

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EFICACIA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
LA ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO
COGNITIVO LEVE**

POR: RAÚL EDUARDO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

**Tesis presentada como uno de
los requisitos para optar por el
título de Maestría en Psicología
Clínica.**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2021



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
Formulario de Inscripción

Programa de Maestría: Psicología Clínica.
Facultad de: Psicología.
Numero de código: CE-PT-327-14-06-21-193
Título al que aspira: Maestría en Psicología Clínica.
Tema de Tesis: Eficacia del programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve.
Resumen Ejecutivo: Este proyecto de investigación, se realizó con un enfoque cuantitativo y de tipo explicativo, se empleó una muestra de quince adultos mayores de ambos sexos. Se utilizó un modelo cuasiexperimental con medida de pretest y postest utilizando el examen cognoscitivo minimal (MMSE), también será de corte transversal con el objetivo central de demostrar la eficacia del programa desarrollado.

Nombre del estudiante: Raúl González

Firma del estudiante:

Nombre del asesor: David Sanjur

Firma del asesor:

Aprobado por:

Fecha: _____
Firma del Director (a) de Departamento / Coordinador de la Facultad

Fecha: _____
Firma del Director (a) de Investigación y Postgrado de la Unidad Académica

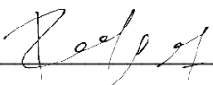
Fecha: _____
Firma del Decano de la Facultad

Fecha de Aprobación por la VIP: _____



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
Formulario de Inscripción de Protocolos de Postgrado
DP-F-013



1. Programa: Maestría en Psicología Clínica
2. Tipo de Proyecto: Tesis X Intervención X
3. Título del Proyecto: EFICACIA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE
4. Línea de Investigación o Área de Intervención: Adultos Mayores
5. Nombre del estudiante: Raúl Eduardo González González
6. Cédula No.: 8-866-951 7. Teléfono: _____ 8. Celular: 6444-5363
9. Correo electrónico: psicoraul7@outlook.com
10. Sede: Campus Harmodio Arias Madrid – Universidad de Panamá
11. Unidad Académica: Facultad de Psicología
12. Firma del estudiante  Fecha: 01 de junio de 2021
13. Firmas de los miembros de la Comisión Académica del Programa.

Nombre	Cargo	Firma
	Director o Coord., de Inv., y Postgrado	
	Director del Departamento	
	Coordinador (a) del Programa	
	Miembro	
	Miembro	
	Miembro	
	Miembro	
	Miembro	

14. Anexar Propuesta aprobada por la Comisión Académica

PARA USO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.

1. Código: _____
2. Firma del Director(a) de Postgrado (VIP). _____
3. Fecha: _____

DEDICATORIA

*A Dios, mis padres y mi
familia de La
Concepción de Parita
en la provincia de
Herrera.*

*A mi abuela Marina
Lorenzo y a mi abuelo
Fidencio González, por
su amor desmedido,
incondicional y
abnegado a lo largo de
mis 28 años de edad,
oriundos de un pueblito
recóndito apodado:
“Cerro El Medio” en el
Corregimiento de
Piedras Gordas en las
montañas del Distrito
de La Pintada en la
provincia de Coclé.*

*Con mucho cariño:
Raúl Eduardo
González González*

AGRADECIMIENTOS

A mí, porque durante este largo periodo no desistí en mi objetivo de lograr todo esto.

A todos los que me han apoyado durante este tiempo, al Profesor David Sanjur por guiarme con sabiduría.

A los profesores que contribuyeron en mi formación como Psicólogo Clínico.

A todos en general les agradezco de corazón.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.2 Formulación del problema de investigación	16
1.4 Justificación.....	18
1.5 Objetivos	18
1.6 Hipótesis	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del problema.....	21
2.2 El adulto mayor y el envejecimiento	26
2.2.1 Cambios durante el envejecimiento	28
2.2.2 Signos exteriores e interiores del envejecimiento	29
2.3 Evaluación de la memoria	31
2.4 Estrategias generales para la estimulación de la memoria	32
2.5 Estado cognoscitivo en el adulto mayor	34
2.5.1 La memoria en el adulto mayor.....	35
2.5.2 La habilidad cognoscitiva en el adulto mayor.....	38
2.6 Deterioro cognitivo leve.....	41
2.6.1 Trastorno cognoscitivo leve (F06.7).....	43
2.7 La codificación, almacenamiento y recuperación en el adulto mayor	43
2.8 La terapia conductual.....	45
	VI

2.8.1 Terapia de estimulación cognitiva	47
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de investigación.....	50
3.2 Diseño de investigación	50
3.3 Población de estudio	51
3.4 Muestra	51
3.4.1 Tipo de muestra estadística	52
3.5 Criterios de inclusión	52
3.6 Criterios de exclusión	52
3.7 Variables	53
3.8 Descripción conceptual de las variables	53
3.9 Descripción operacional de las variables	54
3.10 Instrumento de recopilación de la información	54
3.11 Procedimientos para la recolección de información y métodos para el control de calidad de los datos.....	55
3.12 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.	57
3.13 Diseño estadístico	58
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	59
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	103
ÌNDICE DE ANEXOS	133

ÌNDICE DE TABLAS.....	134
ÌNDICE DE GRÁFICAS	136

RESUMEN EJECUTIVO

Esta investigación, se realizó con un enfoque cuantitativo y de tipo explicativo, con el objetivo central de demostrar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora, empleando una muestra de quince adultos mayores de ambos sexos.

Se empleó un modelo cuasi experimental con medida de pretest y posttest utilizando el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE), también es de corte transversal con el objetivo central de demostrar la eficacia del Programa desarrollado, se concluyó que las intervenciones psicoterapéuticas son positivas en el proceso de tratamiento para la estimulación de la memoria de los adultos mayores con déficit cognitivo leve, demostrando una eficacia significativa en la población de estudio, asimismo, se recomendó de acuerdo a la eficacia en función del programa, proponer la creación de programas e intervenciones para el mantenimiento de la salud mental del adulto mayor en el sistema de salud público como privado (asilos, casas de retiro, hogares especializados etc.)

Palabras claves: demencia, recuerdo, lectura, cognitivo, memoria.

SUMMARY

This research project was carried out with a quantitative and explanatory approach, with the main objective of demonstrating the efficacy of cognitive behavioral treatment for stimulating the memory of the elderly with mild cognitive impairment of the Asilo Los años Dorados in Pacora, using a sample of fifteen older adults of both sexes.

A quasi-experimental model was used with pretest and posttest measurement using the Mini-Mental Cognitive Exam (MMSE), it is also cross-sectional with the central objective of demonstrating the effectiveness of the developed Program, it was concluded that psychotherapeutic interventions are positive in the treatment process for memory stimulation of older adults with mild cognitive deficit, demonstrating significant efficacy in the study population, likewise, it was recommended according to the efficacy depending on the program, to propose the creation of programs and interventions to the maintenance of the mental health of the elderly in the public and private health system (nursing homes, retirement homes, specialized homes, etc.)

Keywords: dementia, recall, reading, cognitive, memory.

INTRODUCCIÓN

En Panamá los adultos mayores tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, como el acceder al beneficio de becas nacionales e internacionales como una medida para garantizar el acceso universal a la educación en todos los niveles (Arcia, 2020), siendo respaldo para el adulto mayor ya que el deterioro cognitivo leve o mejor dicho el trastorno cognoscitivo leve es una psicopatología que puede anteceder, acompañar o acaecer a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) varios, ellos no van a presentar un daño cerebral a menos que se presenten signos neurológicos, pero si presentará grandes molestias o interrupciones con sus actividades, aunque los límites de esta categoría están sin establecer definitivamente (OMS, 1992).

El deterioro cognitivo leve es un punto clave que da apertura a un gran conjunto de afecciones, estas situaciones no son exclusivas de los asilos, casas hogares o algún centro geriátrico, sino que por el aumento de la longevidad la vulnerabilidad también y esto se refleja en el incremento de enfermedades asociadas a su edad.

En la presente investigación se evidencia el interés de demostrar la eficacia del programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve, el mismo está compuesto por cuatro capítulos, los que se especifican en:

- **Primer Capítulo. Planteamiento del Problema.** Abarca datos oficiales sobre el deterioro cognitivo leve en Latinoamérica y en Panamá, y cifras del envejecimiento de la población en el país y sobre el problema en sí que sobrelleva este trabajo.
- **Segundo Capítulo. Marco Teórico.** Compuesto por investigaciones previas sobre el deterioro cognitivo asimismo sobre la estimulación de la memoria, asimismo, se sostiene la parte investigativa de las variables dependientes e

independientes que se establecieron como también sobre los autores que han contribuido con sus trabajos a ampliar los datos sobre el adulto mayor, las perspectivas cognitivas y su intervención psicológica.

- **Tercer Capítulo. Marco Metodológico.** Se describe el estilo y tipo de estudio empleados para llevar a cabo la investigación, la población del estudio y la muestra elegida y el instrumento seleccionado para la recolección de datos con su respectiva ficha técnica.
- **Cuarto Capítulo. Análisis de los datos.** Está compuesta por la presentación de los datos, la distribución del sexo y los rangos de edades de la muestra, pruebas de hipótesis y resultados estadísticos empleados.

La psicología clínica es una disciplina activa dentro de los servicios de salud públicos y privados, como psicólogos clínicos, se debe que estar con miras a la contribución de la investigación científica en Panamá, en este caso se está enfocando en la estimulación de la memoria de los adultos (as) mayores con deterioro cognitivo leve a sabiendas que en el país solo se ha elaborado hace cinco años el primer estudio de este tipo, tomando en cuenta que la población adulta mayor en Panamá en unos treinta años serán de 1.3 millones, esto es un incremento considerable tomando en cuenta que en el 2019 eran solo medio millón, por lo tanto es importante contemplar dicha investigación como un aporte al estado cognitivo del adulto mayor en Panamá.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural e inevitable, ya que, de acuerdo con la ley de la vida, todo ser vivo envejece; por tanto, no se puede analizar como si fuera una enfermedad, sino simplemente como una etapa de la vida que se debe aprender a vivir y disfrutar al máximo (mucho de este goce es interrumpido por las afecciones físicas y psicológicas como lo es el deterioro cognitivo leve) ya se han logrado plasmar todos los proyectos de vida y es el momento de disfrutar de lo que se logró a través de los años (Ballesteros, 1999) y el envejecimiento demográfico o de la población podría definirse como el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 y más años de edad con respecto a la población total, lo que resulta una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades (Chesnais, 1990).

En Panamá, la proporción del grupo de edad 0-14 comenzó a disminuir a partir del año 1980 y se espera que esa tendencia continúe hasta el 2050, donde los menores de 15 años sólo representarán el 18.6 por ciento del total de la población, en el grupo de edad de 15-59 aumentará su proporción hasta el 2020 llegando a alcanzar aproximadamente, el 61.8 por ciento del total de la población para descender hasta el 57.4 por ciento en el 2050, lo que representa una disminución de 7.1 puntos porcentuales, según los datos de la Contraloría General de la República (Cubilla, 2015), también se reflejó que la población femenina en edades avanzadas superó proporcionalmente a los hombres. En porcentajes las mujeres representarán para el 2050, el 25.3 por ciento del total de la población femenina en Panamá. Por lo cual, la feminización del envejecimiento se evidencia por la mayor sobrevivencia de las mujeres sobre los hombres en este grupo etario.

Las personas en el mundo con deterioro cognitivo para el año 2000 era de un aproximado de 20 millones y este número se ira duplicando cada dos décadas hasta llegar a los 81.1 millones para el 2040 (Ferri, Prince, & Brayne, 2005). En datos de Caja de Seguro Social (CSS), se menciona que en Panamá el 30% de la población enfrenta algún padecimiento mental, de acuerdo con el jefe nacional de Salud Mental; informes de la CSS detallan

que los casos más comunes de salud mental son: cuadros de ansiedad, psicóticos, esquizofrenia, conducta bipolar, trastornos de pánico, depresión y alteraciones emocionales asociadas a vivencias como la violencia intrafamiliar y abandono, en sí, todo este tamizaje de factores influye en el mantenimiento de la memoria para el adulto mayor. En Panamá las redes de apoyo para el adulto mayor pueden impactar en generar sentimientos de seguridad y de utilidad, incentivar la sensación de pertenencia de todos los que conforman la red, promover la integración social, aumentar la estima del que da apoyo y el que lo recibe, ayudar a enfrentar eventos críticos, prevenir la soledad y aislamiento, disminuir la incidencia de enfermedades mentales y depresión en doble vía, las necesidades básicas de la sociedad e identificar y fortalecerlas, todas estas son variables que afectan su desempeño cognitivo.

El Programa Nacional de Pensionados y Jubilados de la CSS, creó con el apoyo de adultos mayores, componente importante del subprograma del Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI), presente en 42 unidades ejecutoras de la CSS a nivel nacional con una población aproximada de 5,000 adultos mayores dependientes en sus residencias (Herrera, 2020), de igual forma el Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor en la actualización de sus lineamientos para la atención de esta población significativa, desarrollado por el Programa Nacional de Salud de Personas Adultas y Adultas Mayores del MINSA (2018), menciona dentro de sus consideraciones generales que a todas las personas adultas mayores que acudan a los establecimientos de salud por primera vez se le ofrecerá atención diferenciada e integral, la cual alcanza un contiguo de cuidados fundamentales entre los que se halla la evaluación geriátrica y el tamizaje por pérdida de capacidad visual y auditiva, aplicada por el galeno como garante principal, pero que logrará apoyarse en otros miembros del equipo que hayan sido preliminarmente capacitados.

El proceso antes mencionado se da bajo el marco de un ambiente respetuoso, con disposición y empatía, también se hará la entrevista clínica que contiene la aplicación de la historia clínica y la evaluación geriátrica integral a personas mayores de 60 años, con los objetivos generales de elevar el nivel de salud de la población mayor de 60 años con

miras a mantener su participación en la sociedad mediante un envejecimiento saludable y el de fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral para un envejecimiento saludable (MINSA, 2018).

Panamá cuenta con una variedad de asilos, muchos de estos llenos de adultos mayores con sus facultades mentales deficientes, el hecho del envejecimiento en algunas familias panameñas como exclusión desde la parte logística del hogar de no contar con espacio para él hasta la de no brindarle las atenciones médicas y psicológicas adecuadas, por lo tal se dará énfasis en uno de los tres momentos al momento de la consulta con el adulto mayor para el establecimiento de una relación sólida y duradera, como lo es el primer contacto con el paciente, empleando un lenguaje directo, concreto y sin tecnicismo, asegurando que el adulto mayor comprenda al igual que el familiar o cuidador que lo acompañe y mostrando serenidad e interés como lo menciona el Programa Nacional de Salud de Personas Adultas y Adultas Mayores del MINSA (2018).

Esta investigación tomó en cuenta una de las normas y procedimientos para la gestión y atención del programa del adulto mayor, la cual programó actividades de atención a las personas adultas mayores, elaboradas sobre la base de un diagnóstico situacional, también empleando uno de sus objetivos específicos que fue prevenir la discapacidad y rehabilitación física, mental y social oportuna del adulto mayor, en este caso será la mental con el Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (ver anexo 1), la cual prevé otros trastornos afines y promueve la investigación de aspectos afines con el adulto mayor de interés para los equipos de salud, como lo menciona hoy en día el Programa Nacional de Salud de Personas Adultas y Adultas Mayores del MINSA (2018).

1.2 Formulación del problema de investigación

Se debe adquirir el compromiso de preparar el camino hacia la tercera edad, ya que para vivir a plenitud nuestra ancianidad es preciso planificar este proyecto desde muy

temprano, es indispensable que esa búsqueda de calidad de vida y bienestar se inicie con suficiente antelación y no necesariamente persiguiendo la fuente de la eterna juventud (Stella, 1998). El deterioro cognitivo leve del adulto mayor se establece como una entidad patológica y va mermando su capacidad exclusiva en la memoria, esta viene siendo una psicopatología y no debe ser considerada como una condición fisiológica normal de la vejez (Composortega Cruz, 1995), por lo visto anteriormente se realiza la siguiente pregunta:

1. ¿Es eficaz el programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la Memoria en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve que fue desarrollado?

1.4 Justificación

La presente investigación ha sido realizada en el asilo Años Dorados, ubicado en Pacora, con el objetivo central de demostrar la eficacia del Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve, lo que permitirá estimular de manera general la memoria del adulto mayor en la provincia de Panamá y presentarles distintas técnicas terapéuticas que buscan una mejor forma de asimilación, almacenamiento y mantenimiento de la información en la memoria.

Se ha diseñado la presente investigación aspirando a contribuir con el conocimiento científico del deterioro cognitivo leve del adulto mayor en la provincia de Panamá, ya que el mismo es escaso en la actualidad, además de orientar nuevas políticas públicas para la atención integral del adulto mayor en las instituciones públicas, particulares y/o sin fines de lucro en el país, así como también funcionará como un estudio base para otras investigaciones afines.

1.5 Objetivos

Objetivo general

- Demostrar la eficacia del Tratamiento Cognitivo Conductual para La Estimulación de la Memoria del Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora.

Objetivos específicos

- Desarrollar un programa para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora.
- Estimular la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve, a través de la retención de la información y organización mental, basado en las técnicas terapéuticas cognitivas conductuales.
- Determinar las diferencias estadísticamente significativas del programa para la

estimulación cognitiva del adulto mayor de acuerdo a los resultados del pretest y postest.

1.6 Hipótesis

H₀: La memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora, no presentan una mejoría después de la aplicación del Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve.

$$H_0: \mu = \mu_0$$

H₁: La memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora, presenta una mejoría después de la aplicación del Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve.

$$H_1: \mu > \mu_0$$

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

De acuerdo con los reportes de Alzheimer's Disease International (2015), en el 2050 el mayor porcentaje de crecimiento mundial de sujetos con deterioro cognitivo se dará en Latinoamérica (528%), en donde, según el Banco Mundial (The World Bank, 2016), la mayoría de los países califican como de mediano o bajos ingresos económicos. Todo esto complica la situación general para enfrentarse a este flagelo.

En Panamá de acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el 2019 viven en el país 517 mil 488 adultos mayores de los cuales 269 mil 519 son mujeres y 240 mil 735 son hombres y para el 2050 se estima que los panameños de ambos sexos de más de 60 años lleguen a 1.3 millones, estas son proyecciones que explican el crecimiento acelerado de esta población (MIDES, 2018) y desde el punto de vista de la salud mental y la aparición de enfermedades demenciales también se ha visto que el 65% de los adultos que sobrepasan los 65 años presentan problemas de depresión, que es una condición que va desmejorando mayormente en los adultos que viven en albergues (30%) en comparación a los que residen en sus casas que resultan menos afectados (15%) de acuerdo a los profesionales del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM) (González, 2019).

Según la Dirección de Planificación De Salud / Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA (2019) en su registro estadístico trianual entre los años 2017, 2018 y 2019 de los datos nacionales sobre el Trastorno Cognoscitivo Leve (F06.7) que se estipulan dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (OMS, 1992), han sido atendidos en las instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) un 16 % en el año 2017 compuestos por seis mujeres y seis hombres adultos mayores de sesenta (60) años de edad, sin embargo en los años 2018 se presentaron un 41 % (compuestos por veinte mujeres y diez hombres adultos mayores de sesenta (60) años de edad y en el 2019 un 43 % (compuestos por dieciocho mujeres y catorce hombres adultos mayores de sesenta (60) años de edad) en la totalidades de los diagnósticos del F06. Un incremento casi de

tres veces el porcentaje en contraste con los registros del año 2017.

Se han elaborado pocas investigaciones sobre la salud del adulto mayor en Panamá y esto lo recalcan los científicos panameños Britton & Villarreal (2016) por lo que buscaban participantes para el estudio y ayudar a que se conozca más sobre esta realidad. En la primera etapa del estudio era para la Iniciativa de Investigación del Adulto Mayor en Panamá (Panama Aging Research Initiative, PARI), que desarrollan desde el Centro de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT). Los que participaron en el PARI se verán y vieron beneficiados al obtener dos evaluaciones a lo largo de 12-18 meses sobre su salud cognitiva, así como un resumen de los resultados de cada evaluación que pueden compartir con su médico (Como se citó en Rosenshain, 2016).

Desde 2011 en el país, los científicos panameños se propusieron como meta evaluar el estado de la función cognitiva (habilidad de aprender y recordar información) de la población de la tercera edad panameña y este proyecto buscaba conocer los factores que afectan la salud cognitiva y el riesgo de Alzheimer del adulto mayor en Panamá, el protocolo de esta investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Caja de Seguro Social. Los participantes del estudio recibieron una evaluación cognitiva (sobre su memoria y atención) y física (en que se medirá su fuerza en manos y su velocidad de la marcha) y la evaluación tomo un tiempo entre tres y cinco horas del tiempo del participante y hubo dos evaluaciones, separadas por un año y medio (Britton & Villarreal, 2016). PARI fue el primer estudio de su tipo en Panamá. A la fecha, se logró identificar factores que se relacionan específicamente con la coexistencia de síntomas depresivos y deterioro cognitivo; estos fueron tener baja educación, padecer cuatro o más enfermedades crónicas y sufrir al menos una limitación en actividades básicas de la vida diaria (Villarreal, Grajales, Lopez, & Britton, 2015) a su vez se llegó a mostrar que sufrir de cuatro o más enfermedades crónicas en la adultez mayor está asociado con una mayor probabilidad de padecer depresión (Villarreal, Grajales, Lopez, & Britton, 2015), dichos resultados tienen consistencia con estudios previos tanto en la región como en

otras regiones del mundo y permiten identificar factores en adultos mayores que pudieran predecir transiciones a estados de peor salud.

En Panamá se creó la ley 36 del 2016 que establece la normativa para la Protección integral de las Personas Adultas Mayores, compromiso que adquiere el Ministerio de Desarrollo Social para crear el Instituto para las Personas Adultas Mayores (MIDES, 2018). Dentro de los asilos existentes en Panamá, el Asilo Los Años Dorados, desde que comenzó la nueva gestión alcaldicia, se encuentra en renovación de manera integral, para favorecer la condición de vida de los adultos mayores, aún presenta algunas necesidades latentes, pero que han si tomadas en cuenta por el alcalde capitalino para mejorar el estatus de esta población (Arauz Somoza, 2019). Son 54 abuelitos mayores de 65 años los que viven en el Residencial los Años Dorados. Allí reciben atención médica, comida, ejercicios de rehabilitación física y cuidados médicos que requieren y no pueden recibir en sus hogares por diversos motivos.

El ingresar al Asilo los Años Dorados conlleva una serie de trámites, primeramente, la persona o familiares interesados deben solicitar el cupo a la Alcaldía de Panamá por medio de una nota y tener 65 años y más. Es importante que las personas adultas mayores tengan cierta movilidad por su cuenta para hacer algunas cosas y si es jubilado o con un ingreso por parte de la Caja de Seguro Social, debe adjuntar una copia de la ficha del seguro y su cédula. El costo mensual de la estadía en el hogar es de aproximadamente \$200 para quienes allí habitan y le incluye toda su atención, según la nueva administradora del lugar, el 70% de lo que el Estado invierte se va en gastos operativos y el gasto semanal en comida es de \$1.500.00, el de medicamentos es variable, según las necesidades (Urieta, 2019).

