditiva y relación con los términos (sonido y silencio), razonamiento lógico (aprenderse el patrón rítmico, seguir las letras en el karaoke y anticipar la intervención en el canto).

Dificultades: En esta fase aun las confunden la secuencia de las canciones.

Logros: Se puede observar que con ayuda pueden cantar las canciones correctamente.

Completan con la siguiente frase sin decírsela.

Aunque la paciente con Alzheimer verbalmente no es capaz de asociar vivencias con las canciones, en su lenguaje corporal y expresiones emocionales se expresa motivada, emocionada, enternecida o conmovida por las letras. Como las otras dos pacientes.

Actividad: Juego “Si te la sabes cántala”

La presente dinámica consiste en ir adivinando canciones, cantos y composiciones musicales, sílabas o letras, tratando de estar afinados, teniendo cuadratura y divirtiéndose a la misma vez.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio estimulen su capacidad verbal, su aparato fonador y estimulen recuerdos de lo aprendido dentro y fuera de las actividades del programa.

Las áreas de estimulación son, la memoria de mediano y largo plazo (tratando de recordar las letras, los lugares en que se escuchó y las personas asociadas a estos recuerdos), discriminación auditiva y relación con los términos (sonido y silencio),

razonamiento lógico (aprenderse el patrón rítmico, seguir las letras en el karaoke y anticipar la intervención en el canto).

Dificultades: Aún se encuentra muy poco de dificultad para recordar las palabras y el orden de las letras. Requieren de algo de ayuda para poder expresar lo que sienten con la canción y para contar de qué se trata lo que acaba de cantar,

Logros: Al finalizar esta fase, se ha mejorado notablemente en la actividad proporcionando ayuda al cantar junto con las pacientes y callando en frases completas para estimular a las pacientes a que cada vez sean más independientes.

Cada vez son más sensibles ante las canciones y muestran gusto por la actividades. Ha sido de gran ayuda la participación de su familias en las actividades.

Actividad: Ejercicio “Tocando el piano”

Dificultades: La paciente con Alzheimer presenta muy poca resistencia para elaborar la actividad, repite ocasionalmente algunas veces de forma involuntaria, aun después de repetirle las instrucciones.

Logros: Al finalizar esta fase se pudo realizar la ejecución de la escala musical con sus dedos, poniendo especial atención en los sonidos.

Actividad: Ejercicio “Acomodando fichas en el gato”

Dificultades: La paciente con Alzheimer presenta muy poca resistencia para elaborar la actividad, repite ocasionalmente frases involuntarias, aun después de repetirle una y otra vez las instrucciones.

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la ejecución del acomodo de fichas con sus dedos poniendo atención en orden y acomodo, por parte de las tres pacientes.

Actividad: Ejercicio “Acomodando ligas de colores”

Dificultades: La paciente con Alzheimer aun no puede clasificar o distinguir los colores.

Logros: Al finalizar esta fase, las tres pacientes pudieron realizar la ejecución del acomodo de ligas en botellas y envases con sus manos poniendo atención en la cantidad. Pero solo dos de ellas pudieron hacerlo con selección de colores.

Actividad: “Baile”

Dificultades: Ya no presentan dificultad para elaborar la actividad, al manejar lateralidad (izquierda y derecha) y cambio de pasos (Secuencia).

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la ejecución del baile, logrando hacer giros por ellas mismas y expresando mucho agrado por la actividad.

Actividad: Ejercicio “Cambiar la bola de mano a mano”

La presente dinámica consiste en ir cambiando de mano (izquierda-derecha), una pelotita, para estimular la motricidad fina, razonamiento de ejecución y consecuencia, estimulación motriz y visual y además de entrenamiento de coordinación y discriminación de espacios y colores.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio comiencen a interactuar controlando sus movimientos voluntariamente, para que así las pacientes entrenen su capacidad visual y kinestésica enfocada a la discriminación y coordinación de su motricidad fina.

Las áreas de estimulación son, la memoria de corto plazo (siguiendo y repitiendo ejemplos e instrucciones), discriminación visual y relación con los términos (izquierda y derecha), razonamiento lógico (contar el número de ligas, secuencias y descifrar la continuidad de orden).

Dificultades: Solo la paciente con Alzheimer presenta muy poca dificultad para elaborar la actividad.

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la ejecución del ejercicio por parte de la paciente con Alzheimer. Las otras dos no presentaron dificultad para realizarla.

Actividad: Ejercicio “Adivinanzas sonoras-visuales”

La presente dinámica consiste en ir escuchando sonidos de animales y viendo sus siluetas, instrumentos, objetos, etc. y de ir tratando de adivinar a que corresponden dichos sonidos.

Con el objetivo de que a través de la ejecución del ejercicio comiencen a interactuar resolviendo tareas de anticipación, asociación y discriminación, para que así las pacientes entrenen su capacidad visual y kinestésica enfocada a la discriminación de formas, colores y recuerdos.

Las áreas de estimulación son, la memoria de largo plazo (tratando de recordar y asociar ejemplos e instrucciones), discriminación visual y relación con los términos (forma y color), razonamiento lógico (distinguir entre lo que ve y escucha).

Dificultades: Solo la paciente con Alzheimer presenta dificultad para realizar la actividad.

Logros: Al finalizar esta fase, se pudo realizar la con menos dificultad. Las otras dos no presentaron dificultad para realizarla.

Las estrategias no se limitaron a las voluntarias, sino que abarcaron la atención y la capacitación continua de los familiares y cuidadores, haciendo así que las actividades de la terapia fueran constantes y completas, sin limitarlas a las sesiones llevadas por el terapeuta.

Como cada una de las actividades fue diseñada de acuerdo a los gustos, capacidades y posibilidades de cada voluntaria y a la de sus familias o cuidadores, facilitó la correcta secuencia y desarrollo del programa de estimulación alimentando a la vez, el ambiente sano, la resiliencia y empatía.

Por ende, se logó estimar de forma estadística y observacional mejoras en la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo, mediante un programa de Estimulación Continua Personalizada: técnicas, estrategias y actividades. Plasmada en las tablas, gráficas y bitácoras antes expuestas.

De tal manera que a través del análisis estadístico de los resultados obtenidos queda evidenciado el impacto que este tipo de intervención logró sobre la muestra elegida.

Dentro de las tablas se plasmó el resultado de la observación, tanto del terapeuta, así como de los familiares o cuidadores de las pacientes voluntarias. Y por medio de los análisis de los estudios presentados como antecedentes, se pudo demostrar el porqué es tan importante y efectiva la implementación de programas de estimulación multidisciplinarios en la búsqueda de contribuir de manera efectiva en la calidad de vida del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Además que definiendo de manera clara las técnicas utilizadas, fue posible el implementar estrategias por parte del terapeuta y de los cuidadores, dando así una fuerte base para la correcta aplicación de cada una de las técnicas.

De forma estructurada y abierta a la improvisación y modificación del programa, las técnicas se aplicaron tomando en cuenta la evolución del paciente, ya que dependiendo del avance de su deterioro fue como se logró que verdaderamente todas ellas fueran adecuadas y verdaderamente significativas para estimular las áreas que se tomaron en cuenta.

Posteriormente por medio del análisis y comparación entre el antes y el después de la aplicación del programa de estimulación continua personalizada, se pudo estimar de manera más clara los beneficios generados por medio de este. Dando como resultado una hipótesis positiva, afirmando que la Estimulación Continua Personalizada: técnicas, estrategias y actividades, en verdad fomenta mejoras en la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo.

Expresadas en su mejora de las capacidades sensoriales, en donde se pudo observar que la sensibilización obtenida por medio de los estímulos sensoriales, permitía a cada una de las pacientes, no solo el disfrutar de un momento agradable y de socialización, sino que las llevaba a realizar análisis sobre sus capacidades que iban entrenando. Permitiendo de esta manera fomentar su sensación de logro, éxito y su capacidad de manejar la frustración ante las actividades que más se le dificultan. Llevando a la paciente por medio de sus sentidos, al pasado, al presente y al futuro posible. Alimentando de esta forma su capacidad de soñar, su esperanza y su actitud ante las

situaciones que le tocan enfrentar.

Por otra parte se refleja en su capacidad de relajarse y disminuir el nivel de estrés el cual es un síntoma durante el deterioro cognitivo. Por medio de técnicas de relajación, dinámicas y de la convivencia propia, las pacientes valoraron su capacidad para poder buscar y encontrar un estado de relajación que les permitiera disminuir el estrés ante la desorientación, la disminución en la memoria y la atención y en sus capacidades en general. La aceptación fue uno de los mayores beneficios de esta área de oportunidad trabajada en el programa de estimulación.

Y también se ve reflejado en el mejoramiento del ambiente familiar, ya que las técnicas y estrategias llevaron a los cuidadores a capacitarse entorno a las necesidades y características de cada una de las pacientes con respecto a su deterioro, formando en ellos un estado de aceptación y con el control necesario ante las circunstancias que se van presentando y las que se pueden ir presentando en un futuro.

A su vez, esto mejoró de manera muy significativa la comunicación con los demás, evitando así situaciones de incomodidad, frustración y desconcierto. Aprendieron a tener un dialogo, que se dio por medio de la comunicación asertiva, especialmente de los cuidadores, ya que a las pacientes muchas de las veces se les dificultaba hacerlo o en ocasiones, les fue imposible.

Destaca dentro de la expresión de las mejoras obtenidas, la estabilidad, mejoramiento o conservación de las funciones cognitivas o el ralentizar el deterioro de las mismas. Ya que en los tres casos estudiados, el deterioro, a pesar de tener diferentes causas de origen, se pudo evaluar su mejoría de manera estadística y observacional, aun y

en el caso de Alzheimer, el cual se manifestó como el más agresivo, por su pronta evolución y deterioro grave. Las pruebas realizadas para medir sus funciones cognitivas, tienen una diferencia estadísticamente significativas, sin embargo, en el caso de la paciente con Alzheimer, al no tener la capacidad para ser evaluada en los últimos años con las pruebas autoaplicables, fue de gran utilidad el cuestionario sobre funciones cognitivas diseñado exclusivamente para este estudio, el cual fue llenado por el cuidador y el terapeuta, dentro del cual se evaluaron aspectos de la cognición de acuerdo a la percepción de ellos, a pesar de las capacidades que la paciente ya no poseía.

Por último, también se ven reflejados los beneficios en un mejor estado de ánimo, tanto del paciente como del cuidador. Esto en gran parte se debió a que cada sesión fue orientada a ser un momento de convivencia y aprendizaje. Elogiando cada uno de los pequeños logros que se obtenían, así como las cualidades que poseen cada una de las pacientes y los cuidadores. Esto dio como consecuencia, que ellos aprendieran manejar sus emociones, aprendiendo a ser más tolerantes, empáticos y asertivos.

5.2. Recomendaciones.

Para dar a conocer las recomendaciones del presente estudio, se toma en cuenta que al haber realizado el estudio con 3 adultos mayores del sexo femenino, las cuales coinciden en edades, tratamiento y condiciones de salud similares.

Se encontró que a pesar de que las tres mujeres recibieron su terapia de estimulación de manera domiciliaria, semanal y adecuada a las necesidades de cada una de ellas y que existían diferencias entre sus preferencias, gustos, nivel de estudios, entre otros;

cada una de ellas presento peculiaridades en el desarrollo de su tratamiento, por lo que las recomendaciones se exponen de la siguiente forma:

Tabla 20. Recomendaciones por paciente

PACIENTE	RECOMENDACIONES
Caso #1	En el presente caso, se plasman algunas recomendaciones con respecto al correcto manejo y atención, ante el deterioro cognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer. (Dicho deterioro fue el que más se vio afectado en su violenta evolución) 1. Comunicación adecuada: En este caso se pudo establecer un tipo de comunicación asistida, en la cual se le ayudó a la paciente a comunicarse completando palabras y expresiones. Por lo que se recomienda seguir haciéndolo de esta manera. 2. Cuidar la postura: Se pudo observar que la paciente suele tomar posiciones corporales durante mucho tiempo, por lo que se recomienda ayudarse de juguetes para mantenerla en constante movimiento, además cambiarla periódicamente de postura. 3. Atención a lo emocional: Se recomienda que aunque la paciente parece desconectada de la realidad, se debe de tener cuidado con expresarle sus sentimientos, elogiarla y muestras

	de afecto. 4. Uso de música: Se recomienda utilizar la música para motivarla, relajarla y estimularla. Se pudo observar que es muy afecta a disfrutar la música y los sonidos, además de poder estimular su voz a través del canto. 5. Uso del juego: Por último, se recomienda utilizar el juego interactivo, de mesa, físicos, improvisados, etc. Con la finalidad de motivarla y contrarrestar la ansiedad, depresión y mejorar el entorno familiar.
Caso #2	En el este segundo caso, se plasman algunas recomendaciones con respecto al correcto manejo y atención, ante el deterioro cognitivo de origen cerebro-vascular. (Dicho deterioro se caracterizó principalmente por alta ansiedad) 1. Comunicación adecuada: En este caso se pudo establecer un tipo de comunicación asertiva y tolerante. Por lo que se recomienda seguir haciéndolo de esta manera, tomando en cuenta que la tolerancia evita las confrontaciones. 2. Evitar el sedentarismo: Se pudo observar que la paciente suele tener pequeños accidentes, por lo que se recomienda realizar ejercicios sencillos como caminar, hacer estiramientos y ejercicios de equilibrio diariamente.

	3. Atención a lo emocional: Se recomienda que aunque la paciente se enoja con facilidad y suele querer discutir, se debe de tener cuidado de permitirle expresarse, a la vez de ser tolerante ante las crisis que se presentan. 4. Uso de música: Se recomienda utilizar la música para motivarla, relajarla y estimularla. Se pudo observar que es muy afecta a disfrutar la música y los sonidos, además de poder estimular su voz a través del canto. 5. Uso del juego: Por último, se recomienda utilizar el juego interactivo, de mesa, físicos, improvisados, etc. Con la finalidad de motivarla y contrarrestar la ansiedad, depresión y mejorar el entorno familiar.
Caso #3	En este último caso, se plasman algunas recomendaciones con respecto al correcto manejo y atención, ante el deterioro cognitivo debido a cisticerco en el área cerebral. (Dicho deterioro fue el más leve, pero con acentuación en síntomas depresivos) 1. Comunicación adecuada: En este caso se pudo establecer un tipo de comunicación común, en la cual se pudo platicar de manera efectiva con ella. Por lo que se recomienda seguir haciéndolo de esta manera, tratando de establecer un dialogo asertivo de manera diaria y dando espacio a la actividad social.

	2. Evitar el sedentarismo: Se pudo observar que la paciente suele tener algunas caídas, por lo que se recomienda realizar ejercicios sencillos como caminar, hacer estiramientos y ejercicios de equilibrio diariamente. 3. Atención a lo emocional: Se recomienda que se ponga especial atención a la socialización, convivencia familiar y reconocimiento de sus logros. 4. Uso de música: Se recomienda utilizar la música para motivarla, relajarla y estimularla. Se pudo observar que es muy afecta a disfrutar la música y los sonidos, además de poder estimular su voz a través del canto. 5. Uso del juego: Por último, se recomienda utilizar el juego interactivo, de mesa, físicos, improvisados, etc. Con la finalidad de motivarla y contrarrestar la ansiedad, depresión y mejorar el entorno familiar.
--	--

Como recomendaciones generales, se sugiere que al reconocer que el envejecimiento poblacional constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual y que en nuestra vida diaria el desgaste de las capacidades del adulto mayor refleja en la sociedad discriminación, abandono y abusos; se realicen más estudios entorno a esta problemática.

Para acceder a este tipo de estudios, se debe tomar en cuenta que los límites económicos no deben de ser un obstáculo determinante para realizarlo.

Y de esta manera considerar que es una realidad, que “Todo lo que se ejercita se mejora; todo lo que no se ejercita, se pierde”. (Reinoso A., et al., 2008. pp. 3-4)

Por lo que se recomienda que estas propuestas sean de fácil acceso, claras y entendibles. Que no generen un gasto capaz de afectar la economía familiar y sin importar el género o condición socioeconómica.

5.3. Investigaciones futuras.

Dentro de este apartado reflexionaremos acerca de aquellos aspectos que resultaron ser potencialmente interesantes para retomar en futuras investigaciones, pretendiendo que se pueda llevar a una continuidad del trabajo.

Comprobado ha quedado, que los resultados que se obtuvieron, ofrecen una serie de factores que se podrán aplicar en otras poblaciones de adultos mayores con deterioro cognitivo, con la intención de obtener resultados semejantes a los del presente.

Además, de que se pretende que la Estimulación Continua Personalizada; técnicas, habilidades y actividades, sea una viable opción de estimulación de un gran número de áreas en torno a la calidad de vida del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Tomando en cuenta su practicidad, llevar a cabo en una sola intervención o programa, múltiples actividades, técnicas y estrategias, en vez de saturar su vida con una carga de terapias e intervenciones que desestabilicen la vida del paciente y la de sus familiares.