Visto lo anteriormente se traen a colación los siguientes aportes científicos respecto a los adultos mayores.

La calidad de vida en los adultos mayores. Se han realizado estudios como uno descriptivo transversal evaluando la Calidad de Vida en adultos mayores, respecto a diferentes variables sociodemográficas, enfatizando en su vinculación a Casa de

Abuelos, durante el período de enero- diciembre 2006. Se toma una muestra de 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados. A cada anciano evaluado se le aplica una entrevista estructurada y la variable Calidad de Vida se mide con la Escala M.G.H. (Reyes Camejo, Triana Álvarez, Matos Pérez, & Acosta Sariego, 2002).

Se encontró un predominio del sexo masculino, edades de 75-84 años, solteros y viudos. Sobresalen las categorías alta y media de Calidad de Vida entre los ancianos; la dimensión salud no daña la calidad de vida de los ancianos, pero la dimensión satisfacción por la vida si la afecta en un grupo de ellos (Montanet Avendaño, Bravo, & Hernández Elías, 2009).

Terapia de rehabilitación con entrenador mental en el adulto mayor con deterioro cognitivo. Se realizó un estudio cuasi experimental de tipo antes después sin grupo control con 48 pacientes donde se aplicó rehabilitación cognitiva con entrenador mental en pacientes con Deterioro Cognitivo Ligero y estadios iniciales de demencia pertenecientes al municipio de Güines, provincia Mayabeque, durante el período comprendido entre abril del 2008 hasta abril del 2009, con el objetivo de mejorar sus funciones cognitivas y su estado afectivo, para lo cual se aplicaron técnicas para mejorar la orientación, memoria de fijación, lenguaje, atención y la esfera afectiva.

En la muestra predominó el grupo de edad de 76 a 85 años en un 50 % y el sexo femenino con un 56%, siendo el nivel de escolaridad bajo con un 90 %. El Deterioro Cognitivo Ligero fue la afección cognitiva predominante con un 40 %. El 77 % mejoró el lenguaje y el 79 % la orientación espacial. El puntaje del Minimental State Examination de Folstein mejoró posterior a la terapia donde 4 pacientes presentaron puntajes superiores a 23 puntos. En la esfera afectiva un 77 % se mostró optimista y un 50 % aumentó su satisfacción y se concluyó que el proceso de estimulación mental demostró ser efectivo puesto que mejoró sus procesos cognitivos y afectivos indispensables para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Retureta Rodríguez, Rodríguez Carrasco, López Delgado, & Travieso Palenzuela, 2012).

Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. En el envejecimiento, las funciones cognoscitivas se caracterizan por un decremento y variabilidad en sus procesos, discernir si se trata de un envejecimiento normal o un deterioro patológico es clínicamente difícil; los límites no son precisos, además, intervienen variables como la edad, escolaridad y las diferencias poblacionales. Con el objetivo de caracterizar el perfil neuropsicológico de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo se estudió una muestra de 536 adultos mayores de 60 años con queja subjetiva o de familiares en los procesos de memoria, los cuales, fueron pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” de la Ciudad de México, entre los años 2006 a 2010.

Por consenso interdisciplinario de especialistas con énfasis en la evaluación neuropsicológica, se dividió la muestra en: Envejecimiento Normal (EN), Deterioro cognitivo Leve (DCL), Enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia Vascular (DV) y Demencia Mixta (DM). Con puntajes Z se calculó estadística descriptiva y un ANOVA de medidas repetidas, se llegó a encontrar diferencias estadísticas en el rendimiento de la evaluación neuropsicológica entre los grupos. El 29% de la muestra fue EN que no presenta alteraciones objetivas de funciones cognoscitivas. El más alto porcentaje fue el 46% del grupo DCL, que mostraron alteraciones en memoria y atención. La EA con el 12%, presenta alteraciones severas en memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. El 7% del grupo DV la atención, el viso constructivo, el cálculo y la coordinación motora fueron las funciones afectadas. Por su parte, en el perfil de DM que representa el 6%, mostro mayor severidad en las alteraciones cognoscitivas afectadas (Montes-Rojas, Gutiérrez-Gutiérrez, Silva-Pereira, Garcia-Ramos, & del Río-Portilla, 2012).

Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. El deterioro cognitivo leve (DCL) se presenta como una de las entidades clínicas que mayor interés despierta en el ámbito de la neurociencia cognitiva, por la dimensión de sus cifras y la posible evolución de algunos de los subtipos a demencia, el objetivo principal era poner a prueba un método y procedimiento de clasificación del DCL en función de las

puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas y de su convergencia con un criterio clínico establecido, así como analizar las diferencias entre los grupos resultantes.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión exclusión, se evaluaron mediante una batería de pruebas neuropsicológicas a 39 personas con edades entre 60 y 89 años. Se establecieron grupos de diagnóstico mediante un criterio psicométrico y un análisis de conglomerados, obteniéndose resultados satisfactorios al analizar la coherencia entre ambos criterios. Destaca la importante cantidad de sujetos con diagnóstico de DCL (43.6% y 53.9% en función de cada uno de los criterios), observándose en éstos un menor nivel de escolarización que los sujetos sanos. Es necesaria la prevención del DCL y la definición de los subtipos, además, el uso de criterios objetivos, con rigor científico y que evalúen diferentes dominios cognitivos, se muestra como un adecuado mecanismo para su análisis y diagnóstico. (Meléndez-Moral, Sanz-Álvarez, & Navarro-Pardo, 2012).

2.2 El adulto mayor y el envejecimiento

Según Guerrero, Hernández, & Rodríguez (1999), al mencionar a un adulto mayor y su desarrollo en el contexto social, es primordial saber sus factores teóricos asociados con su ambiente, que aportan al entendimiento eficaz de su situación y para establecer las funciones que ejercen estos grupos sociales. Al intentar dar una definición del adulto mayor o el concepto “tercera edad” se menciona que la persona adulta mayor es fijada posteriormente de sesenta años, en este concepto actúan factores sociales, orgánicos y cronológicos dificultosos de describir.

Al hablar de ellos, tenemos el concepto del abuelito en una mecedora rodeado de sus nietos y viviendo su retiro feliz, pero las realidades en algunas latitudes indican otras realidades y su probabilidad de vivir estos años de manera íntegra, es escasa, sobre todo el que reside en un asilo, aunque se les brinde las condiciones adecuadas, estructuradas y profesionales, no se cuentan con programas especializados que estimulen las capacidades cognitivas, físicas y emocionales de los pacientes, a diferencia

de una casa de retiro en el cual brindan diversos programas con actividades terapéuticas que ayudan a enlentecer el progreso de las enfermedades de los residentes, por ejemplo, el daño cognitivo que les produce el Alzheimer (Village, 2017).

El envejecimiento es reconocido como un proceso, involucra cambios de diferente orden, desde biológicos, psicológicos y cognitivos hasta sociales. Estos cambios los podemos concretar en la pérdida de la capacidad funcional, entendida como la destreza para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente (Rikli & Jones, 2000). Este proceso también es parte de un mensaje positivo, pero el concepto de la ancianidad, es una construcción social y una situación que muchas personas asocian a la pérdida (Pastor Mallol et al., 2003), como podría ser la de su autonomía, el adulto mayor necesita de otras personas para cumplir sus funciones higiénicas básicas, también limitaciones comunicativas con la familia y en la sociedad (Hernández Rodríguez, 2001), también sufren pérdidas económicas y no cuentan con una autosuficiencia material (Giró Miranda, 2005).

El aumento en la duración promedio de la vida representa uno de los aspectos más sobresalientes del mundo contemporáneo. Se estima que la expectativa de vida de principios del siglo XX en los Estados Unidos era de 48 años, comparada con los 79 años de las mujeres y los 74 años de los hombres de hoy (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statist, 2000). Esto es resultado de una multiplicidad de factores, como los avances médico-farmacológicos, los altos niveles nutricionales, las mejores condiciones de higiene y los progresos en el control de las enfermedades infantiles.

Estrictamente hablando, la ciencia y la tecnología modificaron las causas de muerte temprana, pero no la duración máxima de la vida. Como hace algunos siglos, es raro encontrar a una persona mayor de 100 años. Si se lograran controlar las causas de muerte más importantes, la duración de la vida del hombre se situaría aproximadamente de los 90 a los 100 años. Por tanto, se espera que la población mayor de 80 años vaya en aumento durante los próximos años, aunque ello no signifique que la duración máxima se incremente mucho. La perspectiva es que para este siglo XXI el neuropsicólogo clínico tenga una cifra mayor de pacientes pertenecientes a la tercera edad, lo cual

implica conocer mejor los cambios ocurridos con la edad y los instrumentos adecuados para determinar qué es un envejecimiento normal y cómo diferenciarlo de un envejecimiento patológico (Nussbaum, 1997).

Más aún, dados los cambios demográficos actuales, se requieren nuevas clasificaciones de la población senil. Así, por ejemplo, se consideran seniles jóvenes (young old) los individuos entre los 55 y los 74 años de edad, seniles viejos (old-old), a quienes están por encima de los 75, y seniles más viejos (oldest-old) a los mayores de 85 años (Backman, Small, & Wahlin, 2000).

2.2.1 Cambios durante el envejecimiento

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos (World Economic and Social Survey, 2007). En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares (Bloom, 2011; Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009). Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años (Bloom, 2011). Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona como lo menciona la OMS (2015).

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen

concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (Beard et al., 2012). Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar (Crimmins & Beltrán-Sánchez, 2011); hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes (Manton, Gu, & Lamb, 2006; Lin, Beck, Finch, Hummer, & Masters, 2012). Aunque quizá algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con “la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados” (Beard et al., 2012; Jagger et al., 2008). Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado (Chatterji, Byles, Cutler, Seeman, & Verdes, 2015).

Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante no solo se debería considerar las estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Estas fortalezas pueden ser particularmente importantes para ayudar a las personas a desenvolverse en los sistemas y reunir los recursos que les permitan hacer frente a los problemas de salud que a menudo se presentan en la vejez (Zheng et al., 2011).

2.2.2 Signos exteriores e interiores del envejecimiento

Uno de los signos más obvios del envejecimiento son los cambios en el cabello de una persona. La mayor parte del cabello de la gente se vuelve distintivamente gris y finalmente blanco, y se adelgaza. El rostro y otras partes del cuerpo se arrugan a medida que la piel pierde elasticidad y colágeno, la proteína que forma las fibras básicas del tejido corporal (Bowers & Thomas, 1995; Medina, 1996). El individuo puede volverse

perceptiblemente más pequeño, llegando a encoger hasta 101 milímetros. Aunque esta disminución en la estatura se debe en parte a cambios en la postura, la causa principal es que el cartílago de los discos de la columna vertebral se vuelve más delgado, es particularmente cierto en el caso de las mujeres, quienes son más susceptibles que los hombres a la osteoporosis o adelgazamiento de los huesos, debido sobre todo a la reducción en la producción de estrógeno (Feldman, 2007).

La osteoporosis afecta al 25 por ciento de las mujeres mayores de 60 años y es una causa importante de huesos rotos entre mujeres y hombres mayores. Se previene en gran medida si se consumió suficiente calcio y proteínas en las primeras etapas de la vida y si se realizó ejercicio adecuado. Además, la osteoporosis se trata e incluso se previene mediante el uso de medicamentos como Fosamax (alendronato) (Moyad, 2004; Picavet & Hoeymans, 2004). Aunque los estereotipos negativos contra la apariencia avejentada operan para hombres y mujeres, son particularmente enfáticos para las mujeres. En efecto, en las culturas occidentales hay un doble estándar para la apariencia, según el cual las mujeres que muestran signos de envejecimiento son juzgadas con más severidad que los hombres.

A medida que los signos físicos externos del envejecimiento se hacen cada vez más aparentes, ocurren cambios significativos en el funcionamiento interno de los sistemas orgánicos. Las capacidades de muchas funciones declinan con la edad (Whitbourne, 2001; Aldwin & Gilmer, 2004). El cerebro se hace más pequeño y más ligero con la edad, aunque, en ausencia de enfermedades, conserva su estructura y función. A medida que el cerebro se encoge, se separa del cráneo, y la cantidad de espacio entre el cerebro y el cráneo se duplica de los 20 a los 70 años. Feldman (2007) también menciona que el flujo de sangre se reduce dentro del cerebro, el cual también usa menos oxígeno y glucosa asimismo el número de neuronas, o células cerebrales, disminuye en algunas partes del cerebro, aunque no tanto como alguna vez se pensó.

La reducción del flujo sanguíneo en el cerebro se debe en parte a la reducción en la capacidad del corazón para bombear sangre por el sistema circulatorio. Como

consecuencia del endurecimiento y del encogimiento de los vasos sanguíneos del cuerpo, el corazón se ve obligado a trabajar más duro, y por lo general es incapaz de compensarlo plenamente. Un hombre de 75 años de edad bombea menos de tres cuartas partes de la sangre que podía bombear en la adultez temprana (Shock, 1962; Kart, 1990). Otros sistemas corporales trabajan con una capacidad menor a la exhibida antes. Por ejemplo, el sistema respiratorio es menos eficiente con la edad. El sistema digestivo produce menos jugos digestivos y es menos eficaz para impulsar la comida a través del intestino, lo cual produce una incidencia más alta de estreñimiento. Al incrementarse la edad, algunas hormonas se producen en niveles más bajos. Además, las fibras musculares disminuyen de tamaño y cantidad, y se vuelven menos eficientes para usar el oxígeno del torrente sanguíneo y para almacenar nutrientes (Fiatarone & Garnett, 1997; Lamberts, van den Beld , & van der Lely, 1997).

2.3 Evaluación de la memoria

El principal objetivo de la evaluación de la memoria es analizar y describir el funcionamiento de cada uno de los sistemas de memoria, la experiencia subjetiva de la persona afectada en relación a los déficits y el modo en que interfiere en un funcionamiento diario. Para poder hacer una valoración objetiva y exhaustiva de todos ellos es importante tener un conocimiento de la organización de estos sistemas y estructuras implicados para poder seleccionar los instrumentos de valoración más adecuados, de forma previa a una valoración neuropsicológica, se deberá haber realizado un examen exhaustivo de la historia clínica del paciente y de los datos de neuroimagen que existan, ya que pueden ofrecernos valiosa información sobre el curso de la enfermedad, diagnósticos previos, inicio del proceso, evolución, complicaciones y tratamientos recibidos hasta el momento. Del mismo modo, es importante realizar una entrevista con el propio paciente y sus familiares, que pueden informarnos de las quejas y manifestaciones cotidianas problemáticas existentes, así como sobre la conciencia del problema (Blázquez Alisente et al., 2009).

Para el estudio de los instrumentos de valoración disponibles, se han organizado todos ellos en función de su grado de profundidad de análisis, para lo cual hemos establecido las siguientes categorías: escalas breves de rastreo cognitivo, pruebas específicas de evaluación de los diferentes tipos de memoria, baterías generales de evaluación de la memoria y cuestionarios de valoración subjetiva de quejas de memoria.

2.4 Estrategias generales para la estimulación de la memoria

Las estrategias de memoria engloban un conjunto de operaciones cognitivas utilizadas para facilitar y mejorar el rendimiento y eficacia en las distintas fases de la memoria (codificación, almacenamiento y recuperación). Los déficits mnésicos pueden deberse al fallo en diferentes fases del proceso de memorización, es decir, durante la codificación, durante el almacenamiento o a la hora de la recuperación. Para estimular el funcionamiento de estas fases, diversos autores han diseñado estrategias de memoria que inciden en cada uno de los estadios que sigue el proceso de recuerdo. A pesar de existir diversas clasificaciones, la más extendida es aquella basada en el nivel de procesamiento de la información.

Tal como menciona Craik y Lockhart (1972) citado por Blázquez Alisente et al., (2009) que la hipótesis de los niveles de procesamiento, demostraron la relevancia que los procesos de codificación tienen en la memoria humana. Según estos autores son los procesos realizados durante la codificación los responsables de la creación de huellas más o menos estables y duraderas, por lo que el rendimiento en tareas de recuerdo y reconocimiento será significativamente mayor cuando durante la codificación se ha llevado a cabo un tipo de procesamiento profundo frente a uno de carácter superficial.

Blázquez Alisente et al., (2009) basándose en este modelo, definieron las principales estrategias utilizadas para mejorar los procesos de codificación y recuperación, y para ello las presentaremos de menor a mayor grado de profundidad del procesamiento:

- **Estrategias de repetición:** Constituyen las estrategias de elaboración de información más superficial; mejoran el almacenamiento de información, aunque no son las estrategias más eficaces. Están formadas por tareas como la copia, el repaso de algún tema, la repetición mental, el subrayado etc.
- **Estrategias de centralización:** Consisten en extraer la información fundamental con el fin de reducir el material a almacenar. Supone sintetizar la información que será almacenada definitivamente, lo que facilita el proceso de aprendizaje. Para ello es importante hacer una lectura global de la información general y, posteriormente, sustraer los datos relevantes. Ejemplos de estas estrategias son la realización de resúmenes y esquemas.
- **Estrategias de organización:** Se basan en la realización de una modificación o integración de la información que se debe recordar en unidades más pequeñas, pero con un significado que facilita la retención. Entre las estrategias de organización podemos distinguir el agrupamiento, la categorización y la jerarquización.
- **Estrategias de elaboración:** Consiste en asociar la nueva información que se pretende almacenar con datos ya conocidos de los que dispone la persona. Con ello favorecemos el aumento de significado de la información a retener y, por tanto, su almacenamiento. Ejemplos de este tipo de estrategias lo constituyen la elaboración de analogías o metáforas que permitan comparar e integrar ambas informaciones.

Blázquez Alisente et al., (2009) delimitaron los principios más básicos, pero imprescindibles, de cara al diseño y establecimiento de un programa de estimulación de la memoria, así como las estrategias generales para lograr una mejora significativa. Para poder llevar a cabo un programa eficaz de estimulación y rehabilitación de la memoria es fundamental:

- Conocer del funcionamiento mnésico normal con base en los modelos teóricos más relevantes.
- Analizar la historia clínica y evolución de la sintomatología mediante entrevista con la familia, el paciente y evaluaciones cognitivas previas.
- Evaluar exhaustiva y objetivamente cada uno de los sistemas y subsistemas de memoria, con el fin de establecer el rendimiento actual y poder compararlo con los cambios a lo largo del tiempo.
- Realizar una valoración cognitiva general que permita analizar las capacidades alteradas y preservadas que pudieran influir en el rendimiento mnésico.
- Llevar a cabo una evaluación de los aspectos emocionales y de la conciencia de la situación actual.
- Analizar el tipo de intervención que se llevará a cabo en función de la severidad de los déficits y del pronóstico de recuperación (reestructuración, compensación, sustitución).
- Establecer los objetivos iniciales de intervención y conseguir el compromiso paciente-terapeuta. Los objetivos de intervención deberán tener un componente funcional y ser consensuados con la persona afectada.
- Valorar los progresos y la generalización obtenidos tras un tiempo variable de intervención, con el fin de comprobar objetivamente las mejoras y renovar los objetivos de intervención.

2.5 Estado cognoscitivo en el adulto mayor

Hay una observación de gran importancia con respecto a los cambios cognoscitivos vinculados al envejecimiento: al aumentar los rangos de edad, los puntajes en diferentes pruebas neuropsicológicas tienden a mostrar una dispersión mayor (Ardila & Rosselli, 1989a). Es decir, mientras mayor es la edad, más heterogénea es la ejecución. Mientras que algunas personas siguen presentando una ejecución relativamente alta, otras muestran una caída acelerada. El primer grupo correspondería a lo que se conoce como “envejecimiento exitoso” (personas que aun en edades muy avanzadas presentan una

ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas y llevan una vida relativamente normal). Por el contrario, quienes presentan una caída acelerada en sus habilidades cognoscitivas llegarán a presentar una demencia de tipo Alzheimer (DTA). De hecho, las diferencias entre el envejecimiento normal y la DTA son más cuantitativas que cualitativas. En esta última, los cambios cognoscitivos ligados al envejecimiento aumentan en términos patológicos.

2.5.1 La memoria en el adulto mayor

La senectud se relaciona con una disminución en la capacidad de memoria y aprendizaje. Se incrementa la tasa de olvido al tiempo que disminuye la capacidad para adquirir nueva información. Estas dificultades se inician hacia la quinta década de la vida y van aumentando de manera progresiva. Este deterioro de la memoria es lento en el envejecimiento normal, pero acelerado en caso de demencia.

Uno de los aspectos más sobresalientes en la memoria del anciano es la dificultad para recordar hechos recientes, a pesar de describir con relativa facilidad eventos antiguos, en particular los relacionados con situaciones emocionales. La edad parece no afectar la memoria antigua, pero sí la reciente.

La memoria sensorial se encuentra también alterada, Walsh (1975) observó que un estímulo de sólo 50 milisegundos inducía una imagen (memoria sensorial icónica) en apenas 20% de los ancianos y en 100% de los adultos normales. En la memoria inmediata hay lentificación evidente (Craik, 1977). Sin embargo, la ejecución en pruebas de memoria inmediata, como la retención de dígitos, no cambia significativamente con la edad (Ardila & Rosselli, 1989b)

Con la edad se disminuye la capacidad para almacenar información reciente. El sujeto logra asimilar información inmediata, pero no la convierte adecuadamente en huellas de largo plazo. Estas dificultades de almacenamiento son evidentes tanto para material verbal como para el no verbal (Crook et al., 1986), a pesar de que se advierten mayores defectos en la memoria no verbal (Eslinger, Pepin, & Benton, 1988). La edad reduce no

sólo la capacidad de almacenamiento, sino el proceso de evocación (Poon, 1985). Sin embargo, el proceso mayormente alterado durante la senectud es el de recobro (Cummings & Benson, 1993). Las claves semánticas mejoran la ejecución en pruebas de memoria en sujetos seniles, lo cual implica dificultades en el recobro de la información almacenada (Smith, 1977).

El anciano se encuentra en particular desventaja frente al joven cuando el material se presenta a velocidades altas y existe un tiempo limitado para responder. La lentificación en el procesamiento de la información contribuye con una ejecución pobre en pruebas de memoria (Diamond et al., 2000). Según Arenberg (1980) comparó el aprendizaje en ancianos cuando la información se presentaba con tasas altas y bajas, y descubrió que en las altas aquéllos se comportaban como amnésicos, mientras que en las bajas tendían a comportarse como los jóvenes. Entre éstos últimos, la tasa de presentación no constituía un factor crítico en la probabilidad de retención, como sí sucedía con los ancianos.