Es de suma importancia denotar que este programa de estimulación continua personalizada, se llevó a cabo por una persona totalmente capacitada para llevarla a cabo, ya que es quien la estructuro de principio a fin. Pero que dentro de las

características que necesita un investigador para poder realizar un estudio similar es contemplar la capacitación en las siguientes áreas:

- Psicólogo de profesión, ya que se da durante el programa una orientación y acompañamiento psicológico, además de utilizar técnicas propias de la psicología, por lo que es indispensable el dominio de esta disciplina.
- Tener estudios en terapias no farmacológica, puesto que la mayoría de las actividades de estimulación se basan en ellas, no de forma individual, sino complementarias, según la necesidad de estimulación.
- Conocimiento en artes, debido a que en la práctica se ha identificado, la gran inclinación que se tiene por la música, dibujo, pintura, manualidades, danza, teatro y la misma literatura.
- Estudios de psicogerontología o psicología de la vejez, siendo este, el más importante, ya que la población de adultos mayores requiere de un trato especial y por consiguiente, exige la preparación de quien va a tratar los problemas relacionados con la salud de dicha población.

5.4. Limitaciones.

Al analizar las limitaciones que se tuvieron durante el desarrollo del estudio, encontramos solamente aquellas que ya se habían anticipado, las cuales solamente se limitaron a aquellas relacionadas con la población seleccionada y lugar en el que se aplicó el proyecto, puesto que no se presentó una limitante determinante en la realización del estudio por parte del investigador con respecto a los permisos, la preparación, desarrollo de actividades, recursos y materiales necesarios.

Para ello se presentan los siguientes aspectos que dificultaron la realización del programa de estimulación, especialmente para las evaluaciones aplicadas:

- La edad: A pesar de que la principal limitante radicó en que la edad avanzada de los participantes podía presentar impedimento de no completar el tiempo del programa por condiciones incapacitantes o el deceso; esto solo ocasionó que las adecuaciones en las actividades fueran mayores, pero sin llegar a la privación de las mismas.
- Enfermedad: con respecto a esta segunda limitante, aun y cuando la enfermedad tiene el riesgo elevado de no permitir el cumplir con el tiempo del programa por condiciones incapacitantes o el deceso; se adecuo cada actividad de acuerdo a las posibilidades y capacidades de cada paciente. Quizá lo que se vio más afectado, fue el caso #1 la cual padece la enfermedad de Alzheimer, ya que solo se pudieron aplicar con éxito las primeras dos evaluaciones, mientras que las evaluaciones restantes se vieron alteradas e incompletas.

Aun así, se diseñó con anticipación un cuestionario sobre funciones cognitivas, para que fuera respondido por parte de sus cuidadores y del terapeuta, para así continuar con la personalización de las actividades del programa de estimulación.

5.5. Validez de la investigación.

Para establecer la veracidad de los resultados obtenidos se analizarán los pasos a seguir en las evaluaciones, así como en la aplicación de las actividades del programa de estimulación continua personalizada.

Se analizarán las problemáticas que se fueron presentando en el transcurso del mismo y su correcta solución, considerando cada caso como una situación particular.

Comenzaremos con el análisis de la aplicación de las herramientas o instrumentos de evaluación.

Instrumento	Condiciones y forma de aplicación
Test del reloj	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. También se pidió que estuviera presente un familiar como observador. Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)
Test Mini mental	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, el mismo día de la aplicación del test del reloj, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. También se pidió que estuviera presente un familiar como observador.

	Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)
Test MoCA	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, un día diferente al de la aplicación de los anteriores, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. También se pidió que estuviera presente un familiar como observador. Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)
Escala de Goldberg	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, el mismo día en el que se aplicó la prueba MoCA, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. También se pidió que estuviera presente un familiar como observador. Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después

	de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)
Cuestionario - funciones cognitivas (llenada por el cuidador)	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, un día acordado con anterioridad, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. Se pidió que él cuidador, contestará los campos solicitados, explicándole varias veces el significado de los mismos y aclarando cualquier duda sobre el llenado de este. Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)
Cuestionario - funciones cognitivas (llenada por el terapeuta)	La aplicación de esta prueba se realizó bien planeada, un día elegido por el terapeuta, fuera del domicilio del paciente, en una parte de la casa con luz y con una mesa despejada. Solo se utilizó el material indicado en el manual, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Su primera aplicación fue antes del desarrollo del programa de estimulación y posteriormente, después de cada fase del tratamiento. (Cada fase duro aproximadamente un año de tratamiento)

Por otra parte, durante las actividades de estimulación se pidió que algún familiar estuviera presente, con la intención de que se fueran capacitando para realizar las

actividades de manera constante los días que no fuera el terapeuta. También se pretende que a través de la socialización e interacción con más familiares, la paciente se sienta motivada y acompañada durante el proceso.

La utilización de juguetes, instrumentos musicales, dispositivos de reproducción de audio y video, así como las fotografías, esencias, sabores, juegos de mesa y otros, fueron una parte muy importante para que las actividades tuvieran un impacto real en las pacientes.

5.6. Conclusión general y reflexiones personales.

Para concluir el presente estudio, se destaca la valiosa participación de los cuidadores y familiares de las pacientes. Ya que estuvieron apoyando de manera incondicional a dicho proyecto, haciendo más ágil el traslado de las mismas, al área en que se realizaron las actividades del programa de estimulación continua personalizada.

Al obtener los resultados del estudio, se puede corroborar y observar de una manera más clara, los beneficios que el programa ECP puede ofrecer a los adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo, al tener la oportunidad de participar en él.

Del mismo modo, las experiencias, sentimientos, emociones, la sana convivencia y la comunicación entre las participantes y sus cuidadores o familiares, se pudieron valorar de manera positiva, obteniendo comentarios de agrado de parte de todos ellos.

Principalmente se espera que este estudio sirva de referencia y ejemplo, para poder ofrecer de manera no farmacológica, una manera eficaz de fomentar la calidad de vida del paciente geriátrico y a la vez formará parte de su vida cotidiana, permitiendo que

se establezcan y se adquieran nuevos y saludables hábitos, formando una rutina de vida saludable y positiva.

Y por último, los artículos y estudios abordados en los antecedentes y en el cuerpo del mismo, ayudan a tener referencias solidas de lo positivo de implementar programas de estimulación, además de comprobar la fiabilidad y validez de las herramientas utilizadas.

Sumando a ello, las actividades apoyadas en programas de uso clínico desde ya hace varios años, con resultados positivos y benéficos. Se sustenta cada uno de los elementos que forman parte de este estudio, apoyándolo con una bibliografía completa y específica.

Como una base fuerte para este estudio, se tomó como referencia el estudio, “Desarrollo de un programa de estimulación sensorial para adultos mayores”, por ser el que más se asemeja al presente.

Debido a que se fundamentan en el envejecimiento, considerándolo como un proceso gradual, dado por cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos inherentes a la edad, aceptando que las funciones cognitivas se deterioran al dejar de recibir estímulos constantes y disminuyen gradualmente la percepción de las funciones sensoriales. (Hernández, et al., 2020, pp. 43)

Así podemos ver que todos los estímulos sensoriales modifican a través de experiencias a nuestra cognición. También al haberse aplicado en una población semejante y dentro de la misma ciudad, se pueden rescatar ciertas recomendaciones que ayudaron a que el presente estudio haya tenido éxito. Pero dentro del programa

de estimulación continua personalizada se contempla además de la cognición, aspectos como las funciones físicas, así como el control y manejo de las emociones.

Obteniendo resultados verdaderos que impactaron positivamente en la salud de las pacientes y de sus familiares o cuidadores. Y por consiguiente, favorecer la mejora en la calidad de vida en las pacientes con deterioro cognitivo.

Al final se anexan las herramientas utilizadas y algunos formatos necesarios para la obtención de información requerida para el mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acevedo, P., Fabrizio, Delgado Derio, Carolina y Farías, Gonzalo. (2021). Estrategias no farmacológicas en personas con demencia avanzada: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 368-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400368>

ADIPA, México. (11 de julio de 2022). ¿Qué evalúa el Test Cognitivo de Montreal MoCA?. [Blog], <https://adipa.mx/noticias/que-evalua-el-test-cognitivo-de-montreal-moca/>

Agulló Tomás, M. S. (2001). Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación. Una aproximación psicosociológica. Grafo, S.A., https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/30729/mayores_agullo_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alarcón O., T. (2019). Neurodesarrollo en los primeros 1.000 días de vida. Rol de los pediatras. *Revista chilena de pediatría*, 90(1), 11-16. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i1.1035>

Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1) Recuperado en 28 de junio de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es.