La capacidad de la memoria operativa o memoria de trabajo es otro factor que parece alterarse con la edad. Este tipo de memoria se refiere a la capacidad para procesar información mientras se mantienen en la memoria reciente los resultados de ese procesamiento, las metas y las estrategias que se utilizan (Raz, 2000). De igual manera, le permite al individuo manejar o estar “en línea” (on line) con respecto a varios tipos de información. Así, por ejemplo, al tiempo que se lee una frase y se entiende su significado, se recuerda la última palabra de lo leído. La capacidad de memoria operativa sería definida, en este caso, como el mayor número de palabras de una frase que son correctamente leídas, junto con la capacidad para recordar la última palabra. Algunos estudios sugieren que al reducirse la capacidad de memoria de trabajo se limita la capacidad para almacenar, monitorear y manipular información, todo ello al mismo tiempo (Schneider & Pichona-Fuller, 2000).

La merma en la memoria reciente se relaciona con la lentificación en el proceso de almacenamiento y con la merma en las estrategias de metamemoria. Las personas necesitan más tiempo y más ensayos para aprender material verbal, pues no utilizan adecuadamente estrategias de almacenamiento ni de recuperación de la información.

Cuando el proceso de almacenamiento es frágil aumentan los agentes interferentes. Sin embargo, estos factores interferentes se incrementan en la senectud. West (1986) describe dificultades en la memoria para actividades cotidianas: localizar objetos, reconocer caras y lugares, aprender nuevas rutas.

Las dificultades en la cronología de los eventos (memoria temporal o secuencial) son otras características del envejecimiento (Barbizet, 1970). La dimensión temporal de la memoria se reduce notablemente durante el envejecimiento normal, y en especial durante el envejecimiento patológico.

Las dificultades en la memoria reciente pueden ser secundarias a otros defectos cognoscitivos. Horn (1982) demostró que el deterioro en la memoria del anciano es uno más de los componentes que caracterizan un deterioro global asociado con la edad. La lentificación en todos los procesos cognoscitivos puede reducir el proceso de memoria. Es evidente, sin embargo, que los puntajes dependen no sólo de la edad del sujeto, sino también de su nivel educacional (Ardila y Rosselli, 1989b; Loewenstein et al., 1992). Hay factores educacionales y culturales que pueden afectar la ejecución en pruebas neuropsicológicas (Loewenstein et al., 1994)

Al reconocimiento de un deterioro en la memoria reciente correlativa con la edad, independiente de un deterioro cognoscitivo global, se le llama “olvido senil benigno” (Kral, 1966) o age-associated memory impairment (Cummings & Benson, 1993). Crook et al., (1986) establecieron los criterios de diagnóstico diferencial entre las alteraciones de memoria ligadas al envejecimiento normal y aquellas indicadoras de demencia: y

1. Durante el envejecimiento normal se advierten fallas discretas en la memoria, sobre todo en personas mayores de 50 años.
2. En el olvido senil benigno las quejas de memoria se reflejan en actividades cotidianas: se olvidan nombres, números telefónicos, hay dificultad para recordar información en forma inmediata, y similares.
3. El defecto de memoria debe tener una evolución gradualmente lenta, sin que se agrave súbitamente en los últimos meses.

4. En el olvido senil benigno el desempeño en pruebas de memoria debe encontrarse hasta una desviación estándar por debajo de la media para adultos normales.
5. Existe un funcionamiento intelectual global adecuado, del cual se desprende un desempeño normal de acuerdo con la edad en pruebas de inteligencia.
6. No hay indicios de demencia.

Los trastornos de memoria en sujetos normales pueden compensarse con estrategias cognoscitivas que permitan superar parcialmente la problemática. En algunos ancianos, sin embargo, los defectos en la memoria reciente pueden afectar su desempeño en la vida cotidiana, al olvidar los nombres de personas recién conocidas o las actividades que deben realizar. Ardila & Rosselli (2007) mencionan que algunos sujetos aceptan los cambios de memoria como cualquier otra limitación que se asocia con el envejecimiento; para otros, sin embargo, se convierte en una fuente de ansiedad, con un temor permanente de estar sufriendo un proceso de deterioro patológico.

2.5.2 La habilidad cognoscitiva en el adulto mayor

La idea de que la gente mayor pierde habilidad cognoscitiva surgió inicialmente de malas interpretaciones de la evidencia empírica. Las primeras investigaciones sobre la forma en que cambia la inteligencia como resultado del envejecimiento, por lo general hicieron una comparación simple entre el desempeño de sujetos jóvenes y mayores en la misma prueba de CI, usando métodos experimentales transversales tradicionales. Feldman (2007), menciona que se aplica la misma prueba a un grupo de individuos de 30 años y a otro de 70 para luego comparar su desempeño.

Uno de los inconvenientes de este procedimiento, es que los métodos transversales no tienen en consideración los efectos de cohorte, es decir, las influencias atribuibles a crecer en una época en particular. Por ejemplo, si el grupo más joven (por la época en que creció) tiene más educación, en promedio, que el grupo mayor, podríamos esperar

que por esa sola razón el grupo más joven tendría un mejor desempeño en la prueba. Además, como algunas pruebas tradicionales de inteligencia incluyen partes cronometradas o componentes de tiempo de reacción, el tiempo de reacción más lento de la gente mayor podría explicar su desempeño inferior (Feldman, 2007).

Feldman (2007), menciona que, para superar esos problemas, los psicólogos del desarrollo han recurrido a estudios longitudinales, los cuales seguían a los mismos individuos durante muchos años. Sin embargo, por la exposición repetida a la misma prueba, los sujetos con el tiempo se familiarizan con los reactivos de la prueba. Además, los participantes en los estudios longitudinales podrían mudarse, dejar de participar, enfermarse o morir, dejando un grupo de gente más pequeño y posiblemente con más habilidades cognitivas.

Las investigaciones han tratado de superar las desventajas de los métodos transversales y longitudinales, en lo que constituye el estudio más ambicioso de la inteligencia en las personas mayores, el psicólogo del desarrollo K. Warner Schaie ha empleado métodos secuenciales. En el estudio masivo de Schaie, realizado en Seattle, Washington, se aplicó una batería de pruebas de habilidad cognoscitiva a un grupo de 500 individuos elegidos al azar, estos sujetos pertenecían a diferentes grupos de edad, empezando a los 20 años y extendiéndose a intervalos de cinco años hasta la edad de 70. Los participantes fueron probados, y siguen siéndolo, cada siete años y cada año se reclutan más participantes y en este punto, se probaron a más de 5 000 participantes (Schaie, 1994).

El estudio, junto con otras investigaciones, apoya varias generalizaciones acerca de la naturaleza del cambio intelectual durante la adultez tardía. Entre las principales se encuentran las siguientes (Schaie, 1994; Craik & Salthouse, 1999):

- Algunas habilidades declinan de manera gradual a lo largo de la adultez, empezando alrededor de los 25 años, aunque otras permanecen relativamente estables. No existe un patrón uniforme en la adultez de cambios relacionados con la edad en todas las habilidades intelectuales. Además, la inteligencia fluida (la habilidad para manejar problemas y situaciones nuevas) disminuye con la edad,

mientras que la inteligencia cristalizada (el almacén de información, habilidades y estrategias que la gente ha adquirido) permanece estable y en algunos casos de hecho mejora (Baltes & Schaie, 1974; Schaie, 1993).

- Para el ser humano promedio, se encuentran algunas disminuciones cognoscitivas en todas las habilidades para la edad de 67 años. Sin embargo, esas disminuciones son mínimas hasta los 80. Incluso a la edad de 81 años, menos de la mitad de los sujetos sometidos a prueba mostraron disminuciones consistentes respecto a los siete años previos.
- Se encuentran diferencias individuales significativas en los patrones de cambio en la inteligencia. Algunas personas empiezan a mostrar disminuciones intelectuales pasados los 30 años, mientras que otras no experimentan ningún decremento sino hasta que rebasan los 70. En efecto, alrededor de una tercera parte de los individuos mayores de 70 años califican más alto que el adulto joven promedio.
- Factores ambientales y culturales juegan un papel en la disminución intelectual. Las personas que no padecen enfermedades crónicas, con nivel socioeconómico (NSE) alto, que participan en un ambiente intelectualmente estimulante, con un estilo de personalidad flexible, casadas con un cónyuge brillante, que mantienen buena velocidad de procesamiento perceptual y sentimientos de autosatisfacción con los logros en la adultez media o temprana, mostraron menos deterioro.

La relación entre factores ambientales y habilidades intelectuales le sugirió a Schaie y sus colaboradores la posibilidad de desarrollar procedimientos para ayudar a los adultos mayores a mantener sus habilidades de procesamiento de la información. Schaie y Sherry L. Willis (1986) también han realizado distintos estudios en los que examinan métodos para mejorar las habilidades cognoscitivas de los adultos mayores.

2.6 Deterioro cognitivo leve

Como mencionan Bruna Rabassa et al., (2011) entre los cambios neuropsicológicos asociados al proceso de envejecimiento se ha descrito la presencia de deterioro en diversas funciones cognitivas, en mayor o menor grado, entre las que cabe destacar la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento de la información, las funciones visoperceptivas, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Sin embargo, algunas personas pueden presentar mayor dificultad en determinadas funciones cognitivas, especialmente en la memoria, que pueden llegar a interferir en la realización de las actividades de la vida diaria.

La diferenciación entre las características de deterioro cognitivo que podría indicar el inicio de un proceso neuro degenerativo y los cambios cognitivos propios del proceso de envejecimiento se ha convertido, en los últimos años, en uno de los retos de las neurociencias y, en especial, de la neuropsicología. Debido a la importancia de valorar los cambios cognitivos más allá del propio proceso de envejecimiento, recientemente se han desarrollado distintos conceptos para definir este proceso, el último de los cuales hace referencia al concepto de deterioro cognitivo leve (DCL; en inglés mild cognitive impairment) (Bruna Rabassa et al., 2011).

El constructo del deterioro cognitivo leve propone identificar a los individuos que presentan cierto declive cognitivo en un punto inicial del deterioro en el que aún son posibles las intervenciones terapéuticas. Reisberg, Ferris, De Leon, y Crook (1982) citados por Bruna Rabassa et al., (2011) desarrollaron criterios específicos para la alteración de la memoria asociada a la edad (AMAE; en inglés age associated memory impairment [AAMI]), ellos en un trabajo del National Institute of Mental Health, describieron los problemas mnésicos de «personas mayores con buena salud». Esencialmente, el concepto de AMAE fue criticado por hacer referencia al envejecimiento cognitivo normativo y, por tanto, no permitir la definición de una fase pre inicial de la Enfermedad de Alzheimer (Michel & Becker, 2002).

Levy (1994) citado por Bruna Rabassa et al., (2011) propuso el concepto de deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE; en inglés age-associated cognitive decline), una estandarización a partir de la edad y con un foco más amplio de declive, ya que incluye dificultades en alguna área de la memoria, del aprendizaje, de la atención, de la concentración, del pensamiento, del lenguaje o del funcionamiento visoespacial.

En estudios posteriores, Petersen y Morris (2005) observaron la heterogeneidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL) y propusieron la siguiente clasificación:

- DCL amnésico (DCL-a). Sólo afecta a la memoria. Es la presentación más frecuente del DCL en la que se observa un importante deterioro de la memoria, con una relativa preservación del resto de capacidades cognitivas; es el tipo de DCL más conocido y más estudiado.
- DCL de dominios múltiples amnésico (DCL-dm-a). Se caracteriza por un leve deterioro en más de un área cognitiva, siendo una de ellas la memoria, pero de gravedad insuficiente para constituir demencia. Implica diversos grados de afectación de algunos dominios cognitivos como el lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades visoespaciales, con alteración en la memoria.
- DCL de dominios múltiples no amnésico (DCL-dm-na). Afecta a varias áreas cognitivas distintas a la memoria, teniendo en cuenta que esta se puede ver afectada por la interrelación con otras áreas cognitivas que sí se hallen afectadas.
- DCL de dominio único no amnésico (DCL-único-no- memoria). En este caso las personas afectadas muestran un deterioro en un solo dominio distinto de la memoria (p. ej., lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales) y conservan relativamente intactas las otras capacidades cognitivas, con un deterioro insuficiente de las actividades básicas de la vida diaria (Abvd) como para constituir demencia.

2.6.1 Trastorno cognoscitivo leve (F06.7)

Cabe tener en cuenta que la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por la OMS (1992) describe al deterioro cognitivo leve, como el trastorno que puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) muy diversos. Puede no existir una afectación cerebral puesta de manifiesto por signos neurológicos, pero sí grandes molestias o interferencias con actividades. Los límites de esta categoría están sin establecer definitivamente. Cuando es consecuencia de una enfermedad somática de la que el enfermo se recupera, el trastorno cognoscitivo leve no se prolonga más de unas pocas semanas. Este trastorno sólo debe diagnosticarse en ausencia de claros trastornos mentales o comportamentales siendo su pauta para el diagnóstico la característica principal es una disminución del rendimiento cognitivo, que puede incluir deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración.

2.7 La codificación, almacenamiento y recuperación en el adulto mayor

Es útil pensar en la memoria como un sistema que archiva la información en tres pasos: codificación, almacenamiento y recuperación. Para archivar algo en la memoria, primero es necesario decidir en cuál “carpeta” ponerlo, por ejemplo, “personas conocidas” o “lugares visitados”. La codificación asigna un “código” o “etiqueta” a la información con el fin de prepararla para el almacenamiento, y así facilitar su localización cuando sea necesaria. A continuación, se almacena el material (se pone en una carpeta en el archivero). El último paso es recuperar la información cuando se le requiera (buscar el archivo y tomarlo). Los mecanismos precisos involucrados en codificación, almacenamiento y recuperación pueden variar con la situación, el tipo de información y la manera en que se utilizará dicha información (Lovelace, 1990); las dificultades en cualquiera de estos pasos pueden deteriorar la memoria (Zacks, Hasher, & Li, 2000)

La manera en que se codifica y almacena la información puede afectar su accesibilidad (Lovelace, 1990; Wingfield & Stine, 1989). Un ítem que esté mal archivado (codificado de manera inadecuada o almacenado en el lugar equivocado) será difícil de recuperar. Por ejemplo, no sería posible encontrar información acerca de Alaska si está archivada en el rubro de “islas tropicales”. Los problemas también surgen cuando un ítem encaja en más de una categoría. Por ejemplo, si hubieses archivado la palabra base sólo en “términos usados en béisbol” y quieres un sinónimo para cimiento, es posible que no puedas recuperarlo. Además, elementos similares, como principal y principio, pueden causar confusión a menos que se codifiquen de manera distinta.

¿Cómo cambian estos procesos con la edad? Un hallazgo es que la habilidad para recuperar información recientemente encontrada parece disminuir. Después de varias horas, días o semanas, los adultos jóvenes pueden recordar pares de palabras o párrafos, o reconocer cuadros, mejor que los ancianos (Craik, 1977; Park, Puglisi, & Smith, 1986; Park, Royal, Dudley, & Morrel, 1988; Poon, 1985) citados por Papalia, Sterns, Feldman, & Camp (2009) mencionan que cuando los ancianos tienen problemas para recordar ¿se debe a fallas en la recuperación o a pérdida real de material almacenado en la memoria?, ¿o se relaciona más bien con la forma en que codifican la información en primer lugar? La respuesta puede ser cualquiera de las anteriores.

- **Problemas de codificación.** En general, los ancianos parecen tener menos habilidad que los jóvenes para codificar nueva información y recuperarla más fácilmente. Por ejemplo, es menos probable que los ancianos dispongan material de manera espontánea en orden alfabético o que hagan asociaciones mentales. Las personas mayores pueden mejorar sus habilidades de codificación con ayuda de entrenamiento o instrucción, pero el beneficio que obtienen de ello, en comparación con los adultos más jóvenes, depende de la tarea (Craik & Jennings, 1992). Además, la codificación de los ancianos parece ser menos precisa (Craik & Byrd, 1982).
- **Problemas de almacenamiento.** Una explicación posible para el olvido es que el material almacenado puede deteriorarse tanto que la recuperación se vuelve difícil o imposible. Aunque la mayoría de los estudios no apoyan la idea de que los

ancianos olvidan más rápidamente que los jóvenes (Poon, 1985), hallazgos recientes sugieren que un pequeño aumento en la “falla de almacenamiento” puede ocurrir con la edad (Camp & McKittrick, 1989; Giambra & Arenberg, 1993). Pero si los recuerdos se deterioran, aún es posible que permanezcan rastros, y puede ser posible reconstruirlos, o al menos reaprender el material rápidamente (Chafetz, 1992).

- **Problemas de recuperación.** Al recuperar información almacenada en la memoria, los ancianos pueden ser capaces de responder una pregunta de opción múltiple, pero no una abierta. Aunque tienen más problemas que los adultos jóvenes para recordar detalles, se desempeñan casi tan bien como aquéllos en el reconocimiento de detalles que conocen (Hultsch, 1971; Lovelace, 1990). Aun así, a los ancianos les toma más tiempo que a los más jóvenes buscar en sus recuerdos (Anders, Fozard, & Lillyquist, 1972; Lovelace, 1990). (El recuerdo de detalles sobre acontecimientos recientes puede mejorar al ver fotografías o leer descripciones acerca de éstos (Koutstaal, Schacter, Johnson, Angell, & Gross, 1998). La diferencia de edad pierde importancia cuando los ancianos están familiarizados con el material, tienen una oportunidad para practicarlo y pueden trabajar a su propio ritmo (Lovelace, 1990; Poon, 1985).

2.8 La terapia conductual

Como menciona Fernández-Aranda, Crespo, Jiménez-Murcia, Krug, & Vallejo (2006) citado por Fernández-Aranda (2015), el objetivo actual de toda terapia del comportamiento deberá ser no sólo liberar al paciente de sus síntomas (a través de un tratamiento sintomático), sino también prepararle para reconocer, reducir y/o solucionar más adecuadamente los factores mantenedores, desencadenantes y consecuentes de sus problemas (a través de un tratamiento sintomático y/o no sintomático).

Según Kanfer (1989), durante los últimos 30 años, los constructos básicos de la terapia del comportamiento han presentado las siguientes modificaciones:

1. Desde un punto de vista teórico, pasar de un modelo explicatorio de condicionamiento lineal a un modelo no lineal, en donde sean consideradas distintas áreas (entorno-interpersonal, intrapersonal y biológica).
2. Desde un punto de vista práctico:
 - a. Una participación más activa del paciente.
 - b. Modificación de los criterios para determinar el inicio o finalización de un tratamiento.
 - c. Mayor importancia del trabajo motivacional con el paciente y de la relación entre éste y el terapeuta.
 - d. Mayor importancia durante el tratamiento de la utilización de técnicas y estrategias para la reducción de factores mantenedores y/o deficitarios del paciente (p. ej., estrategias de resolución de problemas y/o déficits comunicacionales).
 - e. Gran acumulación de investigaciones sobre distintas estrategias terapéuticas y efectividad diferencial de éstas.

Según Franks y Wilson (1978), «la terapia de la conducta comprende primariamente la aplicación de principios que se desarrollaron en las investigaciones de la psicología experimental y social; debe atenuar el sufrimiento humano y la limitación de la capacidad humana de acción. La terapia de la conducta concede valor a una evaluación sistemática de la eficacia en la aplicación de tales principios. Entraña modificaciones del entorno y de la interacción social, y no tanto una modificación directa de procesos somáticos mediante fenómenos biológicos y su objetivo consiste principalmente en la formación y el fomento de las capacidades del individuo. Las técnicas empleadas permitirán la mejoría de autocontrol en el sujeto».

Este tipo de abordaje terapéutico, si bien posee una escasa historia, ha sido y es de los más influyentes en la psicología clínica actual, tanto por su valor empírico como por su

importancia asistencial y de economía de costes, según Fernández-Aranda F. (2015) las características o principios básicos de la terapia de conducta serán las siguientes:

1. Se hace hincapié en los determinantes actuales de la conducta, y en los fenómenos contrastables y observables de ésta.
2. El terapeuta se interesa por el aquí y ahora y no por traumas y/o conflictos internos vividos por el paciente en el pasado.
3. Se pretende relacionar de forma lineal las diversas conductas, y en especial aquellas denominadas síntomas, con otros sucesos observables de naturaleza fisiológica o ambiental. Para ello se realizará un análisis conductual pormenorizado.
4. El objetivo de este abordaje terapéutico será modificar conductas problema mediante técnicas especiales y sustituirlas por conductas más adaptadas, con resultados que deberán ser evaluables.

Como lo menciona Fernández-Aranda F. (2015), la estructura que deberá seguir todo terapeuta conductual a lo largo de un tratamiento de este carácter será comúnmente la siguiente: sesiones probatorias, fase terapéutica y fase final y/o de prevención de recaídas. La labor inicial de éste será intentar, junto con el paciente, describir de forma objetivable las molestias, con frecuencia vagamente descritas por éste, y esclarecer sus objetivos individuales y la evaluación de éstos.

2.8.1 Terapia de estimulación cognitiva

Sardinero Peña (2010), menciona que la estimulación cognitiva puede definirse como la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos, como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento, la percepción, las praxias, el cálculo, la lectoescritura o la viso construcción. Estimular y mantener las capacidades mentales redundará en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas, la estimulación

debe desligarse de un concepto de recepción pasiva de información. Muy al contrario, los participantes en talleres de estimulación cognitiva se enfrentan a tareas que requieren esfuerzo y actividad intelectual, con independencia de que el nivel de dificultad de la tarea que afrontan esté ajustado a sus capacidades.

La intervención suele realizarse en grupos pequeños, de alrededor de 15 personas. La formación y selección del grupo debe atender al nivel cognitivo de los pacientes, así como a su nivel académico y sociocultural. Cuanto más homogéneos sean los grupos conformados, mejor será la adaptación de las tareas a sus capacidades y, por lo tanto, mayor la eficacia del tratamiento. La terapia de estimulación cognitiva es idónea en los estados iniciales y moderados de las enfermedades neurodegenerativas. Puede aplicarse también en otras etapas más avanzadas con un abordaje cuidadoso y una selección apropiada de las actividades. A la postre, es muy aconsejable para los mayores sanos con quejas de memoria características del envejecimiento normal y en otros grupos de adultos que precisan de un programa de actividad cognitiva sistematizado (Sardinero Peña, 2010).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El estudio “**Eficacia del Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para la Estimulación de la Memoria Del Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve**”, se realizó con un tipo cuantitativo ya que, según Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Pilar Baptista Lucio (2014) esta parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan los objetivos y preguntas de investigación, se examina la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

De igual manera, se confeccionó con un tipo explicativo, porque aquí el investigador va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; se dirige a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo expone se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1991).

3.2 Diseño de investigación

La investigación fue realizada desde un modelo cuasi experimental porque a diferencia de los experimentos reales, el investigador despliega escasa o absolutamente nada de intervención sobre las variables extrañas tampoco se va a contar con grupos de control (Bernal, 2010) y contando con una medición previa y posterior al tratamiento aplicado en la muestra. Según Cook & Campbell (1986) los cuasiexperimentos son como experimentos de asignación aleatoria en todos los aspectos, excepto en que no se puede presumir que los diversos grupos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error muestral.

Siendo empleado en específico el diseño pretest-posttest de un solo grupo, este diseño es referenciado por Cook & Campbell (1979), viéndose que la notación de este diseño consta de un solo grupo (O) sobre el que se ha realizado una observación antes (O1) y

otra después (O2) de la intervención (X). Como solo existe un grupo de sujetos, no hay asignación (NE).

O₁ X O₂

El estudio se llevó a cabo desde un corte transversal, estos se catalogan como observacionales de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico. También es conocido como estudio de prevalencia o encuesta transversal; su objetivo fundamental es identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la muestra elegida y es uno de los diseños básicos en epidemiología (Gerstman, 2013).

3.3 Población de estudio

La población para el estudio fue de un grupo de adultos mayores del Asilo Los Años Dorados, en la comunidad de Pacora Centro a la izquierda del Río Pacora y al frente de la estación de buses de este sector, perteneciente al corregimiento de Pacora del distrito de Panamá, provincia de Panamá, República de Panamá. Este asilo alberga a unos 54 adultos mayores que por diferentes factores no pueden valerse por sí mismos, ya sea por enfermedad, situación económica o abandono familiar en el que se encuentran.

3.4 Muestra

Conformada por un grupo de estudio de quince (15) adultos mayores, para este estudio, con un rango de edad entre los 65 a 80 años, se busca en este rango de edad, considerando que, en la ficha técnica de la prueba, su aplicación es a mayores de 65 años. Mayores de 80 años son más propensos a presentar trastornos mentales orgánicos o problemas neurológicos (criterios de exclusión). Se empleó un tipo de

muestra por conveniencia o intencional (Tamayo, s.f.) siendo esta aquella con la cual se seleccionan en este caso a los adultos mayores como muestra de acuerdo a la disponibilidad y porque pertenecen a la población de interés, no porque hayan sido selectos mediante un criterio estadístico. El investigador principal seleccionó directa e intencionadamente (en este caso el Psicólogo Raúl González) a los individuos de la población mediante la entrevista y guía de observación, no siendo necesario el tener el diagnóstico sino la sintomatología.

3.4.1 Tipo de muestra estadística

La muestra fue de tipo no probabilístico intencional, ya que es una manera que permite optar los casos individuales de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en contextos en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es minúscula (Ávila Baray, 2006).

3.5 Criterios de inclusión

1. De 65 a 80 años
2. Ser residente del Asilo Los Años Dorados
3. Estar suscrito al Consentimiento Informado
4. Capacidad auditiva y visual
5. Presentar déficit cognitivo leve al momento de la aplicación del pre test

3.6 Criterios de exclusión

1. Personas adultas mayores con trastorno mental orgánico
2. Usen fármacos por condición neurológica.
3. No estar en algún plan psicoterapéutico en paralelo

3.7 Variables	
Variable independiente	Terapia Cognitiva Conductual
Variable dependiente	Deterioro Cognitivo Leve

3.8 Descripción conceptual de las variables

- **Terapia Cognitivo Conductual:** es un modelo conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración del mismo y sus allegados (Sánchez, 2008).

- **Deterioro Cognitivo Leve:** es un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia. El constructo deterioro cognitivo leve (DCL) se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria (Petersen, 2004). Por lo dicho anteriormente, se reconoce que es la pérdida de las funciones mentales como la memoria, la atención y la velocidad de procesar la información, no incapacita a las personas, pero si interrumpe su desarrollo adecuado que impliquen estas acciones y originándose de una definición del grupo de la Mayo Clinic (Rochester, Minnesota) citado en Barroso Riba, Correia Delgado, & Nieto Barco (2011).

3.9 Descripción operacional de las variables

Con la aplicación de Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) se deseó que el adulto mayor de 65 años respondiera una serie de preguntas y realizarán unas tareas que se agrupaban en once categorías, que nos brindaron un resultado clínico sobre el estado cognoscitivo del examinado. Se hizo una medida previa siendo esta el pretest y posteriormente, luego de aplicado el programa de intervención se midió nuevamente como medida de postest, de esta manera, se pudo medir el Deterioro Cognitivo Leve y contrastándose entre ambas medidas con la Prueba de Wilcoxon, y dando a conocer dichos resultados en el análisis y presentación de los datos, tomando en cuenta nuevamente que este deterioro se vio desde óptica de ser un estado de transición entre el envejecimiento normal y las demencias.

Durante la aplicación del programa se tomó en cuenta su ejecución pertinente, cumpliendo cada uno de los objetivos psicoterapéuticos de cada sesión individual, al igual que los objetivos a largo plazo como de investigación planteadas en esta investigación, se siguió fiel orden de este conjunto secuenciado de técnicas específicas para la estimulación de la memoria del adulto mayor.

3.10 Instrumento de recopilación de la información

Se empleó el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE), siendo una prueba estándar, ya que según criterios establecidos (Reiger & Burke, 1995), los datos previos de la tipificación española original reconocen la validez de constructo del instrumento, su validez concurrente con instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes, su capacidad para discriminar entre cuadros “orgánicos” y “no orgánicos”, así como su validez referida a mediciones externas. Así mismo, los resultados de cálculo de fiabilidad test/retest del MMSE fueron satisfactorios. La mayoría de los individuos se sitúan en los márgenes altos de rendimiento, pero existe

suficiente dispersión en las puntuaciones y el coeficiente de fiabilidad, que fue de $k_w = 0,625$; I.C.95% = 0,581-0,668; $z = 11,661$; $p < 0,01$. (Folstein, Folstein, McHugh, & Fanjiang, 2002).

El MMSE puede utilizarse para detectar déficits cognoscitivos, para evaluar la gravedad del déficit cognoscitivo en un determinado momento, para seguir el curso de los cambios cognoscitivos a lo largo de tiempo y para evaluar la respuesta al tratamiento” (Folstein et al. 2002). El investigador principal del presente estudio puede hacer uso de los derechos de autor de la prueba por la adquisición de la misma y el uso de ella serán para fines académicos y de investigación.

3.11 Procedimientos para la recolección de información y métodos para el control de calidad de los datos.

Los datos se recopilaron en un salón amplio brindado por el asilo, con buena luz y confort, respetando la integridad del adulto mayor. Previamente se les presento el consentimiento informado, que fue parte de los criterios de inclusión de este estudio, el cual fue firmado por cada uno de los participantes del estudio en la presente investigación.

Se utilizó la guía de observación para la remisión de la muestra, el cual cumplían con nuestros criterios de inclusión y realizándose la entrevista, posteriormente se aplicó el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) como medida de pretest, la dinámica terapéutica se distribuyó durante tres (3) días semanales siendo esto los lunes, miércoles y viernes de una (1) hora diaria.

Se efectuó cada sesión en el salón brindado por el asilo, comenzando a las 11:00 AM y culminando a las 12:00 MD antes de su almuerzo. El grupo se conformó de quince (15) adultos mayores, respetando las medidas de bioseguridad del recinto, estando ellos en un salón de reuniones amplio de más 32 m², tomando en cuenta que ellos son miembros del mismo recinto, por lo cual pertenecen a la misma burbuja, al igual que

el uso de mascarillas y gel alcoholado durante el periodo de la misma.

Este programa de intervención cognitivo conductual contó con dinámicas, juegos, rompecabezas, juegos de mesa, instrumentos musicales etc, todos enfocados en cada sesión establecida, todo con la finalidad de demostrar su eficacia, culminado la última sesión se aplicará nuevamente el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) como posttest.

Para esto se llevaron los siguientes pasos:

1. Obtener las autorizaciones respectivas en las autoridades de la Universidad de Panamá (UP), Ministerio de Salud (MINSA) y Alcaldía de Panamá. Así como la aprobación del Comité de Bioética e Investigación de la Universidad de Panamá (CBUP).
2. Una vez se obtuvo la autorización definitiva, se solicitó el permiso a la administradora de Los Años Dorados para acudir al asilo.
3. El investigador principal acordó el paso expedito al asilo en caso tal, no se encuentre ella o su suplente, también acordó una nota que desglosó la cantidad de adultos mayores que se dejó bajo la intervención del investigador principal durante esta hora, cumpliendo con los criterios de inclusión.
4. Se aplicó el Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE), como medida de pretest, siendo esta una prueba estándar, ya que cuenta con una validez de constructo del instrumento, su validez concurrente con instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes (Reiger & Burke, 1995), luego de su aplicación se organizó dichas medidas y se archivaron con seguridad y cuidado para su contraste posterior con la próxima aplicación.
5. El investigador principal agregó la información a Microsoft Excel con los datos descriptivos de la muestra para poder ser tabuladas al igual que su registro en el paquete estadístico IBM SPSS 25.
6. La información se plasmó en una matriz de datos en el IBM SPSS 25, guardándose para su análisis con las medidas previas y posterior, de igual forma se guardó en una plantilla en Microsoft Excel para la creación de gráficas y tablas, guardando todo

esto en una nube en Google Drive y en el ordenador portátil del investigador principal.

7. El instrumento de recolección de datos (Examen Cognoscitivo Mini-Mental - MMSE), durante el proceso de captación de la información, fue realizado exclusivamente por el investigador principal (Raúl González), de igual manera en el análisis de estos datos, siendo reservados en Google Drive, en el ordenador portátil personal que se mantiene en su oficina en casa, la misma solo fueron usados por él, también vistos cuando el retomó el proceso de recolección de los datos de los informes hasta completar la muestra.
8. Una vez se realizó el análisis estadístico las pruebas y se obtuvo los datos en la recolección de datos se guardó con seguridad en los archivos de investigador principal y luego de 5 años se destruirán para asegurar la confidencialidad de cada paciente.
9. Como control de calidad, el instrumento de recolección de datos (Examen Cognoscitivo Mini-Mental - MMSE) que tenía información incompleta fue excluido del estudio.

3.12 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Para realizar este estudio se tomó en cuenta los principios fundamentales de la bioética de la investigación los cuales son el respeto a las personas, beneficencia y justicia. Se tomó en cuenta los puntos indicados en el Manual de ética Médica, Declaración de Helsinki e Informe de Belmont al igual que las pautas internacionales de investigación relacionada con seres humanos (CIOMS) Pauta 9, Pauta 15 y leyes nacionales vigentes referentes al tema.

El protocolo fue sometido al Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP) ubicados en el Campus Central de la Universidad de Panamá (UP) y avalados por el CNBI.

Los datos recolectados en este estudio fueron solamente manejados por Raúl González (Investigador principal) y solo para fines del estudio de manera confidencial, al estar suscritos al consentimiento informado. Dicha información del estudio se guardó bajo seguridad en la Facultad de Psicología y en la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá por un período de 5 años.

3.13 Diseño estadístico

Para este estudio se empleó la **Prueba de Wilcoxon (Análisis no paramétrico)**. Dicha prueba fue diseñada para detectar cualquier clase de diferencia entre dos grupos; algunas de ellas son: ubicación, dispersión, forma, o las tres. Es posible usarla cuando se ha logrado una medición de la información en cuando menos escala ordinal y se desea probar que dos muestras mutuamente independientes se han tomado o no de la misma población o de poblaciones idénticas. Los únicos supuestos necesarios para aplicar la prueba son los siguientes (Aragón Salgado, 2016):

- Para evitar empates que la variable aleatoria de interés sea continua.
- Que los datos a recopilar cuando menos tengan una escala ordinal de medición, tanto entre como dentro de las dos muestras.
- Que ambas muestras sean elegidas en forma aleatoria e independiente de sus respectivas poblaciones.

El procedimiento de la prueba de Wilcoxon de suma de rangos requiere un conjunto de suposiciones menos estrictas que la prueba t de Student, ya que sólo se especifica que las poblaciones tengan distribución continua con la misma forma sesgada o simétrica, así como que los datos se logren medir en una escala ordinal en ambas muestras. La misma se empleó considerando la muestra reducida de 15 adultos mayores, considerando que la prueba t de student se ejecuta mejor con población mayor de 30 individuos.

CAPÍTULO IV.
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS
DATOS

Se examinó todo el conjunto de datos con el propósito de sacar conclusiones sobre la información para la toma de decisiones y a su vez aumentar los conocimientos sobre el efecto de la aplicación del **Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para la Estimulación de la Memoria Del Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve** (ver anexo 1) en la muestra, en este caso los adultos mayores residentes del Asilo Los Años Dorados en Pacora. (Barroso Riba, Correia Delgado, & Nieto Barco, 2011). En este análisis se sometieron los datos del estado de la memoria a la ejecución de operaciones dentro del programa estadístico a utilizar, esto se hará con el fin de poder obtener conclusiones acertadas que nos ayuden a conseguir los objetivos que se han planteado, tales operaciones no se podrían definir de manera prematura ya que la recolección de datos puede revelar ciertas dificultades.

El análisis de los datos contiene estadísticas descriptivas como la tabulación de frecuencias, porcentajes de la muestra seleccionada, pruebas de hipótesis y utilizando la **Prueba de Wilcoxon, para el análisis no paramétrico** después de haber aplicado como pre test y post test el **Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)**, y empleando la base del software estadístico IBM SPSS en su versión veinticinco (25).

Se empleo la **Prueba de Wilconxon** para el análisis no paramétrico porque la muestra de adultos mayores es de 15 adultos mayores de una población de 54, una muestra considerablemente baja pero los cuales cumplían con los criterios de inclusión ya establecidos a diferencia de los otros 39 (los restantes de los cincuenta y cuatro adultos mayores). No se ejecutó con la prueba paramétrica **t de student**, por la cantidad de muestra en sí, estos quince adultos mayores fueron escogidos mediante una selección por conveniencia o intencional, establecidos por Tamayo, (s.f.). Asimismo, se utilizó para su discernimiento el formato de guía de observación y el formato de entrevista al adulto mayor (mencionados en los anexos 8 y 9).

Prueba de hipótesis

$W = \min(W+, W-)$

W+: suma de los rangos con signo positivo

W-: suma de los rangos con signo negativo

Fórmula:

$$Z = \frac{W - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{12}}} \approx N(0,1)$$

n=	15
W(+)=	15
W(-)=	105

W=	15
----	----

Z(cal)=	-1.8072	5%
α =	0.05	
Z _{1-α/2} =	1.96	
p-valor=	0.0354	

Decisión:

Existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que la Memoria del Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve del Asilo Los Años Dorados en Pacora, presentaron una mejoría después de la aplicación del Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para la Estimulación de la Memoria del Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve.

Tabla 1. Prueba de los Rangos con Signo de Wilconxon de los Puntajes de Referencia del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados.

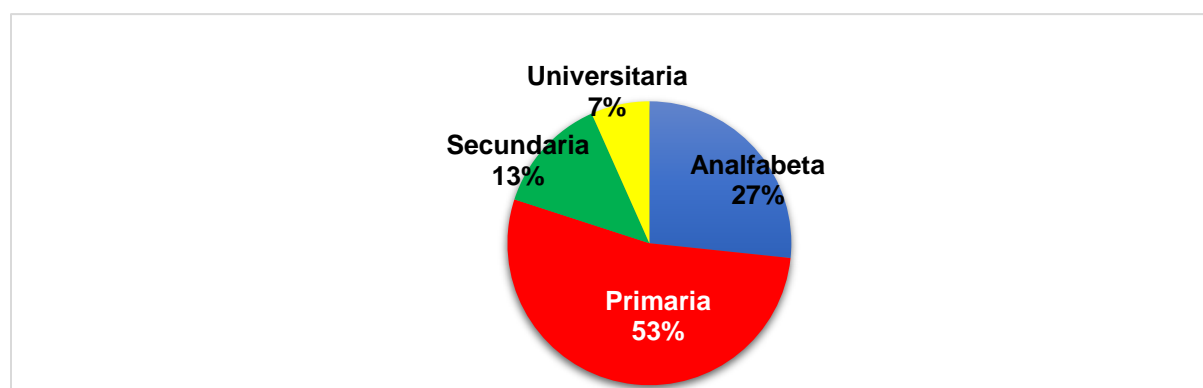
Pretest	Postest	Diferencias	Rangos
24	26	-2	9.5
23	24	-1	3.5
29	30	-1	3.5
21	22	-1	3.5
29	28	1	3.5
21	23	-2	9.5
13	18	-5	15
23	25	-2	9.5
19	21	-2	9.5
24	25	-1	3.5
22	24	-2	9.5
21	25	-4	13.5
22	24	-2	9.5
23	24	-1	3.5
19	23	-4	13.5

Fuente: González, 2021.

Tabla 2. Distribución de las frecuencias sobre los estudios alcanzados por los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

	Estudios	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	4	26.7	26.7
	Primaria	8	53.3	80
	Secundaria	2	13.3	93.3
	Universitaria	1	6.7	100
	Total	15	100	

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 1. Distribución de los porcentajes sobre los estudios alcanzados por los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

En la Gráfica 1, se pueden apreciar los porcentajes en que está distribuido los estudios alcanzados de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados con un 7% que cuenta con educación superior, un 13% de educación secundaria, un 27% se encuentran en el analfabetismo y un 53% que han alcanzado la educación primaria.

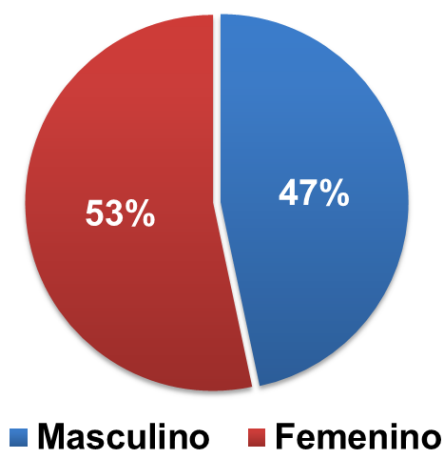
Aquí vemos el gran contraste de los adultos mayores versus la educación primaria, que en este caso vendría siendo una baja escolaridad, el hecho que este factor este predominante, y que sobrepase más de la mitad de esta muestra los predispone, ya que como se menciona en la Iniciativa de Investigación del Adulto Mayor en Panamá (Panama Aging Research Initiative, PARI) desarrollada en el Centro de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT), se ha logrado identificar que tener baja educación, padecer cuatro o más enfermedades crónicas y sufrir al menos una limitación en actividades básicas de la vida diaria (Villarreal, Grajales, Lopez, & Britton, 2015), son factores que se relacionan específicamente con la coexistencia del deterioro cognitivo.

Este nivel primario de educación alcanzado, se refleja en lo manifestado por Loewenstein et al., (1994) en que hay factores educacionales y culturales que pueden afectar la ejecución en pruebas neuropsicológicas. Estos puntajes dependen no sólo de la edad de estos adultos mayores, sino también a su nivel educacional (Ardila y Rosselli, 1989b; Loewenstein et al., 1992), es aquí donde se identifica los procesos cognoscitivos que puede reducir el proceso de memoria.

Tabla 3. Distribución de las frecuencias sobre el sexo de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	7	46.7	46.7
	Femenino	8	53.3	100
	Total	15	100	

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

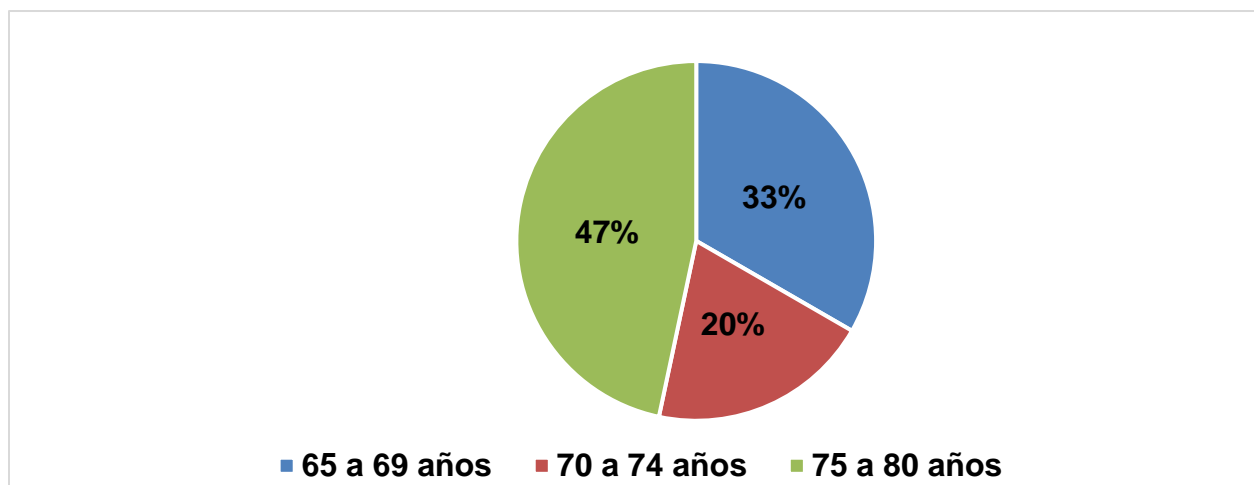
Gráfica 2. Distribución de los porcentajes sobre el sexo de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

En la Gráfica 2, se pueden apreciar los porcentajes en que está distribuido el sexo de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados con 53% masculinos y un 47% femeninas.

Tabla 4. Distribución de frecuencias sobre el rango de edad de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

	Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65 a 69 años	5	33.3	33.3
	70 a 74 años	3	20	53.3
	75 a 80 años	7	46.7	100
	Total	15	100	

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 3. Distribución de los porcentajes sobre el rango de edad de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

En la Gráfica 3, se pueden apreciar los porcentajes en que está distribuida la edad de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados con 20% entre los 70 a 74 años, 33% entre los 65 a 69 años y un 47% entre los 75 a 80 años.

Casi la mitad de la muestra está en el rango entre los 75 a 80 años, viéndose que, en estudios sobre la habilidad cognoscitiva junto con otras investigaciones, para el ser humano promedio, se encuentran algunas disminuciones cognoscitivas en todas las habilidades para la edad de 67 años. Sin embargo, esas disminuciones son mínimas hasta los 80. Inclusive a la edad de 81 años, menos de la mitad de los adultos mayores sometidos a prueba mostraron disminuciones consistentes respecto a los siete años previos (Schaie, 1994; Craik & Salthouse, 1999).