Alves Apóstolo, J. L., Batista Cardoso, D Filipa, Paúl, C., Alves Rodrigues M. y Macedo, M. S. (2016). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el

ámbito comunitario. Revista de Enfermería Clínica, 26 (2), 111-120. DOI: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008

American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Aquino, F. y Sánchez de Bustamante, I. (1999). Algunas reflexiones acerca del juego y la creatividad desde el punto de vista constructivista. Tiempo de Educar. Revista médica de Chile, 1(2), 131-153. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000200015>

Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S. y González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Revista clínica de medicina de familia, 7(1), 14-22. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>

Arango, M., Infante, E. y López M. (2000) Estimulación Temprana, 7° edición. Colombia.

Awad, A., Voruganti, L. y Heselgrave, R. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual Life Res, (6), 21-6.

Bermejo Ferrer, Elvira, López Arística, María Aleyda, Santana Isaac, José, Macías Lima, Asnaldo, Rodríguez Oropesa, Yanet y González Toledo, Eduardo. (2021). La estimulación física, funcional y cognitiva en adultos mayores, a partir de la actividad lúdica. Conrado, 17(81), 120-128. Epub 02 de agosto de 2021. Recuperado en 30 de junio de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000400120&lng=es&tlng=es.

Bitbrain. (27 de septiembre, 2018). Qué es la estimulación cognitiva y para qué sirve. [Blog]. Salud y bienestar. <https://www.bitbrain.com/es/blog/que-es-estimulacion-cognitiva>

Bowling, A. (1991). Medición de la salud: una revisión de las escalas de medición de la calidad de vida. Buckingham: Prensa de la Universidad Abierta. ISBN : 0335197558

Burke C. (2001). Testing an Asthma quality of life model. Journal of theory construction & testing, (5), 38-44.

Calatayud, E., Gómez Cabello, A. y Gómez Soria, I. (2021). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal: ensayo clínico aleatorizado. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 44(3), 361-372. Epub 30 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0961>

Cebreros, D., Mortis, S., Del Hierro, E. y Muñoz, J. (2020). Eficacia de un programa de estimulación cognitiva que utiliza tecnología en la autoestima, la autoeficacia y la autonomía de los adultos mayores. Revista Latinoamericana de Psicología, (52), 1-17. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.5>

Clemente, A. (1996). El legado de Jean Piaget (1896-1996). En anuario de psicología, (6), 213-20.

Conde, A. M. y Pieschacon, C. (20 de diciembre de 2019). ¿Cómo podemos integrar los sentidos al desarrollo del pensamiento, comprensión y aprendizaje de los estudiantes?. Edu1st. <https://edu1stvess.com/es/como-podemos-integrar-nuestros-sentidos-desarrollo-aprendizaje-comprension-pensamiento-estudiantes/#:~:text=Los%20sentidos%20son%20instrumentos%20que,sin%C3%A1>

pticas%2C%20luego%20derivadas%20en%20aprendizaje.

Craik, F. (1977). Ages differences in human memory. En Birren, E. y Schaie, W.(eds.). (1977): Handbook of psychology of aging. Van Nostrand Reinhold. N. York.

Dabove, M., Fernández, M. y Nawojczyk, E. (15 de 06 de 2015). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Recuperado el 21 de Abril de 2021, de Organización de los Estados Americanos (OEA), 1-13. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26473#>

Dahlhaus, C. y Heinrich, H. (2012). Was ist Musik?. El Acantilado, (1ª Edición). ISBN: 978-84-15277-57-6.

Dallas, M. (27 diciembre de 2021). 3 factores que disminuyen el riesgo de sufrir deterioro cognitivo. BBC NEWS MUNDO, The Conversation. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59653422>

Denis Echezarreta, R., Espinosa Nodarse, N., Montenegro Ojeda, Y. y Montes de Oca, L. S. (2020). Exclusión social del adulto mayor. Problemática mundial. Invest Medicoquir, 12(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96018#:~:text=Las%20condiciones%20de%20vida%20para,las%20bases%20de%20su%20discriminaci%C3%B3n.>

Diario Oficial de la Federación-SEGOB. (7 de septiembre 2022). ACUERDO por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. [https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.ta](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0)
[b=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0)

ECG-Instituto Alzheimer y Demencias. (20 noviembre, 2019). Curso ECG “Experto en terapias no farmacológicas en Alzheimer y otras demencias”. España.
<http://psicogerontologia.org/6065-2/>

Etcheld, M., Van Elderen, T. y Van Der Kamp. (2003). Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*. (26), 49-60.

Fontanilla Lucena, N. (2021). Reflexiones de la experiencia docente como aprendizaje. *Educare, Universidad de los Andes*, 25(81), 657-67.
<https://www.redalyc.org/journal/356/35666225026/html/#:~:text=Los%20seres%20humanos%20desde%20que,valorarse%20en%20s%C3%AD%20mismo%20y>

Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). “Mini mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 (3), 189-198. DOI: 10.1016 / 0022-3956 (75) 90026-6

Ferreira, L. (2016). ¿Cómo afecta a un país el envejecimiento de su población?. Grupo Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2016/09/05/uruguay-como-afecta-pais-envejecimiento-poblacion>

García Gonzalo, N. y Esmerode Iglesias, C. (2014). Creatividad y Terapia Ocupacional: ¿Es posible empoderar un concepto? *TOG*.
<http://www.revistatog.com/mono/num6/mono6.pdf>

Gutiérrez, L. y Arrieta, I. (2015). Demencias en México; la necesidad de un plan de acción. 151(5), 667-73.
<https://www.medigraphic.com/cgi/new/resumen.cgi?ISARTICULO=61983>

Guzmán Olea, E., Pimentel Pérez, B. M., Salas Casas, A., Armenta Carrasco, A. I.,

Oliver González, L. B. y Agis-Juárez, R. A. (2016). Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. *Acta Universitaria*, 26(6), 53–59. <https://doi.org/10.15174/au.2016.1056>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. ISBN: 978-1-4562-2396-0.

Hulsegge, J. y Verheul, A. (1987). *Snoelezen another world*. Rompa Editorial.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (septiembre de 2021). Comunicado de prensa, (34)21, 1-3. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResutCenso2020_Dgo.pdf

INEGI. (29 de septiembre de 2021). Comunicado de prensa núm. 547/21. 1-5. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf

Jara Madrigal, L. M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Cúpula*, 4-14. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Jarque Nieto, A., Gómez Barrientos, N. y Ramírez de Arellano, L. (06 de abril de 2022). Juegos recreativos para el adulto mayor. *Ciencia y Deporte*, 7(1), 89-102. Epub. <https://dx.doi.org/10.34982/2223.1773.2022.v7.no1.007>

Jennings, J. (1992). Human memory. En Craik, F. y Salthouse, T.(eds.) *Handbook of*

cognition and aging. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 51-110.

Justo, S., Marques, A., Otero, P., Vázquez, F. y Torres, A. (2019). Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Revista de Neurología*, 1; 68 (7), 281-9. Doi: 10.33588/rn.6807.2018321.

Klein, Jean-Pierre. (2009) *Arteterapia una introducción*. (15), 1-96. Editorial Octaedro, S. L. ISBN: 8499210155, 9788499270755.

Krzemien, D. (2001). Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo. p. 3.

Loera Castañeda, J. (2021). Beneficios de la estimulación cognitiva en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo. *Encuentro Estatal De Ciencia, Tecnología E Innovación (Encuentro Estatal De CTI, 08-27-2021. Victoria de Durango, Dgo.)*, p. 51.
http://www.cocyted.mx/EVENTOS/012EC.EncuentroEstatalCTI/Memorias/MEMORIA_S_ENCUESTRO_ESTATAL_DE_INVESTIGACION.pdf

Loera Castañeda, V. (2023). Aspectos bioquímicos, genéticos y cognitivo-conductuales en el envejecimiento saludable. (Conferencia); I Simposio Iberoamericano virtual de Neurociencias: de la molécula a la conducta. Consultado en: <https://youtu.be/gl3AHuOnOmA?85qxGInlvkvCNye>

López, C., Sánchez, J. y Martín, J. (2020). Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre los beneficios de la terapia de estimulación cognitiva en

pacientes con enfermedad de Alzheimer esporádica de aparición tardía. Revista de Neurología, 70 (8), 271-81. Doi:10.33588/rn.7008.2019420.

Luscher, M. (1990). Test de colores; Test de Luscher (3ª. edición). Barcelona; Paidós.