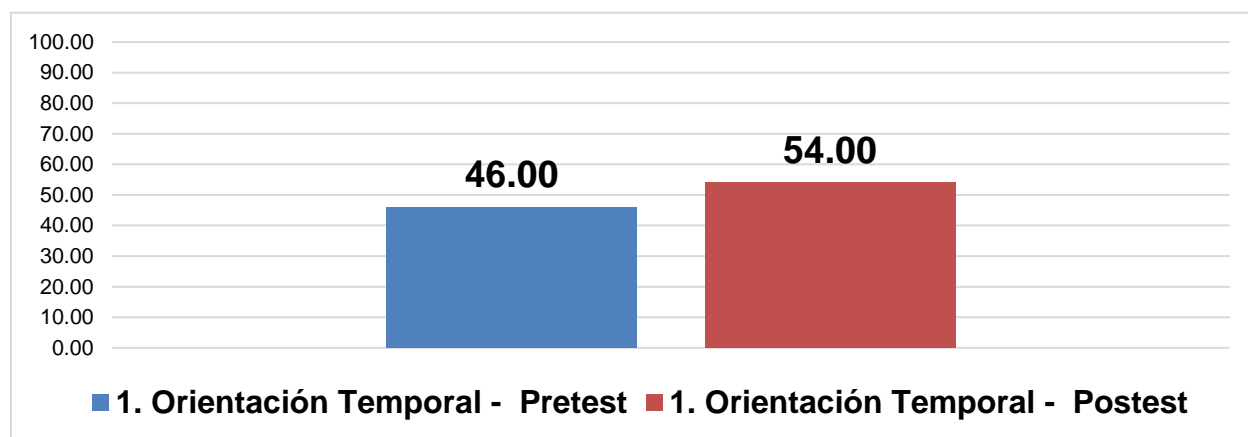
A pesar de que se encontraron un 47% de adultos mayores entre los 75 a 80 años, no hay una secuencia lineal en la adultez con respecto a cambios aunados con la edad en todas las habilidades intelectuales. Conjuntamente según datos de Baltes & Schaie (1974), Schaie (1993) la inteligencia fluida (la habilidad para manejar problemas y situaciones nuevas) disminuye con la edad, como en este caso con los adultos mayores. Asimismo, la inteligencia cristalizada (el almacén de información, habilidades y estrategias que la gente ha adquirido) permanece estable y en algunos casos prospera, aunque es notorio que la codificación de los ancianos parece ser menos precisa (Craik & Byrd, 1982).

No obstante la diferencia de edad (en este caso los diversos rangos de edad establecidos en este estudio) pierde importancia cuando los ancianos están familiarizados con el material, tienen una oportunidad para practicarlo y pueden trabajar a su propio ritmo (Lovelace, 1990; Poon, 1985). Así como se ha realizado en el presente programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria ejecutado, en el cual contaba con sesiones prácticas como las de elaboración semántica de Bäckman & Herlitz (1996) y estrategias instruccionales de Clare & Jones (2008); Grandmaison & Simard (2003), así no damos cuenta que las personas mayores pueden mejorar sus habilidades de codificación con ayuda de entrenamiento o instrucción, pero el beneficio que obtienen de ello, en comparación con los adultos más jóvenes, depende de la tarea (Craik & Jennings, 1992).

Tabla 5. Área de Orientación Temporal de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
1. Orientación Temporal	15.00	3.53	1.41	0.00	5.00
1. Orientación Temporal	15.00	4.20	1.01	2.00	5.00

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 4. Distribución de los porcentajes del área de Orientación Temporal de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 4, los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y postest, reflejando un aumento porcentual en el área de orientación temporal de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 46% a un 54%.

En la pasada gráfica que corresponde a la orientación temporal se refleja un aumento de 8% en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, se refleja la afectación de la memoria temporal y esta cronología característica del envejecimiento (Barbizet, 1970).

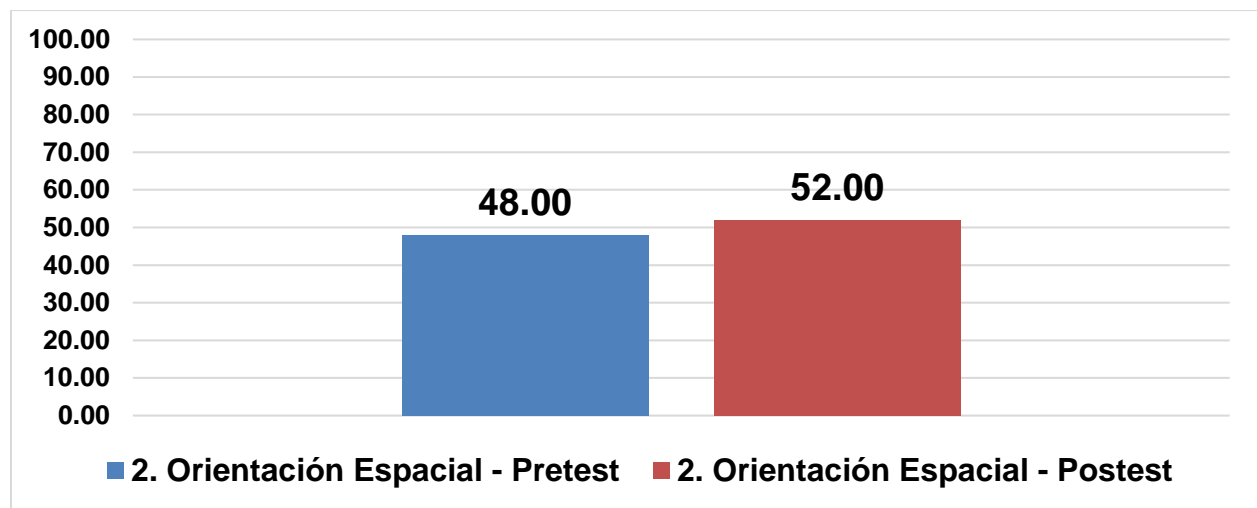
La dimensión temporal de la memoria se reduce notablemente durante el envejecimiento normal, y en especial durante el envejecimiento patológico. A si se refleja en este programa de intervención que, al llevar a cabo las sesiones, se pudo contar con el manejo de la información de diversos hechos en los cuales se ubicaron de manera alopática.

Esto ha sido reflejo de las intervenciones sobre la recuperación espaciada (Wilson, 2009) en la que pudo recuperar información posterior con la evocación gradual de una parte de ella, con preguntas puntuales a lo largo de la sesión. Asimismo, durante la activación de la memoria autobiográfica de Levine et al., (2004), se le pudo hacer preguntas sobre los hechos de su adolescencia, como lo fueron: ¿El mejor recuerdo qué tenga de esta etapa? ¿a dónde les gustaba ir? ¿nombre de sus amigos? ¿iba a la iglesia, escuela o actividades? ¿cómo le decían sus amigos? ¿A quién admiraba?, más que buscar una activación inconsciente de situaciones reprimidas o insight, se buscaba esta orientación temporal en base a las preguntas y sesiones establecidas.

Tabla 6. Área de orientación espacial de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
2. Orientación Espacial	15.00	4.20	1.01	2.00	5.00
2. Orientación Espacial	15.00	4.47	0.74	3.00	5.00

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 5. Distribución de los porcentajes del área de Orientación Espacial de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 5, los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y postest, reflejando un aumento porcentual en el área de orientación espacial de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 48% a un 52%.

Aunque solamente hubo un 4% de aumento en la orientación espacial en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, se ha visto que el funcionamiento visoespacial es parte de las dificultades en el área de la memoria, según una estandarización el concepto de deterioro cognitivo asociado a la edad, mencionado por Levy (1994) en Bruna Rabassa et al., (2011).

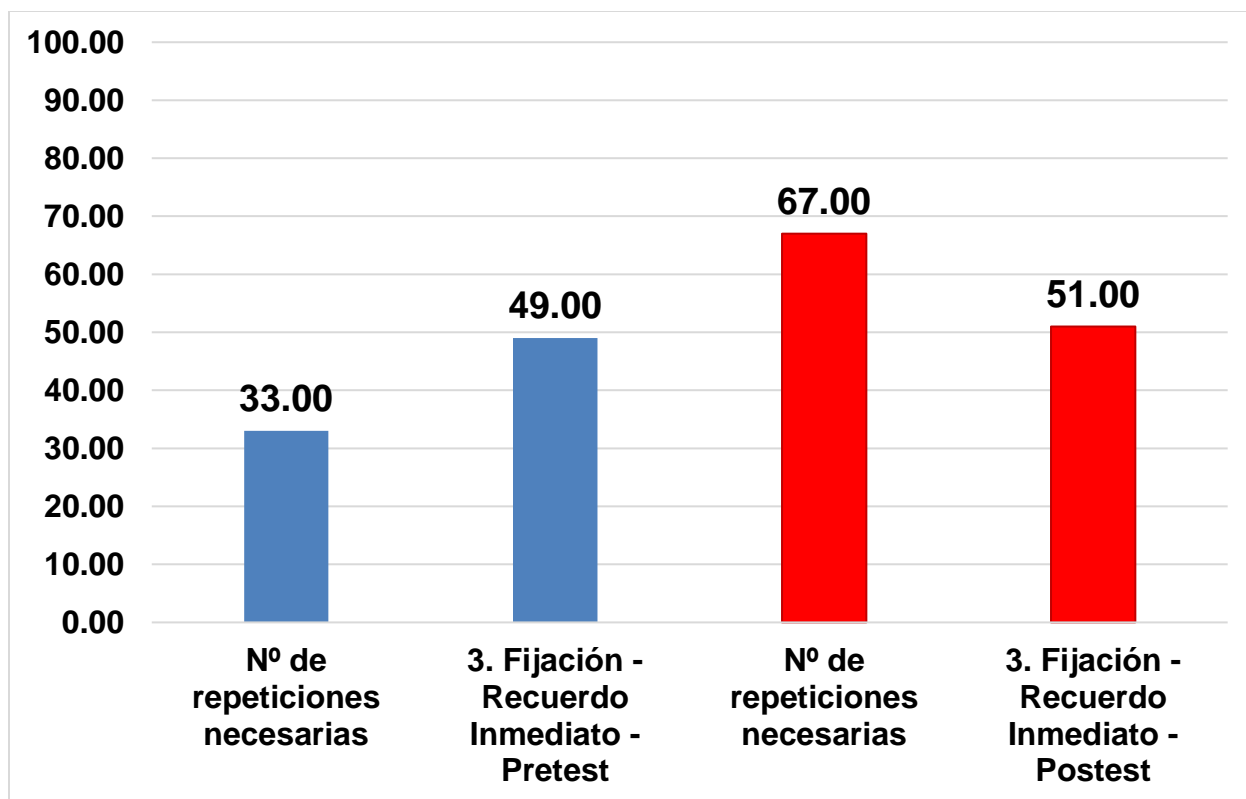
En estudios de Petersen y Morris (2005) se han visto la heterogeneidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL) y dentro de sus clasificaciones está el deterioro cognitivo leve de dominios múltiples amnésico (DCL-dm-a), en el que las habilidades visoespaciales es uno de diversos grados de afectación de los dominios cognitivos, este se ha identificado por un ligero deterioro en más de un área cognitiva, siendo una de ellas la memoria, pero de gravedad insuficiente para constituir demencia, como en este caso la muestra de 15 adultos mayores de este estudio, en el que uno de los criterios de exclusión era las personas adultas mayores con trastorno mental orgánico, porque así la orientación espacial era primordial para llevar a cabo las otras sesiones del programa de intervención en el que debían leer, diferenciar de derecha a izquierda y situar objetos como lo fueron el rompecabeza en el espacio correspondiente, llevándose a cabo de manera eficaz.

También se ha visto que la orientación espacial mejora con la aplicación de la psicoterapia según estudios de Retureta Rodríguez, Rodríguez Carrasco, López Delgado, & Travieso Palenzuela (2012). Asimismo, en este estudio se ve reflejado el aumento de la orientación espacial en la realización de las tareas.

Tabla 7. Repeticiones necesarias en el área de Fijación - Recuerdo Inmediato de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
Nº de repeticiones necesarias	15	0.13	0.35	0.00	1.00
3. Fijación - Recuerdo Inmediato	15	2.87	0.35	2.00	3.00
Nº de repeticiones necesarias	15	0.07	0.26	0.00	1.00
3. Fijación - Recuerdo Inmediato	15	2.93	0.26	2.00	3.00

Fuente: *González, 2021.*



Fuente: González, 2021.

Gráfica 6. Distribución de los porcentajes de Repeticiones necesarias en el área de Fijación - Recuerdo Inmediato de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 6, los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y postest, reflejando un aumento porcentual en los números de repeticiones necesaria de un 33% a un 67%, asimismo un aumento en el área Fijación – Recuerdo Inmediato de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 49% a un 51%.

A pesar de un aumento del 2% en lo que respecta al área de fijación – recuerdo inmediato en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve se ha reflejado durante las sesiones momentos vivenciales no olvidados al trabajar la memoria bibliográfica y reminiscencia, viéndose han sido reforzados en su trabajo constante.

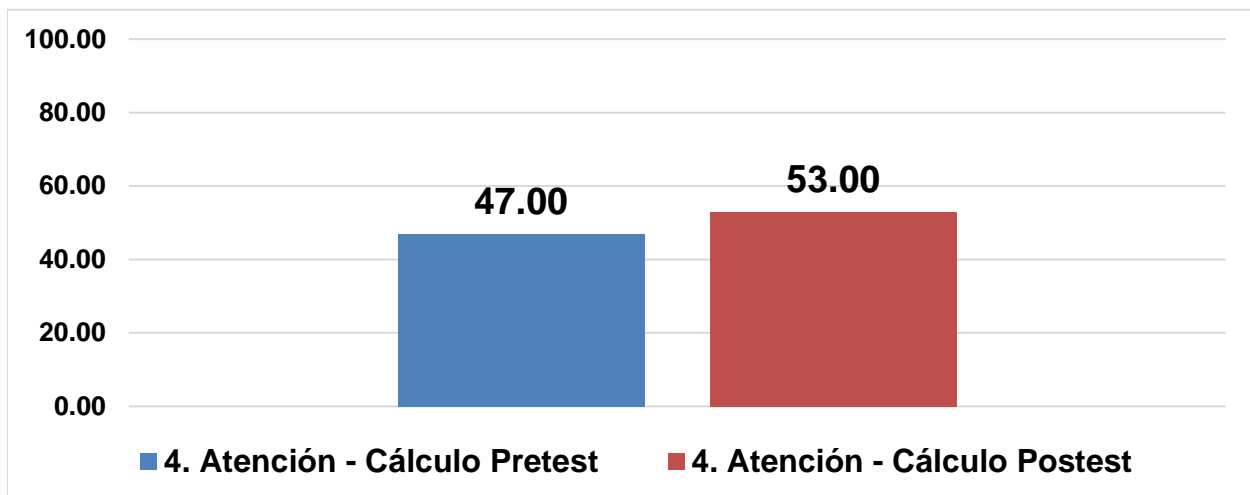
Mucho de estos se trabajaba de manera inmediata, como las Mnemotecnias mencionadas por Hill, Evankovich, Sheikh, & Yesavage (1987) en el que se le incitaba a la organización mental asociando sonidos de nombre con las caras en conjunto con otras estrategias permitía un aprendizaje efectivo (Clare, Wilson, Breen, & Hodges, 1999).

Esto a su vez tuvo una dificultad de 34% de aumento en la cantidad de repeticiones necesarias en el posttest, no siendo indicativo de un desface sino de más constancia en la resolución de estos conflictos que se les presentan, porque se tiene trabajar más la constancia en las tareas para una codificación de la información eficaz, esto según Craik y Lockhart (1972) citado por Blázquez Alisente et al., (2009) en que la hipótesis de los niveles de procesamiento, han demostrado la relevancia que los procesos de codificación tienen en la memoria humana y el rendimiento en tareas de recuerdo y reconocimiento será significativamente mayor cuando durante la codificación se ha llevado a cabo un tipo de procesamiento profundo frente a uno de carácter superficial.

Tabla 8. Área de Atención - Cálculo de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
4. Atención - Cálculo	15.00	3.00	2.33	0.00	5.00
4. Atención - Cálculo	15.00	3.40	1.88	0.00	5.00

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 7. Distribución de los porcentajes del Área de Atención - Cálculo de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 7, los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y postest, reflejando un aumento porcentual en el área de la Atención - Cálculo de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 47% a un 53%.

Teniendo un 6% de aumento la atención – cálculo en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, esto es reflejo que se pudo aumentar los procesos atencionales de los adultos mayores, ya que como mencionan Bruna Rabassa et al., (2011) entre los cambios neuropsicológicos asociados al proceso de envejecimiento se ha descrito la presencia de deterioro en diversas funciones cognitivas, entre ellas la atención, por lo que el trabajo constante en cada sesión fue relevante para mantener este proceso y así llevar a cabo las demás sesiones.

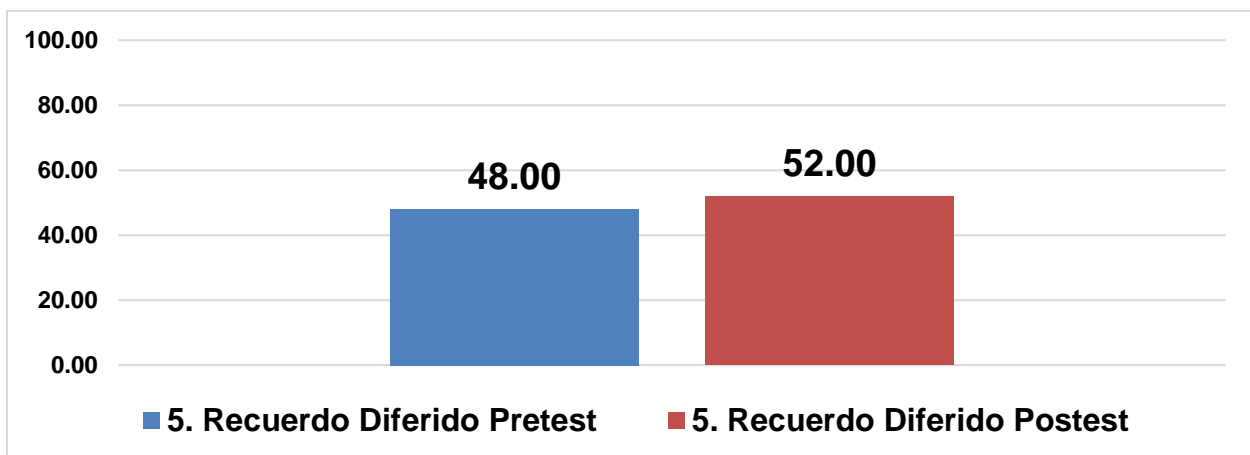
Asimismo, lo menciona Sardinero Peña (2010), en que la estimulación cognitiva, se puede definir como la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos, como la atención y el cálculo, como se llevó en este estudio con la estimulación de la memoria en el adulto mayor.

El estimular y mantener las capacidades mentales redundante en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas, la estimulación debe desligarse de un concepto de recepción pasiva de información, porque es más que eso, es un trabajo constante y pertinente, no abrumador y significativo para que el adulto mayor adquiera esta base para nuevos conocimientos. En general los adultos mayores en programas de intervención de estimulación cognitiva se enfrentan a tareas que requieren esfuerzo y actividad intelectual, con independencia de que el nivel de dificultad de la tarea que afrontan se ajuste a sus capacidades.

Tabla 9. Área del Recuerdo Diferido de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
5. Recuerdo Diferido	15.00	2.20	1.21	0.00	3.00
5. Recuerdo Diferido	15.00	2.40	0.99	0.00	3.00

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 8. Distribución de los porcentajes del área del recuerdo diferido de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 8. Los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y posttest, reflejando un aumento porcentual en el área del Recuerdo Diferido de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 48% a un 52%.

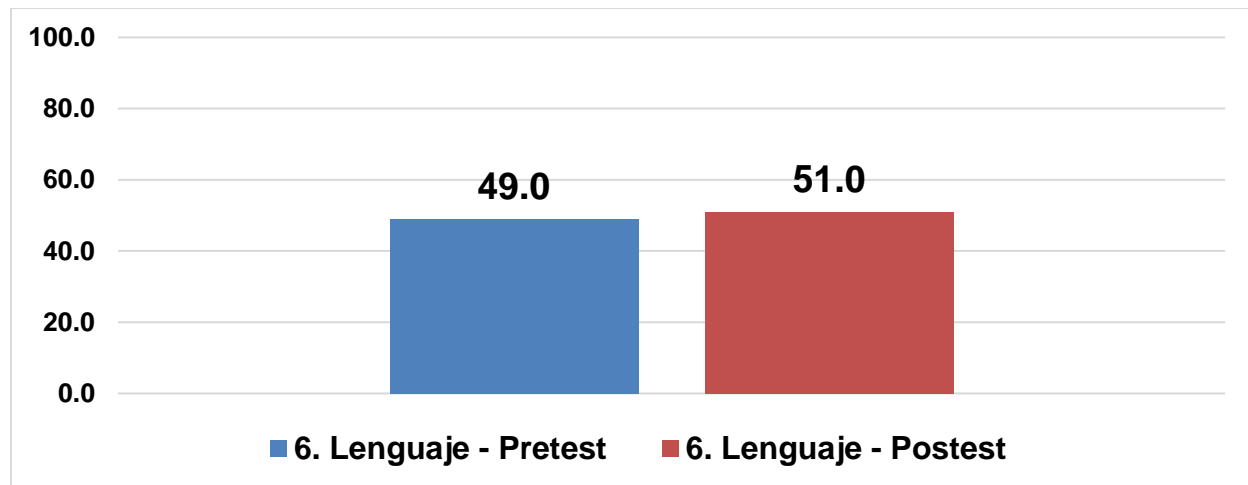
Se logró un aumento de 4% en lo que respecta el recuerdo diferido en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, fue trabajada en diversos aspectos uno de ellos es la elaboración semántica de Bäckman & Herlitz (1996), la cual desarrollaba la memoria episódica, facilitando el recuerdo de referencias de algunos acontecimientos, situaciones vividas por ellos mismos y la construcción de historias, estas recaban recuerdos ya conocidos por ellos, y que no habían sido evocados antes, estos recuerdos episódicos se logran obtener con el entrenamiento cognitivo con narrativas.

La memoria diferida es uno de los aspectos más sobresalientes en la memoria del adulto mayor en este estudio, ya que se les dificultad recordar hechos recientes, a pesar de describir con relativa facilidad eventos antiguos, en particular los relacionados con situaciones emocionales, asimismo se ve que la edad no solo afecta la capacidad de almacenamiento, sino el proceso de evocación, como menciona Poon (1985).

Tabla 10. Área del lenguaje de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
6. Lenguaje	15	6.4	1.4	3	8
6. Lenguaje	15	6.7	1.4	3	9

Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 9. Distribución de los porcentajes del área del lenguaje de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 9, los porcentajes de las medias de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) como medida de pretest y postest, reflejando un aumento porcentual del Lenguaje de los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados de un 49% a un 51%.

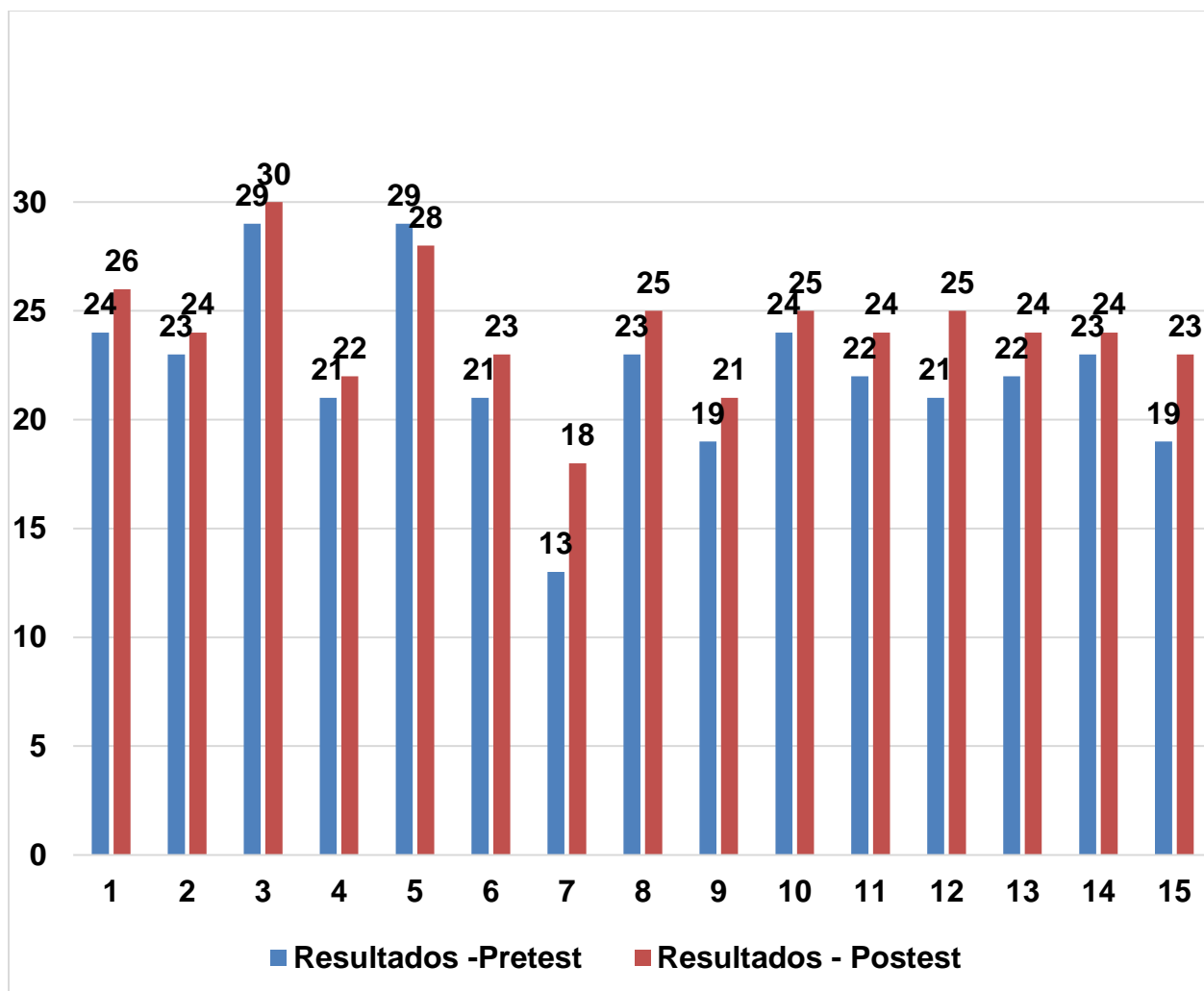
Se logró un aumento de 2% en lo que respecta al lenguaje en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve, aunque no se trabajó de manera indirecta es importante su estimulación porque el lenguaje en las personas afectadas con deterioro cognitivo leve de dominio único no amnésico muestra un deterioro en un solo dominio distinto de la memoria, como el lenguaje de igual manera mantienen y conservan respectivamente intactas las otras capacidades cognitivas.

Es notorio que con la edad de estos adultos mayores se disminuye la capacidad para almacenar información reciente y que el lenguaje es uno de los procesos cognitivos que se ve beneficiado en la realización de programas diseñados para el mantenimiento, mejora y estimulación cognitiva. Estos adultos mayores logran asimilar información inmediata, pero no la convierte adecuadamente en huellas de largo plazo, estas dificultades de almacenamiento son evidentes tanto para material verbal como para el no verbal, a pesar de que se advierten mayores defectos en la memoria no verbal.

Tabla 11. Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Resultados -Pretest	Resultados - Postest
24	26
23	24
29	30
21	22
29	28
21	23
13	18
23	25
19	21
24	25
22	24
21	25
22	24
23	24
19	23

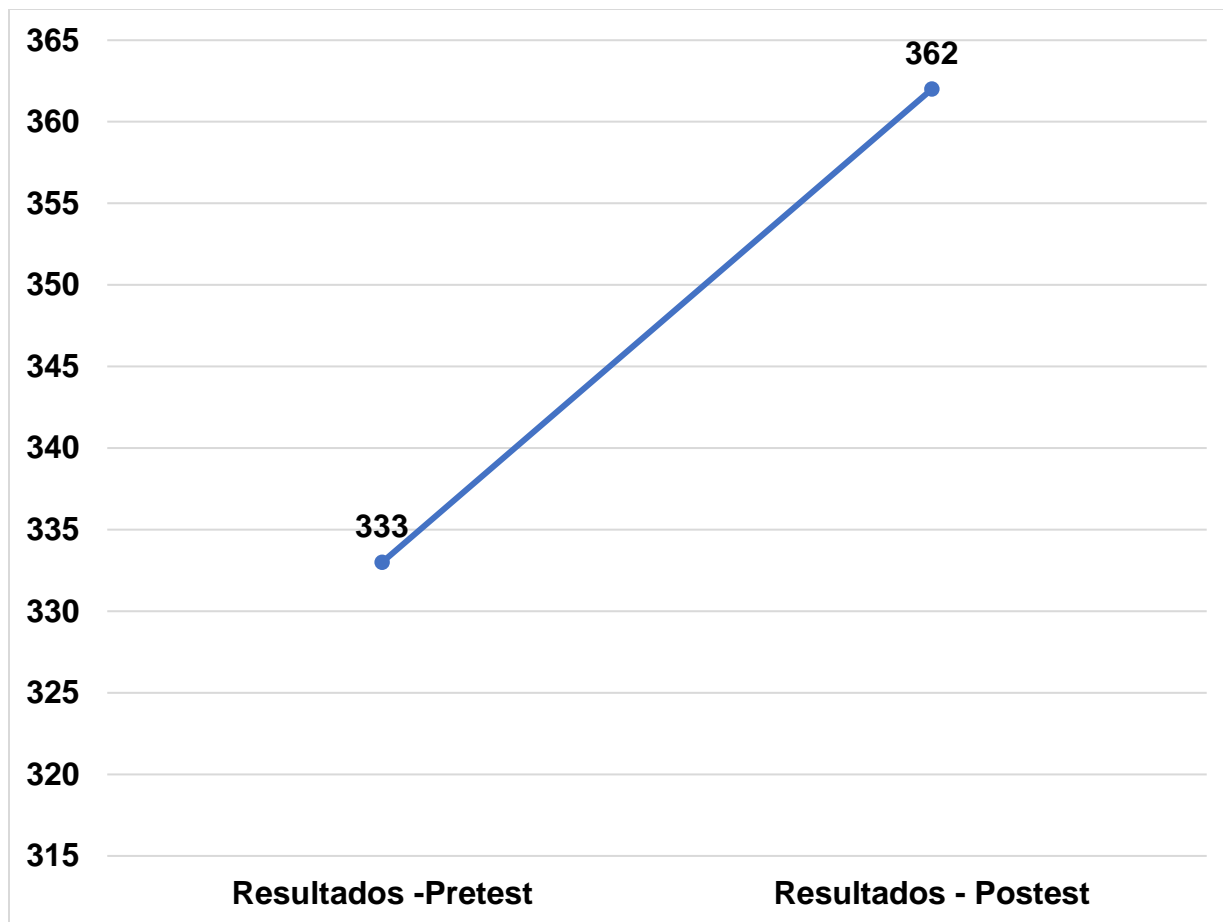
Fuente: González, 2021.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 10. Distribución de los Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 10, los Puntajes de Referencia del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) empleado como medida de pretest y postest, reflejando un aumento en puntajes relevantes de un puntaje de 23 de deterioro a un 25 de sospecha patológica, asimismo de 21 de deterioro a un 25 de sospecha patológica en los adultos mayores del Asilo Los Años Dorados.



Fuente: González, 2021.

Gráfica 11. Distribución de los porcentajes del total en conjunto de los Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).

Se puede observar en la Gráfica 11, en que el puntaje 333 de la suma de los puntajes de referencia de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE) empleado como pretest corresponde a un 48 % y el 362 a un 52%, lo cual indica que el programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve fue efectivo. Más que un programa de intervención fue el poder darle a este adulto mayor la oportunidad de rescatar estos recuerdos que no estaban olvidados, sino que no habían podido sacarlos a flote con la práctica cognitiva adecuada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo, se llegaron a las siguientes conclusiones en base a lo investigado:

- Las intervenciones psicoterapéuticas son concluyentes con resultados positivos en el proceso de tratamiento para la estimulación de la memoria de los adultos mayores con déficit cognitivo leve, demostró una eficacia significativa en la población de estudio.
- Los adultos mayores requieren el desarrollo de intervenciones dirigidas al tratamiento de los procesos atencionales y funciones ejecutivas tanto en su fortalecimiento como su mantenimiento.
- El estímulo de la memoria en los adultos mayores permite el logro de la retención de la información basada en el Tratamiento Cognitivo Conductual, las cuales han marcado un avance significativo.
- Existe diferencia significativa antes del desarrollo del programa y después en la muestra adulto mayor, lo que permite determinar que la implantación del Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual Para La Estimulación de la Memoria del Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve, ofrece beneficios en el procesamiento de la atención y de la memoria.
- El Tratamiento Cognitivo Conductual refleja una marcada eficacia, ya que el adulto mayor muestra una notable adherencia terapéutica ante los objetivos terapéuticos planteados por el Psicólogo Clínico.

A pesar que se pudo realizar el **Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve** ha sido notorio la expresión inconsciente de estos adultos sobre las situaciones reprimidas y su insight ante ellas, se buscaba más bien la orientación temporal en base a las preguntas y sesiones establecidas. Muchas de ellas no estaban intencionadas o establecidas como objetivo terapéutico, sino que ha sido exteriorizada con la intervención cognitiva, la misma ha sido efectiva en cada una de sus sesiones, estas han sido representadas en este estudio. Un adulto mayor viene siendo el ente entre la psicopatología y la adultez, ya que asocian el ser adulto mayor con estar padeciendo de algo, pero no es así.

Nos enfocamos en el deterioro cognitivo leve, una patología que ralla las fronteras de diagnósticos como la demencia. El deterioro cognitivo leve es muy asociado con un envejecimiento normal el cual no lo es, pero la baja escolaridad es un factor de riesgo porque según la Iniciativa de Investigación del Adulto Mayor en Panamá (Panama Aging Research Initiative, PARI) desarrollada en el Centro de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT), se ha logrado identificar que tener baja educación (Villarreal, Grajales, Lopez, & Britton, 2015), se asocia específicamente con la coexistencia del deterioro cognitivo.

El **Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve** propuesto, logró trabajar sesiones prácticas como las de elaboración semántica y estrategias instruccionales, encontrando que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve del Asilo Los Años Dorados lograron la mejora de sus habilidades para la codificación con entrenamiento o instrucción, pero el beneficio que obtienen de ello, en comparación con los adultos más jóvenes, depende de la tarea que se instauren. Muchas de las sesiones establecidas buscaban respuestas en concreto, pero no fue así, el trabajar con adultos mayores es retroceder unos pasos para el refuerzo continuo de las tareas ya logradas, aunque se hayan cumplido es necesario que sean reforzadas, porque el adulto mayor sobre todo con deterioro cognitivo leve llega a obnubilar situaciones que ya han vivido en años recientes.

El hecho de que hay psicoterapias a montones para adultos mayores es notorio, pero una enfocada en la estimulación de la memoria en deterioro cognitivo leve, no. Viéndose que muchas de las psicoterapias ya están enfocadas en otro tipo de patologías como las demencias que son características de un adulto patológico, pero el aunar sesión tras sesión lleva al adulto a estimular su memoria en diversas sub áreas, como lo fue la memoria episódica, facilitando el recuerdo de referencias de algunos acontecimientos como la construcción de historias, la cual fue el punto de partida para la ejecución de muchas otras estrategias terapéuticas indispensables en estos quince adultos mayores.

Ellos poseen diversos ejes en común, como el buscar respuestas en lo que ya conocen. Las historias que van a relatar se dificultan al no guiarlos en la evocación de recuerdos y dejarlos que lo realicen por cuenta propia, al igual que recordar las fechas, lugares y nombres, pero al mencionarlos tienen este despertar de un “sí es eso” pero al pasar de los días nuevamente se entra en esta laguna, lo cual prorrogarían el reforzar durante más de tres días a la semana, sino diariamente. El transcurso a la adultez mayor sería efectivo con atención primaria para ejecutar mecanismos esenciales que combatan dicha psicopatología, aunque ya hay estudios en base al deterioro cognitivo leve, se necesita más promoción del mismo porque es una patología que pasa desapercibida en contraste con otras más populares en esta población.

Se tiene que contemplar en la formación del Psicólogo Clínico en Panamá, asignaturas como la Psicología Clínica del adulto mayor o la Gerontología Clínica, en este caso dentro de las bases del plan de estudios de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá. Es cierto que este plan a diferencia de otras casas de estudios es más completa y eficaz; tanto en cantidad de materias como en créditos, pero no hay una materia como tal que aborde al adulto mayor como eje principal. El adulto mayor es una población bastante amplia, que necesita ser estudiada de manera independiente para ejecutar una evaluación, diagnóstico y psicoterapia tanto eficaz como pertinente, como lo buscó el **Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve.**

RECOMENDACIONES

Al finalizar este trabajo, se llegaron a las siguientes recomendaciones en base a lo investigado y concluido:

- De acuerdo a la eficacia en función del programa se propone que se creen programas e intervenciones para el mantenimiento de la salud mental del adulto mayor en el sistema de salud público como privado (asilos, casas de retiro, hogares especializados etc.)
- La mejora significativa de los procesos atencionales de los adultos mayores al promover tratamientos dirigidos a mejorar la atención realizando intervenciones.
- Poder implementar el presente programa de tratamiento u otros programas de intervención de corte cognitivo para el trabajo constante en la estimulación de la memoria del adulto mayor en Panamá.
- Replicar El Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual Para La Estimulación de la Memoria del Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve con una muestra más amplia y de corte longitudinal.
- Atención por parte del Psicólogo Clínico de manera constante para el mantenimiento de los procesos atencionales y de la memoria de los adultos mayores realizando un seguimiento de técnicas terapéuticas empleadas, contemplando los años venideros de esta muestra.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldwin, C., & Gilmer, D. (2004). Health, illness, and optimal aging. Biological and psychosocial perspectives. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. London. Obtenido de <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.
- Anders, T., Fozard, J., & Lillyquist, T. (1972). Effects of age upon retrieval from short-term memory. *Developmental Psychology*, 6(2), 214-217.
- Ansón Artero, L., Bayés Marín, I., Gavara Beltran , F., Giné Rabadán , A., Nuez Hernández, C., & Torrea Araiz, I. (2015). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria*. Consorci Sanitari Integral. Obtenido de <http://www.csi.cat/>
- Aragón Salgado, L. (2016). Introducción a la estadística no paramétrica. En *ESTADÍSTICA - En el área de las ciencias sociales y administrativas* (pág. 538). México: Alfaomega.
- Arauz Somoza, D. (18 de Septiembre de 2019). Hogar los años Dorados será renovado. *En Segundos*. Obtenido de <https://ensegundos.com.pa/>
- Arcia, J. (24 de abril de 2020). Ley que pena el maltrato a adultos mayores empieza a regir. *La Estrella de Panamá*.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (1989a). Neuropsychological characteristics of normal aging. *Developmental Neuropsychology*, 5, 307-320.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (1989b). Neuropsychological characteristics of normal aging. *Developmental Neuropsychology*, 5, 307-320.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). Envejecimiento normal y patológico. En *Neuropsicología Clínica* (1a edición ed., págs. 227-253). México, D.F.: El Manual Moderno.
- Arenberg, D. (1980). Comments on the process that account for memory declines with age. En L. Poon, J. Fozard, L. Cermak, D. Arenberg, & L. Thompson, *Nueva direcciones in memory and aging*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Ávila Baray, H. (2006). Introducción a la Metodología de la Investigación. En *Los Métodos*

- De Investigación Social* (págs. 88-94). Chihuahua, México: Instituto Tecnológico de Cd. Cuauhtémoc.
- Bäckman, L., & Herlitz, A. (1996). Knowledge and memory in Alzheimer's disease: a relationship that exists. En R. Morris, *The Cognitive Neuropsychology of Alzheimer-type Dementia*. Oxford: Oxford University Press.
- Backman, L., Small, B., & Wahlin, A. (2000). Cognitive functioning in very old. En F. Crack, & T. Salthouse, *The Handbook of Aging and Cognition*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ballesteros, C. (1999). "Las modificaciones del estado físico, anímico, calidad de vida y autoestima en adultas mayores por medio de un programa de actividad sistemática de karate do". . *Tesis*.
- Baltes, P., & Schaie, K. (Mar de 1974). The myth of the twilight years. *Psychology Today*, 35-38.
- Barbizet, J. (1970). *Human memory and its pathology*. San Francisco: Freeman.
- Barroso Riba, J., Correia Delgado, R., & Nieto Barco, A. (2011). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, & Á. Ruano, *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (págs. 259-268). Barcelona, España : MASSON.
- Beard, J., Biggs, S., Bloom, D., Fried, L., Hogan, P., Kalache, A., & Olshansky, S. (2012). Introduction. En J. Beard, S. Biggs, D. Bloom, L. Fried, P. Hogan, A. Kalache, & S. Olshansky, *Global population ageing: peril or promise?* (págs. 4–13). Geneva: World Economic Forum.
- Bernal, C. (2010). Proceso de investigación científica. En C. Bernal, *Metodología de la Investigación* (Tercera Edición ed., pág. 146). Bogotá: Pearson Educación.
- Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M., & Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(2), 119- 126.
- Blázquez Alisente, J., Galparsoro Izagirre, N., González Rodríguez, B., Lubrini, G., Periañez Morales, J., Ríos Lago, M., . . . Zulaica Cardoso, A. (2009). Estrategias generales para la estimulación de la memoria. En *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (Primera ed., págs. 81-117). Barcelona: Editorial

UOC.

- Bloom, D. (29 de Jul de 2011). 7 billion and counting. *Science*, 333(6042), 562–9.
- Bowers, K., & Thomas, P. (Agosto de 1995). Handle with care. *Harvard Health Letter*, 6-7.
- Britton, G., & Villarreal, A. (30 de octubre de 2016). Se buscan adultos mayores para realizar estudio. (R. Rosenshain, Entrevistador)
- Bruna Rabassa, O., Pelegrín Valero, C., Bartrés Faz, D., Gramunt Fombuena, N., Subirana Mirete, J., & Dergham, A. (2011). Deterioro cognitivo leve. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, & Á. Ruano, *Rehabilitación neuropsicológica Intervención y práctica clínica* (págs. 269-288). Barcelona, España: MASSON.
- Camp, C., & McKittrick, L. (1989). The dialectics of remembering and forgetting across the adult lifespan. En D. Kramer, & M. Bopp, *Dialectics and contextualism in clinical and developmental psychology: Change, transformation, and the social context* (págs. 169-187). Nueva York: Springer.
- Chafetz, M. (1992). *Smart for life*. Nueva York: Penguin.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (7 de Feb de 2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, 385(9967), 563–75.
- Chesnais, J.-C. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Santiago, Chile: CELADE.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. (3 de Oct de 2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196–208.
- Clare, L., & Jones, R. (2008). Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment. *Neuropsychological Review*, 18, 1–23.
- Clare, L., Wilson, B., Breen, K., & Hodges, J. (1999). Errorless learning of face-name associations in early Alzheimer's disease. *Neurocase*, 5, 37–46.
- Composortega Cruz, S. (1995). Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. En *El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales*. México DF: CIRSS, OPS, OMS.
- Conway, M., Pisoni, D., & Kronenberger, W. (2009). The importance of sound for

- cognitive sequencing abilities. *Current Directions in Psychological Sciences*, 18, 275–279.
- Cook, T., & Campbell, D. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand-McNally.
- Crook, T., Bartus, R., Ferris, S., Whitehouse, P., Cohen, G., & Gershon, S. (1986). Age associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261-276.
- Craik, F. (1977). Age differences in human memory. En J. Birren, & K. Schaie, *Handbook of psychology of ageing*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Craik, F., & Byrd, M. (1982). Aging and cognitive deficits: The role of attentional resources. En F. Craik, & S. Trehub, *Aging and Cognitive Processes* (págs. 191-211). New York: Plenum Press.
- Craik, F., & Jennings, J. (1992). Human memory. En F. Craik, & T. Salthouse, *The handbook of aging and cognition* (págs. 51-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Craik, F., & Lockhart, R. (1972). Levels of processing: a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684.
- Craik, F., & Salthouse, T. (1999). *The handbook of aging and cognition* (2a ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Crimmins, E., & Beltrán-Sánchez, H. (Jan de 2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(1), 75–86.
- Crook, T., Bartus, R., Ferris, S., Whitehouse, P., Cohen, G., & Gershon, S. (1986). Age associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261-276.
- Cubilla, A. (2015). *Envejecimiento Demográfico en Panamá Período 1960-2050*. Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo .
- Cummings, J., & Benson, D. (1993). *Dementia: A clinical approach* (2a. ed. ed.). London: Butterworths.
- de l'Etoile, S. (2014). Associative mood and memory training in music, AMMT. En M. Thaut, & V. Hoemberg, *Oxford Handbook of Neurologic Music Therapy* (págs.