Maragall, P. (2021). Hablemos del Alzheimer. Fundación Pasqual Maragall [blog]. <https://blog.fpmaragall.org/mini-mental-test>

Martín García, A. V. (2000). Más allá de Piaget; Cognición adulta y educación. Universidad de Salamanca, 127-57. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/71861/Mas_alla_de_Piaget_cognicion_adulta_y_ed.pdf;jsessionid=9DC56A0624C938D4A9302DBE19DDC335?sequence=1

Martín del campo, E., Loera, V. y Hernández, D. (2020). Secretaria de Salud del Estado de Durango, una publicación oficial del Instituto de Salud Mental del Estado de Durango. "Memorias, 1er Congreso Nacional de Salud Mental "Ciencia y Sociedad". Concurso de Investigación en Salud Mental. Revista de Salud Mental. "Desarrollo de un programa de estimulación sensorial para adultos mayores". Revista de Salud Mental del Estado de Durango ISMED, p. 43. http://ismed.salud.durango.gob.mx/pdf/revista_ismed.pdf

Martín, E. (1994). La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. (7), 7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=113976&pid=S1025-5583200700030001200004&lng=es

Martínez, A., Solé, P., Salamero, M., De Azpiazu, P., Tomás, S. y Marín, R. (1998). El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. Revista de Neurología, 27 (155), 55-59. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.27155.97362>

Martínez, T., García, E., Rodríguez, M., Rascón, M. y Rodríguez, P. (2002). Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención [Repositorio Institucional de Asturias]. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4565>

Martínez Pizarro, Sandra. (2020). Síndrome del cuidador quemado. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(1), 97-100. Epub 20 de abril de 2020. Recuperado en 14 de junio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tlng=es.

Martorella, A. (2018). Neurociencias y Dibujo: su valoración como evidencia de Abuso Sexual Infantil. Psiquiatria.com. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/neurociencias-y-dibujo-su-valoracion-como-evidencia-de-abuso-sexual-infantil>

Mateos, L., Del Moral, M. y San Romualdo, B. (2012). Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); Área de Investigación del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer. IMSERSO. Sistema de Evaluación Musicoterapéutico para Personas con Alzheimer SEMPA. https://crealzheimers.imserso.es/documentacion/buscador/informacion-publicacion/-/asset_publisher/MJ28b9XzgMel/content/sempa.-sistema-de-evaluaci%C3%B3n-musicoterap%C3%A9utica-para-personas-con-alzh%C3%A9imer-y-otras-demencias/20123

Mieles Barrera, M., Cerchiaro Ceballos, E. y Rosero Prado, A. (2020). Consideraciones sobre el sentido del juego en el desarrollo infantil. Praxis, 16(2), 247-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8071023>

Mogollón, E. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor:

Una alternativa al entrenamiento cerebral. Revista Electrónica Educare, 18 (2), 1-17.
<http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-2.1>

Muñoz, D. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública, 44(3), e1077. Recuperado en 05 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300006&lng=es&tlng=es.

O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway. Universidad Nacional de Irlanda. pp. 1-34.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>

O'Boyle, C. (1994). The Schedule for the evaluation of individual Quality of life SEIQoL. Internacional Journal of Mental Health; 23 (3), 3-23.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). Decenio del Envejecimiento Saludable. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones.

OMS. (2022). Actividad Física. Datos y cifras. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones.

Pal, K., Mukadam, N., Petersen, I. y Cooper, C. (2018). Mild cognitive impairment and progression to dementia in people with diabetes, prediabetes and metabolic síndrome; a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53. 1149-60. DOI: 10.1007/s00127-018-1581-3

Palomar García, M. A., Zatorre, R. J., Ventura Campos, N., Bueichekú, E. y Ávila, C. (2017). Un instrumento musical mejora la conectividad audiomotora en el cerebro. *Revista de Neurología*; 27(27), 68-78. <https://neurologia.com/noticia/6368/tocar-un-instrumento-musical-mejora-la-conectividad-audiomotora-en-el-cerebro>

Pascual, G., Barlés, G., Laborda, A. y Loren, L. (1998). Cognición - ocupación: Un binomio unido en la vejez. *Geriatrka*. 14 (3), 57-60. ISSN 0212-9744

Patrick, D. y Erickson, P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation* (1ra edición). Editorial : Oxford University Press, 1-504. ISBN-10 : 0195050274

Paynter, J. (1999). *Sonido y estructura*. Ediciones Akal, 1-216. ISBN-13 978-8446012795

Piaget, J. (1974). *Seis estudios de psicología* (5a. Ed.). Barcelona: Barral.

Piaget, J. (1980). *Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget*. Creative Commons Attribution, Share Alike, (3), 1-13.

Real Academia Española. (2023). Estimulación; Estimular; Estímulo [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es/>

Reinoso, A., Llanero, M., Brizuela, A., Fernández, M., De Andrés, M., Ruiz, J., Gómez,

J., Aragón, M., Lozano, M., García, E., García, A., Montenegro, M. y Montejo, P. (2008). Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Instituto de Salud Pública de Madrid; Ayuntamiento de Madrid. ESTEVE, pp. 3-4. www.madridsalud.es

Rojano Simón, M. (2019). Arqueología y curiosidad en el ser humano: la protohistoria de la disciplina científica. *Revista humanidades*, 2 (9), 1-21. <https://www.redalyc.org/journal/4980/498062141012/html/>

Rybash, J., Hoyer, W. y Roodin, P. (1986). *Adult cognition and aging*. Pergamon Press. New York.

Schipper, H., Clinch, J. y Olweny, C. (1996). En Spilker B, ed. *Quality of life and pharmaeconomics in clinics trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, pp. 11-23.

Schipper, H., Clinch, J. y Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. En Spilker B, ed. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, pp. 11-24.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, (9), 9-21.

Shutterstock y Ruslan Huzau. (2021). Los costes ocultos de las demencias. *Academic rigour, journalistic flair*. <https://theconversation.com/los-costes-ocultos-de-las-demencias-172893>

Serra, M. (2015). Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud. Finlay - revista en Internet. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>

Shumaker, S. y Naughton, M. (1995). The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. New York: Rapid Communication, pp. 3-10.

Smith, A. (1980). Age differences in encoding, storage and retrieval. En POON, W.; Forzard, J.; Cermak, L.; Sternberg, R. (1986): implicit theories of intelligence, creativity and wisdom. Journal, personality and social psychology, (49), 607-27

Sociedad Nacional De Esclerosis Múltiple. (SNEM), (2009). Tome Control de su Esclerosis Múltiple. Recuperado el 6 de mayo de 2021, de www.nationalMSSociety.org/espanol, pp. 1-5.
https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Spanish/Problemas_cognitivos.pdf

Slater, J. y Kraus, N. (2015). The role of rhythm in perceiving speech in noise: a comparison of percussionists, vocalists and non-musicians. Cognitive Processing. 17(1), 79-87. Epub Oct 7. doi: 10.1007/s10339-015-0740-7.

Supo, J. y Zacarias, H. (2020). Metodología de la investigación científica. Lima, Perú: Sociedad Hispana de Investigadores Científicos.

Thalman, B., et al., (1996). Test del dibujo del reloj. o Clock Drawin Text (CDT); Criterios de puntuación del test del reloj (J. Cacho y R. García), pp. 284-7.
<https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/test-reloj.pdf>

Torres, G. y Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. Revista peruana de medicina experimental y

salud pública, 29, 127-134.

Trehub, S. (1982). Aging and cognitive processes. Advances in the study of communication and affect, (8), Plenum Press N. York.

Tulving, E. (1975). Depth of processing and the retención of words in episodic memory, Journal of experimental psychology: General 204, 268-94.

Uriarte, R. (2007). La estimulación temprana. Blog de Formación y asesoramiento en neurodesarrollo infantil. <https://rosinauriarte.com/la/estimulacion/temprana/>

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista médica de Chile, 138(3), 358-65. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

Velandia, A. (1994). Investigación en salud y calidad de vida (1ra Edición). Universidad Nacional de Colombia, p. 300. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=113974&pid=S1025-5583200700030001200002&lng=es

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina, 68(3), 284-290. Recuperado en 22 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es.

Villanueva Arámbula, L. (2018). La neurociencia y el aprendizaje de la pintura artística. Revista Iberoamericana de producción académica y gestión educativa. (5), 9. file:///C:/Users/Dulce%20Nanny/Downloads/741-Texto%20del%20art%C3%ADculo-

3231-1-10-20180807%20(1).pdf

Viñuela, F. (2019). Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo. Sevilla, España: Imprenta y Papelería Rojo, pp. 15-25. ISBN: 978-84-09-11869-4

Wiater, A. (2016). ¿La enseñanza del arte o el arte nos enseña? Decires, Revista del Centro de Enseñanza para Extranjeros. (16); 20, 7-20.
file:///C:/Users/Dulce%20Nanny/Downloads/285-Texto%20del%20art%C3%ADculo-504-1-10-20210627.pdf

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. y Orrell, M. (2012). Estimulación cognitiva para mejorar el funcionamiento cognitivo en pacientes con demencia. Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub

Wu, AW. (2000). Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. Medical Care, (38), II, 130-5.