- 315–330). Oxford: Oxford University Press.
- Diamond, B., DeLuca, J., Rosenthal, D., Vlad, R., Davis, K., Lucas, G., . . . Richards, J. (2000). Information processing in older versus younger adults: accuracy versus speed. *International Journal of Rehabilitation and Health, 5*, 55-64.
- Eslinger, P., Pepin, L., & Benton, A. (1988). Different patterns of visual memory errors occur with aging and dementia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 10*, 60-61.
- Espino, E. (4 y 5 de octubre de 2018). XIV Jornada Nacional de Salud Mental. “*La Ciencia a la Vanguardia de la Medicina Forense*”. Panamá.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statist. (2000). Older Americans 2000. Key Indicators of Wellbeing. Washington D. C.: US Government Printing Office.
- Feldman, R. (2007). Adultez tardía. En *Desarrollo psicológico* (M. Ortiz Salinas, Trad., Cuarta edición ed., págs. 590-622). México: Pearson Educación.
- Fernández-Aranda, F. (2015). Terapéuticas cognitivo-conductuales. En J. Vallejo Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (Octava ed., págs. 1135-1188). Barcelona: MASSON.
- Fernández-Aranda, F., Crespo, J., Jiménez-Murcia, S., Krug, I., & Vallejo, J. (2006). Blindness and bulimia nervosa: a description of a case-report and its treatment. *International Journal of Eating Disorders, 39*(3), 263–265.
- Ferri, C., Prince, M., & Brayne, C. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet, 366*, 2112-2117.
- Fiatarone, M., & Garnett, L. (Mar de 1997). Keep on keeping on. *Harvard Health Letter, 4-5*.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (2002). En A. Lobo, P. Saz, G. Marcos, & ZARADEMP, *MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Franks, C., & Wilson, G. (1987). *Annual review of behavior therapy. Theory and practice*. Nueva York: Bruner y Mazel.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (January de 2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology, 3*(1), 343-353.

- Gerstman, B. (2013). *Epidemiology Kept Simple: an introduction to traditional and modern epidemiology* (3rd ed.). San José: Wiley.
- Giambra, L., & Arenberg, D. (1993). Adult age differences in forgetting sentences. *Psychology and Aging, 8*, 451-462.
- Giró Miranda, J. (2005). *Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja.
- Glisky, E., Schacter, D., & Tulving, E. (1986). Learning and retention of computer related vocabulary in memoryimpaired patients: method of vanishing cues. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 8*, 292–312.
- González, A. (16 de octubre de 2019). Envejecimiento en Panamá. *Expertos advierten que la población de adulto mayor en Panamá se duplicará*. Panamá, Panamá.
- Grandmaison, E., & Simard, M. (2003). Critical review of memory stimulation programs in Alzheimer's disease. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neurosciences, 15*, 130–144.
- Guerrero, E., Hernández, G., & Rodríguez, A. (1999). *Taller de capacitación para la atención de necesidades básicas del adulto mayor, dirigido al personal y familia Hogar de Ancianos Alfredo y Delia González Flores. Informe final*. Escuela de enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.
- Hernández Rodríguez, G. (2001). Familia y ancianos. *Revista de Educación, 325*, 33.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. McGRAW - HILL.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista Lucio, M. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & M. Pilar Baptista Lucio, *Metodología de La Investigación* (Sexta edición ed., págs. 2-20). México D.F: McGraw Hill Education.
- Herrera, O. (6 de marzo de 2020). *El aumento de la expectativa de vida en Panamá y el reto que constituye el cuidado de los ancianos*. Obtenido de CSS: <http://web.css.gob.pa/cssprensa/2020/03/06/el-aumento-de-la-expectativa-de-vida-en-panama-y-el-reto-que-constituye-el-cuidado-de-los-ancianos/>
- Hill, R., Evankovich, K., Sheikh, J., & Yesavage, J. (1987). Imagery mnemonic training in a patient with primary degenerative dementia. *Psychology and Aging, 2*, 204–205.

- Horn, J. (1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. En F. Craick, & S. Trehub, *Aging and cognitive processes*. Nueva York: Plenum Press.
- Hultsch, D. (1971). Organization and memory in adulthood. *Human Development*, 14, 16-29.
- Hunkin, N., Squires, E., Aldrich, F., & Parkin, A. (1998). Errorless learning and the acquisition of word processing skills. *Neuropsychological Rehabilitation*, 8, 433–449.
- Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois E., Van Oyen, H., Nusselder, W., . . . EHLEIS team. (16 de Nov de 2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 372(9656), 2124-2131.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A., & Facal Mayo, D. (2011). Intervención comunicativa y lingüística en el envejecimiento. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, & A. Ruano, *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y Práctica Clínica* (págs. 333-346). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Kanfer, F. (1989). Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. En I. Hand, & H. Wittchen, *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlín: Springer Verlag.
- Kart, C. (1990). *The realities of aging* (3a ed.). Boston: Allyn y Bacon.
- Koutstaal, W., Schacter, D., Johnson, M., Angell, K., & Gross, M. (Jul de 1998). Post-event review in older and younger adults: Improving memory accessibility of complex everyday events. *Psychology and Aging*, 13(2), 277-96.
- Kral, V. (1966). Diseases of the Nervous System. *Memory loss in the aged*, 27(1), 51–54.
- Lamberts, S., van den Beld, A., & van der Lely, A. (17 de Oct de 1997). The endocrinology of aging. *Science*, 278, 419-424.
- Landauer, T., & Bjork, R. (1978). Optimum rehearsal patterns and name learning. En K. Gruneberg, P. Morris, & R. Sykes, *Practical aspects of memory* (págs. 625– 632). Nueva York: Academic Press.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic memory.

Psychology and Aging, 17, 677–689.

- Levine, B., Turner, G., Tisserand, D., Hevenor, S., Graham, S., & McIntosh, A. (2004). The functional neuroanatomy of episodic and semantic autobiographical remembering: a prospective functional fmri study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(9), 1633-1646.
- Levy, R. (1994). Aging-associated cognitive decline. *International Psychogeriatrics*, 6, 63–68.
- Lin, S., Beck, A., Finch, B., Hummer, R., & Masters, R. (Nov de 2012). Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2157–63.
- Llardi, S., & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factor in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 38-55.
- Loewenstein, D., Ardila, A., Rosselli, M., Hayden, S., Duara, R., Berkowitz, N., . . . Eisdorfer, C. (November de 1992). A Comparative Analysis of Functional Status Among Spanish-and English-speaking Patients With Dementia. *Journal of Gerontology*, 47(6), 389–394.
- Loewenstein, D., Argüelles, T., Argüelles, S., & Linn-Fuentes, P. (1994). Potential cultural bias in the neuropsychological assessment of the older adult. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 623–629.
- Lovelace, E. (1990). Basic concepts in cognition and aging. En E. Lovelace, *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions* (págs. 1-28). Ámsterdam: North-Holland: Elsevier.
- Manton, K., Gu, X., & Lamb, V. (28 de Nov de 2006). Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(48), 18374–9.
- Medina, J. (1996). *The dock of ages: Why we age—How we age—Winding back the dock*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Meléndez-Moral, J., Sanz-Álvarez, T., & Navarro-Pardo, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de Psicología*, 28(2), 604-61.

- Michel, B., & Becker, H. (2002). Mild cognitive impairment: stade précoce de la maladie d'Alzheimer? *Neurologies*, 5, 125–129.
- MIDES. (16 de nov de 2018). *Ministerio de Desarrollo Social*. Obtenido de <https://www.mides.gob.pa/mides-lanza-plan-nacional-de-las-personas-adultas-mayores/>
- MINSA. (2018). Programa de salud del adulto mayor. En MINSA, *Normas Técnico-Administrativas: Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor, 2018* (Primera Edición ed., págs. 87-89). República de Panamá: Sibauste, S.A.
- MINSA. (2019). *Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad*. Panamá: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.
- Montanet Avendaño, A., Bravo, C., & Hernández Elías, E. (2009). *La calidad de vida en los adultos mayores*. Pinar del Río: Hospital Psiquiátrico Docente Provincial "Isidro de Armas".
- Montes-Rojas, J., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Silva-Pereira, J., Garcia-Ramos, G., & del Río-Portilla, Y. (diciembre de 2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 121-126.
- Morales, F. (2000). Temas prácticos de Geriátrica y Gerontología. . *Tomos I y II*.
- Moyad, M. (2004). Preventing male osteoporosis: Prevalence, risks, diagnosis and imaging tests. *Urological Clinics of North America*, 31, 321-330.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Nussbaum, P. (1997). *Handbook of Neuropsychology and Aging*. Nueva York: Plenum Press.
- OMS. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Obtenido de <http://www.css.gob.pa/web/14-junio-2018te.html>
- OMS. (2015). Envejecimiento saludable. En *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (págs. 27-39). Ginebra, Suiza : OMS.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). Memoria. En D. Papalia, H.

- Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Desarrollo del adulto y vejez* (3a. ed., págs. 153-190). México, D. F.: The McGraw-Hill.
- Park, D., Puglisi, J., & Smith, A. (1986). Memory for pictures: Does an age-related decline exist? *Psychology and Aging*, 1, 11-17.
- Park, D., Royal, D., Dudley, W., & Morrel, R. (1988). Forgetting of pictures over a long retention interval in young and older adults. *Psychology and Aging*, 3, 94-95.
- Pastor Mallol, E., Villar, F., Boada, J., López, S., Varea, M., & Zaplana, T. (2003). Significados asociados a la jubilación e influencia con la actividad de ocio y la ética del trabajo. *Rev. Mult. Gero*, 13(1), 15-22.
- Petersen, R. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med.*, 256, 183-194.
- Petersen, R., & Morris, J. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*, 62, 1160–1163.
- Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E., & Kokmen, E. (1999). Deterioro cognitivo leve: caracterización clínica y resultado. *Arch Neurol.*, 56, 303–308.
- Picavet, H., & Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63, 723-729.
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., & Eustache, F. (2002). Episodic and semantic remote autobiographical memory in aging. *Memory*, 10, 239–257.
- Poon, L. (1985). Differences in Human Memory with Aging: Nature, Causes, & Clinical Implications. En J. Birren, & K. Schaie, *Handbook of the Psychology of Aging* (2a. ed., págs. 427-462). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Puerta Polo, J., & Padilla Díaz, D. (Diciembre de 2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257.
- Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings. En F. Craik, & T. Salthouse, *The Handbook of Aging and Cognition*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Reiger, D., & Burke, J. (1995). Quantitative and experimental methods in psychiatry. En H. Kaplan, & B. Sadock, *Comprehensive textbook of psychiatry* (págs. 295-312). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reisberg, B., Ferris, S., De Leon, M., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Retureta Rodríguez, B., Rodríguez Carrasco, B., López Delgado, Y., & Travieso Palenzuela, M. (2012). Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Revista de Ciencias Médicas*, 18(2).
- Reyes Camejo, T., Triana Álvarez, E., Matos Pérez, N., & Acosta Sariego, J. (2002). Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida. *Rev. Electr Geriatria Gerontología*, 4(1). Obtenido de [www.geriatrianet.com/6/periodo 6//geriatriarticulo.htm](http://www.geriatrianet.com/6/periodo%206//geriatriarticulo.htm)
- Richards, M., & Sacker, A. (2003). Lifetime antecedents of cognitive reserve. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 614–624.
- Rikli, R., & Jones, C. (2000). Reliability, validity, and methodological issues in assessing physical activity in older adults. *Res Q Exerc Sport*, 71(2), 89-96.
- Rosenshain, R. (30 de octubre de 2016). Se buscan adultos mayores para realizar estudio. *La Prensa*.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica* (Primera edición ed.). México: Editorial el Manual Moderno.
- Sander, A., & Veldhoven, L. (2014). Rehabilitation of memory problems associated with TBI. En M. Sherer, & A. Sander, *Handbook on the Neuropsychology of TBI* (págs. 173–190). New York: Springer.
- Sardinero Peña, A. (2010). Terapias de rehabilitación y estimulación cognitiva. En A. Sardinero Peña, *Estimulación cognitiva para adultos. Presentación y guía didáctica* (págs. 23-24). Grupo Gesfomedia.
- Schacter, D., Rich, S., & Stamp, M. (1985). Remediation of memory disorders: experimental evaluation of the spaced-retrieval technique. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 7(1), 79–96.
- Schaie, K. (1993). The Seattle longitudinal studies of adult intelligence. *Current Directions*

- in Psychological Science*, 2, 171-175.
- Schaie, K. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49, 304-313.
- Schaie, K., & Willis, S. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.
- Schneider, B., & Pichona-Fuller, M. (2000). Implications of perceptual deterioration for cognitive aging research. En F. Crack, & T. Salthouse, *The Handbook of Aging and Cognition*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Segal, Z., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive therapy in mayor depression: changes with pharmacotherapy . *J Nerv Ments Dis.*, 108, 3-10.
- Shock, N. (1962). *The physiology of aging*. San Francisco: Freeman.
- Smith, F. (1977). *Understanding Reading. A Psycholinguistic Analysis of Reading and Learning to Read*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Stella, F. (1998). *Plenitud después de los 60: Proyecto de toda una vida*. San José: UCR.
- Tamayo, G. (s.f.). Diseños muestrales en la investigación. *SEMESTRE ECONÓMICO*, 4(7), 13.
- The World Bank. (2016). Country and Lending Groups by Income. Obtenido de <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>.
- Tierney, M., Szalai, J., Snow, W., Fisher, R., Nores, A., Nadon, G., . . . St. George-Hyslop, P. (1996). Prediction of probable Alzheimer's disease in memory-impaired patient: a prospective longitudinal study. *Neurology*, 46, 661–665.
- Tyerman, A., & King, N. (2004). Interventions for psychological problems after brain injury. En L. Goldstein, J. McNeil, A. Tyerman, & N. King, *Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Urieta, Y. (17 de septiembre de 2019). Alcaldía de Panamá planea mejorar los 'Años Dorados' para los abuelos. *Panamá América*.
- Verghese, J., Lipton, R., Katz, M., Hall, C., Derby, C., Kuslansky, G., . . . Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508–2516.
- Village, B. (28 de septiembre de 2017). *¿Cuál es la diferencia entre un asilo y una*

- residencia para personas mayores?* Obtenido de Belmont Village Senior Living.: <https://blog.belmontvillage.com.mx/cual-es-la-diferencia-entre-un-asilo-y-una-casa-de-retiro-para-adultos-mayores#:~:text=1.,actividades%20y%20terapias%20con%20ellos>.
- Villarreal, A., Grajales, S., Lopez, L., & Britton, G. (2015). Cognitive Impairment, Depression, and Cooccurrence of Both among the Elderly in Panama: Differential Associations with Multimorbidity and Functional Limitations. *BioMed Research International*, 7, 7. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2015/718701> (2015)
- Walsh, D. (1975). Age difference in memory and learning. En D. Woodruff, & J. Berren, *Aging*. Nueva York: Van Nostrand Co.
- West, R. (1986). Everyday memory and aging. *Developmental Neuropsychology*, 2, 323-344.
- Whitbourne, S. (2001). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. Nueva York: Wiley.
- Wilson, B. (2009). *Memory rehabilitation: integrating theory and practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, B. (2011). Memoria. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, & Á. Ruano, *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (págs. 53-60). Barcelona, España: MASSON.
- Wilson, R., Bennett, D., Bienias, J., Leon, C., Morris, M., & Evans, D. (2002a). Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology*, 59, 1910–1914.
- Wilson, R., Leon, C., Barnes, L., Schneider, J., Bienias, J., Evans, D., & Bennett, D. (2002b). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287, 742–748.
- Wingfield, A., & Stine, E. (1989). Modeling memory processes: Research and theory on memory and aging. En G. Gilmore, P. Whitehouse, & M. Wykle, *Memory, aging, and dementia: Theory, assessment, and treatment* (págs. 4-40). Nueva York: Springer.
- World Economic and Social Survey. (2007). *Development in an Ageing World*. ONU, Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations publication.

- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7(2), 12-36.
- Zacks, R., Hasher, L., & Li, K. (2000). Human. En F. Craik, & T. Salthouse, *The handbook of aging and cognition* (2nd ed., págs. 293-357). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zheng, X., Chen, G., Song, X., Liu, J., Yan, L., Du, W., . . . Zhangd, J. (1 de Nov de 2011). Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*, 89(11), 788–797.

ANEXOS

Anexo 1. Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve

Sesiones	Materiales	Objetivos Terapéuticos	Actividades	Fecha	Tiempo
<p align="center">PRIMERA SESIÓN</p> <p align="center"><i>Estrategias instruccionales (Clare & Jones, 2008; Grandmaison & Simard, 2003)</i></p>	—Material visual (Ver Anexo 3)	Potenciar la retención de información con una lista de palabras (Hunkin, Squires, Aldrich et al, 1998)	Se le presentará una lista de seis palabras, su imagen, su definición y de manera repetida. Luego se les preguntan qué repitan las palabras presentadas, pero dándole pistas, con la desaparición de pistas (Tierney et al, 1996; Petersen et al, 1999) que incluye la presentación de la definición de la palabra y luego la primera letra de la misma, con letras que se añadían de izquierda a derecha en intervalos hasta que los participantes puedan adivinar la palabra.	13 de abril de 2021	60 minutos
<p align="center">SEGUNDA SESIÓN</p> <p align="center"><i>Estrategias instruccionales (Clare & Jones, 2008; Grandmaison & Simard, 2003)</i></p>	—Material visual (Ver Anexo 4)	Potenciar la retención de información con una lista de palabras (Hunkin, Squires, Aldrich et al, 1998)	Se le presentará nuevamente una lista de seis palabras distintas con imagen, definición y de manera repetidas, luego de quitar el estímulo visual, estos las mencionen, de esta manera, en pruebas posteriores, las pistas se retiren de una en una hasta que se lograba la evocación con mínimas indicaciones (Glisky, Schacter, & Tulving, 1986).	15 de abril de 2021	60 minutos
<p align="center">TERCERA SESIÓN</p> <p align="center"><i>Mnemotecnias (Hill, Evankovich, Sheikh, & Yesavage, 1987)</i></p>	—Material visual (Ver Anexo 5)	Incitar la organización mental (Sander & Veldhoven, 2014)	Se le presentará asociaciones cara-nombre, para la relación de una característica de la cara con el sonido del nombre en combinación con otras estrategias, esto permite un aprendizaje efectivo (Clare, Wilson, Breen, & Hodges, 1999).	17 de abril de 2021	60 minutos

<p>CUARTA SESIÓN</p> <p><i>Lectura (Verghese et al, 2003)</i></p>	<p>—Relato corto (Ver Anexo 6)</p> <p>—Material visual</p>	<p>Estimular la memoria a corto plazo con la lectura breve (Wilson et al, 2002a;2002b)</p>	<p>Se le leerá un relato corto con ayuda de estimulación visual. Se le pedirá en que repliquen la historia contada y se le harán preguntas sobre la historia.</p>	<p>20 de abril de 2021</p>	<p>60 minutos</p>
<p>QUINTA SESIÓN</p> <p><i>Reminiscencia (Yamagami, Oosawa, Ito, & Yamaguchi, 2007)</i></p>	<p>_____</p>	<p>Activar la memoria autobiográfica (Levine et al, 2004)</p>	<p>Se le estará preguntando sobre los hechos de su infancia: ¿cuál fue su lugar y fecha de nacimiento? ¿el lugar dónde vivía de niño? ¿su primer sobrenombre? ¿qué juegos inventó? ¿cuál era su comida favorita? ¿el nombre de sus mascotas?</p>	<p>22 de abril de 2021</p>	<p>60 minutos</p>
<p>SEXTA SESIÓN</p> <p><i>Elaboración semántica (Bäckman & Herlitz, 1996).</i></p>	<p>_____</p>	<p>Desarrollar la memoria episódica (Juncos-Rabadán, Pereiro, & Facal Mayo, 2011)</p>	<p>Facilitar el recuerdo de referencias de algunos acontecimientos (como las preguntas vistas con anterioridad) para la construcción de una historia.</p>	<p>24 de abril de 2021</p>	<p>60 minutos</p>
<p>SÉPTIMA SESIÓN</p> <p><i>Rompe cabezas (Verghese et al, 2003; Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004)</i></p>	<p>—Rompe cabezas</p>	<p>Fomentar la participación en actividades cognitivas (Verghese et al, 2003; Wilson et al, 2002a;2002b)</p>	<p>Se hará tres grupos de cinco adultos mayores al azar. Cada grupo tiene que resolver un rompe cabezas de 200 piezas.</p>	<p>27 de abril de 2021</p>	<p>60 minutos</p>
<p>OCTAVA SESIÓN</p> <p><i>Recuperación espaciada (Wilson, 2009)</i></p>	<p>_____</p>	<p>Recuperar la información posterior con la evocación gradual de una parte de ella (Landauer & Bjork, 1978; Schacter, Rich, & Stamp, 1985).</p>	<p>Se le contará una pequeña historia autobiográfica, respondiendo las seis preguntas anteriores de los hechos de infancia (Raúl nació en el corregimiento de Calidonia, provincia de Panamá... un siete de enero...) (de la 5ta sesión) Se estará preguntando qué otra parte de la historia continúa, dando pistas y técnicas vistas anteriormente.</p>	<p>29 de abril de 2021</p>	<p>60 minutos</p>

<p>NOVENA SESIÓN</p> <p><i>Reminiscencia</i> (Yamagami, Oosawa, Ito, & Yamaguchi, 2007)</p>	<p>_____</p>	<p>Activar la memoria autobiográfica (Levine et al, 2004)</p>	<p>Se le estará preguntando sobre los hechos de su adolescencia: ¿El mejor recuerdo qué tenga de esta etapa? ¿a dónde les gustaba ir? ¿nombre de sus amigos? ¿iba a la iglesia, escuela o actividades? ¿cómo le decían sus amigos? ¿A quién admiraba?</p>	<p>3 de mayo de 2021</p>	<p>60 minutos</p>
<p>DÉCIMA Y DÉCIMA PRIMERA SESIÓN</p> <p><i>Narrativas</i> (Juncos-Rabadán, Pereiro, & Facal Mayo, 2011; Verghese et al, 2003)</p>	<p>—Material visual (Ver Anexo 7)</p>	<p>Trabajar los recuerdos episódicos con el entrenamiento cognitivo con narrativas (Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002; Piolino, Desgranges, Benali, & Eustache, 2002)</p>	<p>Se conformará un grupo de ocho adultos mayores, en la sesión posterior un grupo de siete.</p> <p>A el grupo se le entregaran un paquete de 40 fotografías en el que cada integrante debe seleccionar ocho para que elaboren una historia personal mediante una secuencia de fotografías (entre los ochos se pueden cambiar fotografías se le pedirán) se hará con la colaboración del cuidador como coterapeuta (Tyerman & King, 2004).</p> <p>Me gustaría contar mi historia... —Por etapa de la vida: infancia, adolescencia, adultez —Temático: trabajo, noviazgo, etc. —Seleccionar las o la fotografía más relevante de la historia que contará —Se colocarán las fotografías en orden: en un álbum o cartulina —Hacer una descripción detallada: ¿dónde es? ¿Cómo son ellos y sus nombres? —Cuándo y por qué ocurrió: que se intente recordar la escena y otros</p>	<p>5 de mayo de 2021</p>	<p>60 minutos/ 60 minutos</p>

			<p>detalles que no aparecen en la foto, como olores, sonidos, colores, reacciones y sentimientos de los personajes, otros personajes presentes en el acontecimiento pero que no aparecen en la foto, etc.</p> <p>—Elaborar la historia coherentemente con todas las fotos: que todas se vinculen entre ellas y evitar una sucesión de descripciones de las mismas.</p> <p>Para estimular la producción se pueden utilizar preguntas tales como «¿Podría decirme algo más sobre cuándo ocurrió?», «¿Hay algún incidente específico que pudiera aclarar mejor lo que quiere usted decir?», «¿Me podría decir lo que ocurrió empezando desde el principio?», etc. También se puede recurrir a estrategias de visualización (p. ej., «¿Podría imaginar la escena que me está contando y decirme qué personas había y cómo estaban situadas?») (Juncos-Rabadán, Pereiro, & Facal Mayo, 2011).</p>		
<p>DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN</p> <p><i>Capacidad de reserva cognitiva (Richards & Sacker, 2003) y Entrenamiento de la nemotecnia musical (de l'Etoile, 2014)</i></p>	—Instrumentos musicales	Incentivar el desarrollo cognitivo general y su reserva (Richards & Sacker, 2003) con instrumentos musicales (Verghese et al, 2003)	<p>Se le presentarán la canción el “el tambor de la alegría”</p> <p>—Se cantará el karaoke con las palmas y panderetas, será de manera global y luego en grupo para ser cantado de forma ordenada, temporal y secuencial (Conway, Pisoni, & Kronenberger, 2009)</p>	7 de mayo de 2021	60 minutos

Anexo 2. Guía para el desarrollo del programa de tratamiento cognitivo conductual para La estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve

PRÓLOGO

Hoy en día hay mucha facilidad para obtener manuales, guías y talleres para el adulto mayor, pero muchas están enfocadas en el tratamiento de las demencias que la edad les acarrea, en la parte afectiva y sentimiento de desesperación al tener un cúmulo de situaciones que no fueron subsanadas y vienen saliendo a flote como también la atención física correspondiente a su ciclo vital.