Yee, E., Ahmed, S. y Thompson Schill, S. (2012). El cerebro utiliza los colores para almacenar y ordenar datos sobre objetos. Psychol Sci; (23), 364-9.
<https://neurologia.com/noticia/3601/el-cerebro-utiliza-los-colores-para-almacenar-y-ordenar-datos-sobre-objetos>

Zárate, P. y Díaz, V. (2001). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Revista médica de Chile, 129(2), 219-223. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000200015>

Zhou, G., Olofsson, J., Koubeissi, M., Menelaou, G., Rosenow, J., Schuele, S., Xu P., Voss, J., Lane, G. y Zelano, C. (2021). Un estudio explica por qué los olores desencadenan recuerdos. Prog Neurobiol. <https://neurologia.com/noticia/8062/un->

estudio-explica-por-que-los-olores-desencadenan-recuerdos

APÉNDICE. Formatos e instrumentos.

Apéndice A Carta De Consentimiento Informado.

Mpyoe. Jorge Enrique Loera

Durango, Dgo. a _____ de _____ del año _____.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Estimulación Continua Personalizada; conjunto de técnicas, estrategias y actividades para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor”.

El objetivo será identificar los beneficios obtenidos al participar voluntariamente en un programa de Estimulación Continua Personalizada; a través de sus técnicas, estrategias y actividades en adultos mayores de 60 años que tengan diagnosticado deterioro cognitivo por especialistas y la aplicación los test del reloj, MoCA, MMSE, escala de ansiedad y depresión de Goldberg y la toma de datos somatométricos. Declaro que se me ha informado ampliamente que no representa ningún tipo de riesgo ya que solo consiste en la aplicación de 5 instrumentos y la toma de datos somatométricos como peso, talla e IMC. Se me ha informado que conoceré si existe alguna alteración de la función cognoscitiva, se me darán sesiones de estimulación personalizada y una carta informativa para yo proporcionársela al médico que me atiende actualmente y así pueda darme seguimiento de ser necesario. Mi participación en este estudio aportará un beneficio a la sociedad y la comunidad científica, para ello declaro que no percibiré compensación económica por mi participación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador principal se ha comprometido a darme información sobre cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que realizará, el cual no incluye riesgo alguno para mi salud y me explicó los beneficios de la investigación. Me han asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de esto y que los datos serán manejados de forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a Investigador Responsable: Mtro. Jorge Enrique Loera Castañeda cel: 6181234841, correo electrónico: lpc.jorgeloera@gmail.com

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma de quien obtiene el

consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Apéndice B Hoja De Recolección De Datos

Estimulación Continua Personalizada; conjunto de técnicas, estrategias y actividades para fomentar mejoras en la calidad de vida en el adulto mayor.

1) Fecha: _____ 2) Folio: _____

3) Nombre: _____

2) Edad: _____

3) Sexo: _____

4) Peso: _____

5) Talla: _____

6) Escolaridad: _____

7) IMC: _____

a) Analfabeta:

b) Primaria

c) Primaria completa:

incompleta:

d) Secundaria

e) Secundaria:

f) Preparatoria

incompleta:

trunca:

g) Preparatoria:

h) Licenciatura

i) Licenciatura:

Trunca:

j) Maestría:

k) Doctorado:

8) MMSE. INICIAL: _____ FINAL: _____

9) TEST DEL RELOJ. INICIAL: _____ FINAL: _____

10) TEST MoCA. INICIAL: _____ FINAL: _____

11) ESCALA DE GOLDBER, (Ansiedad): INICIAL:

_____ FINAL: _____

12) ESCALA DE GOLDBER, (Depresión): INICIAL:

_____ FINAL: _____

13) CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN-FUNCIONES COGNITIVAS,

(Cuidador): INICIAL: _____ FINAL: _____

14) BITÁCORA DE OBSERVACIÓN-FUNCIONES COGNITIVAS, (Terapeuta):

INICIAL: _____ FINAL: _____

Apéndice C Test Del Dibujo Del Reloj De Thalman

A

13

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEXT (CDT) (THALMAN, B., ET AL., 1996)

**Criterios de puntuación del Test del Reloj (J. CACHO
y R. GARCÍA)**

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores de localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior)
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez), cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas.
0	Efecto en forma de «rueda de carro».

284

La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Solo «pequeños errores» en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los «pequeños errores» en la localización se dan 4 o más números.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6).
3	Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
2	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario (<i>rotación inversa</i>).
2	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.)
2	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (<i>alineación numérica</i>).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
1	Alineación numérica con falta o exceso de números.
1	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden:

1. Test del reloj a la orden (TRO).
2. Test del reloj a la copia (TRC).

1. Condición experimental del TRO

A cada sujeto se le ha presentado una hoja de papel completamente en blanco, un lapicero y una goma de borrar, y se le ha dado la siguiente instrucción: «Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí

tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestandole toda la atención que le sea posible.»

A cada sujeto se le ha repetido la instrucción las veces que se ha considerado necesario para que la comprendiera. Si después de dibujar la esfera y los números, faltaba alguno, se le ha preguntado si los había puesto ya todos, permitiéndole así rectificar el dibujo si tomaba conciencia de sus errores. Si no percibía que faltaban o sobraban números al formular dicha pregunta, se le ha repetido la instrucción de la pauta horaria.

Después de dibujar los números, se les ha recordado que deberían ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido algún tiempo no dibujaban las saetas o faltaba alguna de ellas, se les ha preguntado si estaba terminado su reloj. En caso afirmativo, se les ha informado de que iban a pasar a una prueba más fácil, comenzando entonces a realizarse la fase del TR «a la copia». En caso contrario, se les ha concedido un plazo de tiempo adicional para completar la tarea.

2. Condición experimental del TRC

En esta segunda condición a cada sujeto se le ha presentado un folio en posición vertical, con un reloj cuyo formato puede verse en la figura.

Se ha informado a cada sujeto de que iba a realizar una prueba más fácil. Se les ha pedido que copiaran de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. También se les ha instado a poner la máxima atención con el fin de captar todos los detalles del dibujo y poder copiarlos. Al no disponer en esta prueba de un tiempo límite, se les ha sugerido que la realizaran con tranquilidad y que emplearan la goma de borrar en caso de cometer algún error. Tras proporcionar las instrucciones a cada sujeto de estudio y cerciorarnos de que las habían comprendido, les hemos permitido comenzar la tarea.

Al terminar esta prueba se ha retirado la hoja para su posterior evaluación y puntuación. Si el reloj estaba incompleto, antes de recoger la hoja se ha preguntado si el dibujo estaba terminado. Si el sujeto advertía la existencia de algún error se le permitía rectificarlo, de lo contrario se le recogía la hoja.

Puntos de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer

En la condición TRO observamos que el punto de corte que muestra una mayor eficacia (93,16) es el 6 con una sensibilidad del 92,8% y una especificidad del 93,48%.

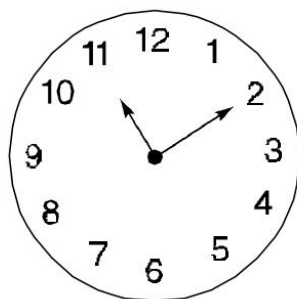
Por tanto, consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) «a la orden» es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6.

Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad (especialmente las puntuaciones cercanas al 8 y al 9).

Observamos que el punto de mayor eficacia (82,49), en la condición de aplicación «a la copia» es 8 que para una sensibilidad del 73,11 produce una especificidad del 90,58%. Por tanto, consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) «a la copia» es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO, TRC) debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

Colaboradores: Roberto Rodríguez-Pérez
Martín Hemmings
Bernardino Fernández



Modelo para la aplicación del test del reloj a la copia

A**13**

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Solo «pequeños errores» en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los «pequeños errores» en la localización se dan 4 o más números.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6).
3	Número con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
2	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
2	Los 12 números colocados en sentido antihorario (<i>rotación inversa</i>).
2	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.)
2	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (<i>alineación numérica</i>).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
1	Alineación numérica con falta o exceso de números.
1	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

CRITERIOS DE APLICACIÓN

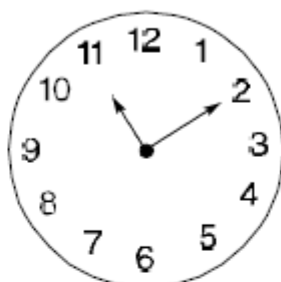
Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden:

1. Test del reloj a la orden (TRO).
2. Test del reloj a la copia (TRC).

1. Condición experimental del TRO

A cada sujeto se le ha presentado una hoja de papel completamente en blanco, un lapicero y una goma de borrar, y se le ha dado la siguiente instrucción: «Me gustana que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí

Colaboradores: Roberto Rodríguez-Pérez
Martín Hemmings
Bernardino Fernández



Modelo para la aplicación del test del reloj a la copia

A

13

Anexos

287

Apéndice D Mini Examen Cognoscitivo “Mini Mental State Examination.

	MINIMENTAL TEST					
	Nombre completo:					
	Documento de identidad:					
	Edad:					
	Fecha:	D		M		A

MINIMENTAL TEST

¿En qué año estamos?	0 – 1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿Qué clima está haciendo?	0 – 1		
¿Qué día de la semana es?	0 – 1		
¿Qué fecha es hoy?	0 – 1		
¿De qué mes?	0 – 1		
¿En qué lugar estamos?	0 – 1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
¿En qué piso o consultorio?	0 – 1		
¿En qué ciudad estamos?	0 – 1		
¿De qué departamento?	0 – 1		
¿En cuál país estamos?	0 – 1		
Nombre estas palabras a razón de una (1) por segundo. Luego pida al consultante que las repita. Solo la primera repetición debe ser puntuada. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero dígalas hasta que repita las tres (3), dé un máximo de seis (6) oportunidades. Moneda 0 – 1 Caballo 0 – 1 Manzana 0 – 1		No. de repeticiones necesarias	
Pregunte: Si tiene treinta (30) monedas y me va dando de a tres (3), ¿Cuántas le van quedando? Si el (la) consultante no puede realizar la prueba, pídale que deletree MUNDO al revés. 30 0 – 1 27 0 – 1 24 0 – 1 21 0 – 1 18 0 – 1 0 0 – 1 D 0 – 1 N 0 – 1 U 0 – 1 M 0 – 1		FIJACION – Recuerdo inmediato (Máx. 3)	
Pregunte las tres (3) palabras mencionadas anteriormente. Moneda 0 – 1 Caballo 0 – 1 Manzana 0 – 1		ATENCIÓN – CÁLCULO (Máx. 5)	
Pregunte las tres (3) palabras mencionadas anteriormente. Moneda 0 – 1 Caballo 0 – 1 Manzana 0 – 1		RECUERDO diferido (Máx. 3)	
DENOMINACION: Muéstrela un lápiz y pregunte ¿qué es esto? Y lo mismo con un reloj. Lápiz 0 – 1 Reloj 0 – 1 REPETICIÓN: Pídale que repita: “Ni sí, ni no, ni pero”. 0 – 1 ÓRDENES: Pídale que tome una hoja con la mano derecha, la doble a la mitad y la coloque en la mesa. Usa la mano derecha 0 – 1 Dobla la hoja 0 – 1 Coloca en la mesa 0 – 1 LECTURA: Escriba en un papel “Cierre los ojos” y pídale que lea y haga lo que dice allí. 0 – 1 ESCRITURA: Pídale que escriba una frase con sujeto y predicado. 0 – 1 COPIA: Dibuje dos (2) pentágonos interceptados y pídale que los copie. De un punto solo si están presente diez (10) ángulos. 0 – 1		LENGUAJE (Máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 9 - 12 Demencia 25 - 27 Sospecha de patología 12 - 24 Deterioro cognoscitivo 27 o más Normal		PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. 30)	

Adaptado por la Psicóloga Diana Alessandra Hinestroza Soto para Salud P&P S.A.S, de: Folstein et al (1975), Iqbal et al (1979)

Apéndice E Test Moca

Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA) Versión 8.1

Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Todas las instrucciones pueden repetirse una vez.

1. Alternancia conceptual:

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes: *“Me gustaría que dibujara una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea desde el 1 hacia la letra A y, a continuación, de la A hacia el 2 y así sucesivamente. Termine aquí (señale la E)”*.

Puntuación. Se asigna un punto si el paciente realiza la siguiente secuencia: 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E, sin que ninguna línea se cruce. Si la persona no se autocorrigió inmediatamente después de cometer un error, es decir, no lo corrigió antes de pasar a la parte del cubo, la puntuación debe ser 0. No se asignará ningún punto si la persona dibuja una línea conectando el final (E) con el principio (1).

2. Capacidades visuoespaciales (Cubo):

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes, señalando el cubo: *“Me gustaría que copiara este dibujo de la manera más precisa posible”*.

Puntuación. Se asigna un punto si se realiza el dibujo correctamente.

- El dibujo debe ser tridimensional.
- Todas las líneas están presentes.
- Sin espacios o con poco espacio entre las líneas.
- No se añaden líneas.
- Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables)
- Debe mantenerse la orientación espacial del cubo.

No se asigna ningún punto si no se han cumplido todos los criterios anteriores.

3. Capacidades visuoespaciales (Reloj):

Administración. El examinador debe asegurarse de que la persona no mira el reloj mientras realiza la tarea y de que no hay ningún reloj a la vista. El examinador señala el espacio adecuado y da las instrucciones siguientes: *“Dibuje un reloj. Incluya todos los números y dibújelo señalando las 11 y 10 minutos”*.

Puntuación. Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes:

- Contorno (1 pt.): Debe dibujar el contorno del reloj, ya sea un círculo o un cuadrado,

solo se aceptarán leves deformaciones, por ejemplo, alguna imperfección al cerrar el círculo. Si los números están dispuestos en círculo pero no se ha dibujado el contorno, este se considerará incorrecto.

- **Números (1 pt.):** Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; Los números deben seguir el orden correcto, estar bien colocados y situados aproximadamente en su cuadrante del reloj. Se aceptarán los números romanos. Los números deben estar dispuestos en círculo, aunque el contorno sea cuadrado. Todos los números deben estar situados dentro o fuera del contorno del reloj. Si la persona sitúa algunos números dentro del contorno del reloj y algunos fuera del contorno, no se le asignará ningún punto por Números.
- **Agujas (1 pt.):** Las dos agujas deben indicar la hora correcta. La aguja de las horas debe ser claramente más corta que la de los minutos. Las agujas deben estar centradas dentro de la esfera del reloj y su punto de unión debe estar cerca del centro del reloj.

4. **Identificación:**

Administración. El examinador señala cada dibujo, empezando por la izquierda, y dice: *"Dígame el nombre de este animal".*

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las siguientes respuestas: (1) león (2) rinoceronte (3) camello o dromedario.

5. **Memoria:**

Administración. El examinador lee una lista de cinco palabras a un ritmo de una palabra por segundo, tras dar las siguientes instrucciones: *"Esta es una prueba de memoria. Le voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención. Cuando acabe, dígame todas las palabras que pueda recordar. No importa el orden en el que me las diga".* El examinador deberá marcar con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en este primer intento. El examinador no debe corregir al paciente si este recuerda mal una palabra o dice una palabra que se parece a la correcta. Cuando el paciente diga que ya ha terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, el examinador volverá a leer la lista de palabras tras dar las instrucciones siguientes: *"Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda".* El examinador marca con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en el segundo intento. Al final del segundo intento, el examinador informará al paciente de que debe recordar estas palabras diciendo: *"Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba".*

Puntuación. En los intentos 1 y 2 no se darán puntos.

6. **Atención:**

Administración de Serie de números hacia delante. El examinador dará las siguientes instrucciones: *"Le voy a leer una serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos en el mismo orden en el que yo los he dicho".* El examinador lee una secuencia de cinco números a un ritmo de uno por segundo.

Administración de Serie de números hacia atrás. El examinador dará las siguientes instrucciones: *"Le voy a leer otra serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás".* El examinador leerá la secuencia de tres números a un ritmo de

uno por segundo. Si el paciente repite la secuencia hacia delante, el examinador no podrá pedirle en ese mismo momento que repita la secuencia hacia atrás.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las secuencias repetidas correctamente (nota: el orden exacto de la secuencia numérica inversa es 2-4-7).

Vigilancia y administración. El examinador leerá una serie de letras a un ritmo de una por segundo, tras dar las instrucciones siguientes: *“Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra ‘A’, dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito”*.

Puntuación. Se asigna un punto si no se comete ningún error o solo se comete uno (por ejemplo, la persona da el golpecito con una letra equivocada o no da el golpecito con la letra ‘A’).

Serie del 7, administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: *“Ahora me gustaría que restara 7 de 100 y que continuara restando 7 a la cifra de su respuesta anterior hasta que le pida que pare”*. El paciente debe realizar un cálculo mental y, por lo tanto, no puede recurrir a contar con los dedos o con un lápiz y papel para realizar esta actividad. El examinador no podrá repetir las respuestas del paciente. Si el paciente pregunta cuál ha sido su última respuesta o qué número debe restar de su respuesta, el examinador responderá repitiendo las instrucciones si no lo ha hecho ya.

Puntuación. Esta prueba obtiene tres puntos en total. No dé ningún punto (0) por las restas incorrectas, dé 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas y 3 puntos si el paciente hace cuatro o cinco restas correctas. Cada resta se evaluará separadamente, es decir, si el paciente responde con un número incorrecto pero resta 7 de dicho número, se contará como una resta correcta. Por ejemplo, el paciente puede contar “92 - 85 = 78 - 71 = 64”. “92” es incorrecto, pero todos los resultados de las restas siguientes son correctos. Esto cuenta como un error y la tarea debería puntuarse con un 3.

7. Repetición de frases:

Administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: *“Ahora le voy a leer una frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: **Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy**”*. Después de la respuesta, diga: *“Ahora voy a leerle otra frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: **El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación**”*.

Puntuación. Se asigna un punto por cada frase repetida correctamente. La repetición debe ser exacta. Se debe prestar atención a los errores de omisión (p.ej., olvidar “solo”), sustitución/adición (p.ej., sustituir “solo” por “siempre”), errores gramaticales/plurales incorrectos (p.ej. “se esconde” por “se escondía”), etc.

8. Fluidez verbal:

Administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: *“Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra F. Le pediré que pare al minuto. No se permiten nombres, números y las formas conjugadas de un verbo. ¿Está preparado? [Pausa] [Tiempo 60 seg.] Pare”*. Si el paciente nombra dos palabras seguidas que empiezan con otra letra del abecedario, deberá repetirle la letra correcta si aún no le ha repetido las instrucciones.

Puntuación. Se asigna un punto si el paciente dice 11 palabras o más en un minuto. El examinador anotará las respuestas del paciente en el margen o en el reverso de la hoja del test.

9. Abstracción:

Administración. El examinador pedirá al paciente que le explique qué tienen en común cada pareja de palabras, ilustrándolo con el ejemplo siguiente: “Le diré dos palabras y me gustaría que usted me dijera a qué categoría pertenecen [pausa]: una naranja y un plátano”. Si el paciente da la respuesta correcta, el examinador deberá decir: “Sí, las dos pertenecen a esta categoría de frutas”. Si el paciente responde de una manera concreta, el examinador deberá ofrecerle una pista adicional: “Dígame otra categoría a la que también puedan pertenecer estas cosas”. Si el paciente no da la respuesta correcta (frutas), el examinador deberá decir: “Sí y las dos pertenecen también a la categoría de frutas”. No dé otras instrucciones o explicaciones. Tras el primer intento de prueba, el examinador deberá decir: “Ahora, un tren y una bicicleta”. Tras la respuesta, el examinador administrará el segundo intento diciendo: “Ahora, una regla y un reloj”. Podrá ofrecerse una pista (una sola para todo el apartado de abstracción) si no se ha dado ninguna en el primer ejemplo.

Puntuación. Solo se puntuarán los dos últimos pares. Se asigna un punto por cada par correcto. Se aceptan las siguientes respuestas:

- tren/bicicleta = medios de transporte, medios de locomoción, para viajar
- regla/reloj = instrumentos de medición, para medir

Las siguientes respuestas **no** son aceptables:

- tren/bicicleta = tienen ruedas
- regla/reloj = tienen números

10. Recuerdo diferido

Administración. El examinador dará las siguientes instrucciones: “Antes le he leído una serie de palabras y le he pedido que las recordase. Dígame ahora todas las palabras de las que se acuerde”. El examinador marca con una cruz las palabras que el paciente recuerde sin necesidad de pistas en el espacio reservado a dicho efecto.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas.

Puntuación de la escala de memoria (Memory Index Score, MIS):

Administración. Tras la prueba de recuerdo diferido, el examinador dará una pista de la categoría (semántica) correspondiente a cada palabra que el paciente no haya recordado. Ejemplo: “Le daré algunas pistas para ver si le ayudan a recordar las palabras. La primera palabra era una parte del cuerpo”. Si el paciente no puede recordar la palabra con ayuda de la pista sobre la categoría, el examinador deberá proporcionar una pista de elección múltiple. Ejemplo: “¿Cuál de estas palabras cree usted que era NARIZ, ROSTRO o MANO?” Se sugerirán de esta forma todas las palabras no recordadas. El examinador identificará las palabras que el paciente haya podido recordar con ayuda de una pista (de categoría o elección múltiple) marcando una cruz en el espacio apropiado. Las pistas para cada una de las palabras son las siguientes:

Palabra correcta	Pista de categoría	Elección múltiple
ROSTRO	parte del cuerpo	nariz, rostro, mano (hombro, pierna)
SEDA	tipo de tela	tela vaquera, seda, algodón (nylon, terciopelo)
TEMPLO	tipo de edificio	templo, escuela, hospital (biblioteca, tienda)
CLAVEL	tipo de flor	rosa, clavel, tulipán (azucena, margarita)
ROJO	color	rojo, azul, verde (amarillo, morado)

* Las palabras entre paréntesis se usarán si el paciente menciona una o dos de las respuestas de elección múltiple cuando se le dé la pista de la categoría.

Puntuación. Para determinar el MIS (que es una subpuntuación), el examinador asignará puntos según el tipo de recuerdo (véase tabla más abajo). El uso de las pistas proporciona información clínica sobre la naturaleza de los déficits de memoria. Cuando se trata de déficits de memoria a causa de un recuerdo fallido, el rendimiento puede mejorarse gracias a las pistas. Cuando se trata de déficits de memoria a causa de fallos de codificación, las pistas no mejoran el rendimiento.

Puntuación MIS				Total
Número de palabras recordadas espontáneamente	...	multiplicado por	3	...
Número de palabras recordadas con una pista de la categoría	...	multiplicado por	2	...
Número de palabras recordadas con pistas de elección múltiple	...	multiplicado por	1	...
Total MIS (sumar todos los puntos)				—/15

11. Orientación:

Administración. El examinador dará las siguientes instrucciones: “*Dígame en qué fecha estamos hoy*”. Si el paciente ofrece una respuesta incompleta, el examinador le apuntará de forma oportuna diciendo: “*Dígame [el año, el mes, la fecha exacta y el día de la semana]*”. A continuación, el examinador dirá: “*Ahora, dígame cómo se llama este lugar y en qué localidad nos encontramos*”.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las respuestas correctas. La fecha y el lugar (nombre del hospital, clínica, consulta) deben ser exactos. No se asignará ningún punto si el paciente se equivoca por un día en el día del mes y de la semana.

PUNTUACIÓN TOTAL. Sume todos los puntos obtenidos en el margen derecho de la hoja. Añada un punto si el paciente tiene 12 años o menos de estudios, hasta un máximo de 30 puntos. Una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Por favor, consulte la web del MoCA www.mocatest.org para más información sobre el MoCA.

Apéndice F Escala De Goldberg

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

A

26

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Apendice G Cuestionario Sobre Funciones Cognitivas (Llenada Por Un Familiar)

CUESTIONARIO SOBRE FUNCIONES COGNITIVAS (LLENADA POR UN FAMILIAR)			
(PARÁMETRO DEL 1 AL 5)			
FUNCIÓN	1ER REGISTRO	2DO REGISTRO	ANÁLISIS Hecho por su terapeuta
ATENCIÓN	() ¿Cómo es su capacidad de atención actualmente?	() ¿Cómo es su capacidad de atención actualmente?	
MEMORIA	() ¿Cómo es su memoria actualmente?	() ¿Cómo es su memoria actualmente?	
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	() ¿Cómo es su lenguaje y comunicación actualmente?	() ¿Cómo es su lenguaje y comunicación actualmente?	

MOVILIDAD	() ¿Cómo es su movilidad actualmente?	() Cómo es su movilidad actualmente?	
EXPRESIVIDAD Y CONTROL DE LAS EMOCIONES	() ¿Cómo es su expresividad y control de las emociones actualmente?	() ¿Cómo es su expresividad y control de las emociones actualmente?	

CURRÍCULUM VITAE

Jorge Enrique Loera Castañeda

Originario de Durango, México, Jorge Enrique Loera Castañeda realizó estudios profesionales en Psicología Clínica (Universidad España de Durango). Maestría en Psicología y Orientación Escolar (Universidad Autónoma Internacional Mexicana A.C.) Y la investigación titulada Estimulación Continúa Personalizada; Conjunto De Técnicas, Estrategias Y Actividades Para Fomentar Mejoras En La Calidad De Vida En El Adulto Mayor Con Deterioro Cognitivo. Presentación De Tres Casos, para obtener el grado de Doctor en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado principalmente en la Secretaría de Educación del Estado de Durango, México como tutor de musicoterapia en el programa prenatal (Formadoras de vida) de educación artística y coro, en el sistema CADI.

Así mismo ha participado en iniciativas como cursos de verano, café literario, educando con visión, cursos propedéuticos de maestría en ciencias en biomedicina.

Como cargo que actualmente ocupa, Jorge Enrique Loera Castañeda destaca en terapias no farmacológicas contra el Alzheimer y otras demencias.