Entrar en la vejez no significa estar enfermo, ser menos productivo o ser motivo de vergüenza, es una etapa a la que todos (as) llegaremos, pero, así como transcurre el tiempo tenemos que fortalecer algunos puntos para vivirla de manera plena y tranquila. Cuando hablamos de la estimulación de la memoria no referimos al incitar, provocar y avivar lo ya conocido y que se está por conocer... como un fuego interno que ha permanecido con nosotros durante nuestra vida y que al cruzar la línea de la tercera edad corre el riesgo de ir disminuyendo, de apenas mantenernos tibios a comparación de años anteriores el cual ardía como ninguno.

La memoria es el compendio de todo lo vivido, una cinta cinematográfica que tiene su guion, escenario, protagonistas y de todos los géneros. En nuestra infancia nos vamos preparando para el rodaje de las primeras tomas vs la adultez mayor en la que ya tenemos muchas escenas concluidas y se siguen generando más pero no con la misma intensidad, es aquí donde las primeras se empiezan a ser acechadas por el olvido y se confunden con las del presente, con otras personas y se pierde la secuencia de lo que se tenía, es donde el adulto mayor queda vulnerable ante su propia memoria.

—Psic. Raúl González

DESCRIPCIÓN

En esta población mayor por lo general se hacen intervenciones integrales de todas las variables que acechan la salud tanto física y psíquica del adulto, que desde un punto de vista objetivo es eficaz, pero son pocas las que se focalizan en un solo aspecto como el trabajar en su totalidad varios aspectos de la memoria que es lo que se busca con este modelo de intervención cognitiva conductual, poder ofrecerles un trabajo multivariado, estructurado y con sustento científico para estimular su memoria y que estos no lleguen a ser enemigos de sus propios recuerdos. Según Tyerman y King (2004) la adaptación de la psicoterapia y la terapia cognitivo conductual a pacientes con déficits de memoria, empleando las notas y las grabaciones de audio y vídeo, repetir de manera frecuente, pequeños resúmenes, recordatorios telefónicos para completar los deberes o utilizar a los miembros de la familia como coterapeutas (en este casos sus cuidadores) son estrategias que pueden ayudar a sortear las dificultades debidas a los problemas de retención del proceso terapéutico.

Por esto se creó el **Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve**, el cual se basa en un modelo de tratamiento cognitivo conductual, ya que la Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la memoria (Puerta Polo & Padilla Díaz, 2011). Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema, como lo es la memoria y generalmente tiene una duración entre 10 y 20 sesiones (Llardi & Craighead, 1994), en este caso serán unas doce sesiones de una hora por sesión y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento (Llardi & Craighead, 1994).

Esta intervención se da de manera didáctica porque se empleará distintas técnicas cognitivas enfocadas en la memoria, como la combinación del aprendizaje sin error y la recuperación espaciada que es una muy buena combinación de estrategias a utilizar tanto con los pacientes con deterioros progresivos como con aquellos con deterioros de la memoria de carácter no progresivo y también práctica. Una mayor participación en actividades cognitivas se relacionaba con una mayor preservación de las habilidades cognitivas y con un menor riesgo de desarrollar demencia, a su vez Verghese et al. (2003) han identificado una serie de actividades que parecían ser especialmente útiles, entre las que se encontraban la lectura, los juegos de mesa, tocar instrumentos musicales y el baile.

Esto se da en marco al deterioro cognitivo leve que se presenta en el adulto mayor al momento de la evaluación y este se ha definido en diversas entidades nosológicas para intentar caracterizar los procesos de deterioro cognitivo que van más allá del propio proceso de envejecimiento, sin llegar al cumplimiento de los criterios diagnósticos de demencia actualmente aceptados, este es un concepto de DCL válido hoy en día y es descrito por Petersen et al. (1999), incluye las siguientes características:

- ✓ Alteración de la memoria, preferiblemente corroborada por alguna persona próxima a la persona afectada
- ✓ Alteración de la memoria en comparación con personas de la población general, de edad y nivel educativo similares
- ✓ Funciones cognitivas generales relativamente dentro de los límites de la normalidad.
- ✓ Las actividades de la vida diaria están esencialmente preservadas (criterio básico en el diagnóstico diferencial con la demencia establecida).
- ✓ Ausencia de demencia.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta intervención se dio de manera grupal, ya que los adultos mayores con problemas de memoria a menudo se benefician de la interacción con otras personas en su misma situación; aquellos que creen que están perdiendo la razón puede que reduzcan su miedo si ven que otras personas se encuentran con problemas similares (Wilson, 2011). El proceso mantuvo una duración de cinco (04) semanas, con un total de doce horas distribuidas de manera equitativa, los días lunes, miércoles y viernes de cada semana, en un horario entre las 10:00 AM a 11:00 AM. El grupo fue conformado con un total de 15 adultos mayores, tanto de sexo masculino y femenino, de 65 años a 80 años, esta selección la hizo el investigador principal (Psicólogo Raúl González) mediante la guía de observación al momento de la entrevista. El grupo fue de quince (15) adultos mayores, respetando las medidas de bioseguridad del recinto, estando ellos en un salón de reuniones amplio de más 32 m², tomando en cuenta que ellos son miembros del mismo recinto, por lo cual pertenecen a la misma burbuja, al igual que el uso de mascarillas y gel alcoholado durante el periodo de la misma.

Posteriormente se les estuvo presentando el consentimiento informado, el cual será firmado por cada uno de los participantes del estudio en la investigación presente”. Luego se estuvo realizando la aplicación de Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) (Folstein, Folstein, McHugh, & Fanjiang, 2002) como pretest y al finalizar luego de las sesiones como medida de postest. Todo esto se llevó a cabo para hacer una evaluación detallada y completa que debería incluir una valoración cognitiva completa de todas las funciones cognitivas, incluyendo la memoria, para el conocimiento de las fortalezas y debilidades de este proceso.

“La evaluación mediante test estandarizados debería completarse con observaciones, entrevistas y autoevaluaciones para poder formular correctamente la situación del paciente, la formulación del problema aplica teorías y modelos para entender el desarrollo y el mantenimiento de los problemas, y se puede utilizar para realizar predicciones acerca de los tratamientos (Wilson, 2011, pág.53)”.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los objetivos fueron enfocados en la necesidad de los adultos mayores. Si ellos tienen un objetivo irreal como «Quiero tener una memoria como la que tenía antes», entonces es necesario persuadirles de que esto no es posible, pero que se puede, por ejemplo, ayudarlos a recordar lo que tienen que hacer cada día y cómo se sentirían intentando este objetivo primero. La redacción de los objetivos ha sido de manera sencilla para los pacientes y les permitirá sentir el objetivo como propios, estos objetivos seguirán el principio SMART (acrónimo de specific, measurable, achievable, realistic and time based, «específico, medible, alcanzable, realista y limitado en el tiempo») (Wilson, 2011).

A largo plazo:

1. Elaborar narraciones, evocaciones y actividades de manera independiente y coherentes.
2. Emplear las estrategias cognitivas en sus actividades diarias.
3. Integrar a los adultos mayores en las relaciones activas que impliquen actividad cognitiva constante

A corto plazo:

1. Potenciar la retención de información con una lista de palabras.
2. Incitar la organización mental.
3. Estimular la memoria a corto plazo con la lectura breve.
4. Activar la memoria autobiográfica.
5. Desarrollar la memoria episódica.
6. Fomentar la participación en actividades cognitivas.
7. Recuperar la información posterior con la evocación gradual de una parte de ella.
8. Trabajar los recuerdos episódicos con el entrenamiento cognitivo con narrativas.
9. Incentivar el desarrollo cognitivo general y su reserva con instrumentos musicales

Anexo 3. Material Visual de las Estrategias Instruccionales

León	Es un animal que vive en manadas, aunque en muchas ocasiones los leones machos prefieren pasar parte de su tiempo de manera solitaria.	
Elefante	Son los mamíferos terrestres más grandes del planeta. Su cuerpo es de color grisáceo y casi no presenta pelo.	
Gallina	Es un ave caracterizada por su pico corto y algo curvado, sus alas también cortas y sus patas robustas.	
Gato	Es un animal doméstico, también son depredadores y pueden cazar distintas clases de presas (aves o roedores).	
Vaca	Es la hembra del toro. Se trata de un animal mamífero que pertenece a la familia de los bóvidos.	
Lobo	Son cuadrúpedos cuyo cuerpo se encuentra cubierto de un pelaje grisáceo, con cola alargada y orejas paradas. Se trata de animales salvajes que suelen atacar al ganado.	

Anexo 4. Material Visual de las Estrategias Instruccionales

Tigre	<p>Este animal mamífero, que está considerado como el felino más grande del planeta, se caracteriza por su pelaje amarillo con rayas negras en el lomo.</p>	
Jirafa	<p>Es el animal más alto del mundo. Se trata de un mamífero rumiante y artiodáctilo que puede alcanzar los cinco metros de altura gracias a su extenso cuello</p>	
Pato	<p>Es un ave que, por lo general, vive cerca del agua (los patos son palmípedos: cuentan con los dedos unidos para nadar con mayor facilidad)</p>	
Perro	<p>Son animales mamíferos, se dice descenden de los lobos. Tienen el cuerpo cubierto de pelo, algunas veces largo, corto o sin él, pelo de alambre, lacio o rizado.</p>	
Caballo	<p>Es un animal mamífero y se caracterizan por sus largas extremidades y por su cola formada por una gran cantidad de cerdas extensas. ...</p>	
Oso	<p>Es un mamífero de gran tamaño y fortaleza que habita en zonas con escasa presencia de humanos, generalmente en montañas remotas</p>	

Anexo 5. Material Visual sobre las Mnemotecnias

Gato

MIAU



Vaca

MUU



Pato

CUAC



Perro

GUAUF



Caballo

HII HII



Gallina

CLOO CLOO



Anexo 6. Lectura: El Cuento de las Dos Vasijas

Un aguador de la India tenía sólo dos grandes vasijas que colgaba en los extremos de un palo y que llevaba sobre los hombros. Una tenía varias grietas por las que se escapaba el agua, de modo que al final de camino sólo conservaba la mitad, mientras que la otra era perfecta y mantenía intacto su contenido. Esto sucedía diariamente. La vasija sin grietas estaba muy orgullosa de sus logros pues se sabía idónea para los fines para los que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba avergonzada de su propia imperfección y de no poder cumplir correctamente su cometido. Así que al cabo de dos años le dijo al aguador:



–Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas sólo obtienes la mitad del valor que deberías recibir por tu trabajo.

El aguador le contestó:

–Cuando regresemos a casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino.

Así lo hizo la tinaja y, en efecto, vio muchísimas flores hermosas a lo largo de la vereda; pero siguió sintiéndose apenada porque al final sólo guardaba dentro de sí la mitad del agua del principio.

El aguador le dijo entonces:

–¿Te diste cuenta de que las flores sólo crecen en tu lado del camino? Quise sacar el lado positivo de tus grietas y sembré semillas de flores. Todos los días las has regado y durante dos años yo he podido recogerlas. Si no fueras exactamente cómo eres, con tu capacidad y tus limitaciones, no hubiera sido posible crear esa belleza. Todos somos vasijas agrietadas por alguna parte, pero siempre existe la posibilidad de aprovechar las grietas para obtener buenos resultados.

Anexo 7. Narrativas



Anexo 8. Formato de Entrevista al Adulto Mayor

Ficha de Identificación	<i>Fecha:</i>	
	<i>Sexo:</i>	
	<i>Edad:</i>	
	<i>Lugar de Nacimiento:</i>	
Preguntas	<i>¿Dónde nos estamos?</i>	
	<i>¿Cuál es su fecha de nacimiento?</i>	
	<i>¿Cómo se llamaban sus padres?</i>	

Anexo 9. Formato de guía de observación

		SÌ	NO
Datos Observados	<i>Divaga en su respuesta</i>		
	<i>Toma más de 5 minutos en responder</i>		
	<i>Respuesta incorrecta</i>		
	<i>No responde</i>		
	<i>Solicita que se repita la pregunta</i>		
	<i>Menciona que no lo puede recordar</i>		

Anexo 10. Hoja de Información del Paciente y Formulario de Consentimiento Informado

Título del Protocolo: Eficacia del programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para la Estimulación de la Memoria en el Adulto Mayor con deterioro cognitivo leve

Investigador (a) Principal: Raúl Eduardo González González

Lugar del Estudio: Asilo Los Años Dorados en Pacora, Panamá

Teléfono del centro: 296-0352/6982-9201/maria.wong@municipio-pma.gob.pa

INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER ANTES DE ACEPTAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Les estamos solicitando su participación a un estudio de investigación. Los estudios de investigación incluyen solo a las personas que deciden formar parte del mismo. Este documento se llama consentimiento informado. Por favor, lea cuidadosamente esta información y tome su tiempo para tomar su decisión con respecto a su participación. Siéntase libre de pedir a la persona encargada del estudio el discutir este documento de consentimiento con usted. Puede solicitarle que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. La naturaleza del estudio, objetivos, beneficios, y otra información importante sobre la investigación se describen a continuación en este documento.

Este estudio acerca de la demostración de la eficacia del Programa de Tratamiento que será en el Asilo Los Años Dorados en Pacora, está siendo realizada como requisito para obtener el título de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Panamá por el Psicólogo General Raúl Eduardo González G. quien es la persona encargada de este estudio.

El Psicólogo General Raúl Eduardo González G. está siendo asesorado por el Mgtr. David Sanjur especialista en Psicología Clínica, tutor del programa de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP).

Esta investigación se llevará a cabo en el salón de reuniones del Asilo Los Años Dorados durante el año 2021.

Objetivos del Estudio

Objetivo general:

- Demostrar que el programa es adecuado.

Procedimientos del Estudio

Si usted forma parte en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

- Se le solicitará responder en el día de hoy esta prueba
- El tiempo que le tomará responder es de aproximadamente de 15 minutos.
- Esta prueba se realizará en un salón del Asilo Los Años Dorados, donde podrá responderlas cómodamente en su tiempo.

- Si desea que el investigador le colabore en la lectura de las preguntas, puede solicitarlo en el momento de la encuesta frente a un testigo imparcial (como el cuidador) o el que usted designe.
- Todas las respuestas de esta prueba serán guardadas y protegidas en un lugar seguro durante cinco años en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. Después de transcurrido este periodo de tiempo, éstas serán destruidas.

Número Total de Participantes

Un total de 15 participantes formarán parte de este estudio en el Asilo Los Años Dorados

Beneficios

El beneficio será que usted contribuye con la importancia mejorar la memoria en los adultos mayores y, por lo tanto, que se mejoren y refuercen las medidas para que el adulto mayor que reside en distintos asilos en Panamá, pueda contar con un Programa de Intervención.

Riesgos

Este estudio se clasifica en la categoría de riesgo mínimo. Esto significa que los riesgos asociados en este estudio no pretenden el uso de muestras de sangre u otros procedimientos, son los mismos que usted hace frente al responder del Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual.

Compensación

No recibirá ninguna compensación económica por formar parte en este estudio.

Privacidad y Confidencialidad

- Solo el investigador principal (Raúl González) conocerá los datos de los participantes, a los cuales se les asignará un código, para ser trabajado en la investigación. Asimismo, se guardarán los datos por un período de 05 años, una vez cumplido este tiempo serán destruidos mediante trituración de papel. Todos los datos recogidos serán objeto de investigación y se almacenarán en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.
- Cuando los resultados de la investigación concluyan, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. En el momento que usted solicite información relacionada con el proyecto, el investigador y el asesor de la investigación se la podrán proporcionar.

Participación Voluntaria/Retiro

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted no debería sentir ninguna clase de presión para tomar parte de este estudio. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará relaciones actuales o futuras de atención médicas en las instalaciones de salud del país. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted podrá retirarse en cualquier momento o dejar de responder la prueba sin enfrentar ningún tipo de sanción por parte del equipo de investigación.

Usted puede obtener las respuestas a sus preguntas, preocupaciones y quejas

Si durante el desarrollo de esta prueba o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con el investigador principal de este proyecto: Psic. Raúl González, al teléfono: 6444-5363 o al correo electrónico: psicoraul7@outlook.com. Si usted desea discutir con alguien más que no forme parte del grupo de investigación, comuníquese con el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP) al correo electrónico comitebioetica.invup@up.ac.pa o al teléfono 523-5769

Consentimiento para Participar en este Estudio de Investigación

Si desea participar en este estudio, favor firme el formulario, si las siguientes afirmaciones son verdaderas:

“Libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio”. Entiendo que al firmar este formulario estoy de acuerdo con participar en la investigación además de haber recibido una copia de este formulario.

_____	_____
Firma de la participante en el estudio	Nombre de la participante en el estudio
Fecha: _____	Hora: _____
_____	_____
Firma del Testigo	Nombre del Testigo
Parentesco: _____	Fecha: _____

Declaración de la Persona que Obtiene el Consentimiento Informado

He explicado cuidadosamente a la persona que toma parte en el estudio lo que él/ella puede esperar de su participación. Por medio de la presente certifico que cuando esta persona firmó este formulario, según mi conocimiento, ha entendido:

- De qué se trata el estudio
- Cuál es el procedimiento del mismo
- Que no hay otro beneficio más que ayudar a conocer sobre el tema del estudio.
- Que es un estudio que no tiene riesgos

Puedo confirmar que el/la participante del estudio habla, lee y/o entiende el idioma español y que además está recibiendo una copia del formulario de consentimiento informado en el idioma correspondiente. Además, el/la participante pudo leer y entender este documento o, si no pudo, al menos, esta persona fue capaz de escuchar y entender el formulario cuando éste le fue leído junto a un testigo. El/La participante no padece de dificultades médico / psicológicas que puedan comprometer su comprensión, por lo tanto, no se hace difícil entender lo que se le está explicando y, por consiguiente, puede ofrecer su consentimiento informado siendo este legalmente válido. Este (a) participante no está bajo ningún tipo de anestesia o analgésicos que pueden nublar su juicio o hacer que sea difícil de entender lo que se está explicando, por lo tanto, puede considerarse competente para dar su consentimiento informado.

Firma de la Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento Informado

Nombre Legible Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento

Informado Fecha: _____ Hora: _____

Anexo 12. Ficha Técnica del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)

1. FICHA TÉCNICA

Nombre:	Examen Cognoscitivo Mini-Mental.
Nombre original:	MMSE. Mini-Mental State Examination.
Autores:	Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
Procedencia:	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación española:	A. Lobo, P. Saz, G. Marcos y el Grupo de Trabajo ZARADEMP.
Aplicación:	Individual.
Ámbito de aplicación:	Adultos con posible deterioro cognoscitivo.
Duración:	Aproximadamente 15 minutos.
Finalidad:	Detección rápida del deterioro de funciones cognitivas.
Baremación:	Estadísticos y puntuaciones centiles en muestras geriátricas (65 y más años).
Material:	Manual de aplicación y Hoja de anotación.

Anexo 13. Aval del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)



Panamá, 12 de abril de 2021
Nota N° CBUP/0168/2021

Investigador
Raúl González
Maestría en Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Universidad de Panamá

Estimado investigador,

Los miembros del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, aprobaron la versión 2 de los documentos correspondientes a su investigación titulada: **Eficacia del programa del Tratamiento Cognitivo Conductual para la Estimulación de la Memoria Del Adulto mayor con Deterioro cognitivo Leve**, cuyo tutor es el profesor David Sanjur.

Le deseamos éxito en su tesis y le agradeceremos enviar copia del resumen final de esta importante investigación.

Atentamente,

Dra. Claude Vergès
Presidenta CBUP

cc Dra. Norma D. De Andrade
Directora de Postgrado
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

2021: "Año del Bicentenario de Independencia de Panamá de España"

Anexo 14. Aval del Profesor de español

Panamá Oeste, La Chorrera, 5 de julio de 2021

Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado (VIP)
Facultad de Psicología

A quien concierna:

Yo, **Angie Verónica Bethancourt Palacios**, con cédula de identidad personal N° **8-822-580**, profesora de español, certifico que he revisado la tesis titulada **“EFICACIA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”**, presentada por el estudiante Raúl Eduardo González González con cédula de identidad personal N° **8-866-951** y en la misma se ha cumplido con todos los aspectos ortográficos y de redacción.

Atte



Angie Verónica Bethancourt Palacios



Anexo 15. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA																		
FASES	AÑO 2020										AÑO 2021							
	MESES										MESES							
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Revisión bibliográfica																		
Redacción de la propuesta																		
Presentación de la propuesta a la Comisión Académica																		
Modificación según recomendaciones																		
Presentación del protocolo al Comité de Bioética																		
Inscripción Vicerrectoría de investigación y postgrado – UP																		
Recolección, procesamiento y análisis de los datos																		
Redacción del trabajo final																		
Presentación del trabajo final																		

Anexo 16. Programación Financiera

PRESUPUESTO			
Cantidad	Rubro	Precio Unitario	Precio total
	Honorarios profesionales (terapeuta)	-----	5.000.00
	Trámites	Transporte público y selectivo	200.00
	Movilización		
	Insumos de oficina	Prueba y otros	500.00
	Imprenta	Tesis y otros	500.00
SUBTOTAL			6.200.00
IMPREVISTOS 5%			310.00
TOTAL			6.510.00
Nota aclaratoria: el total de la investigación será asumido por el investigador principal.			

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Programa de tratamiento cognitivo conductual para la estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve	104
Anexo 2. Guía para el desarrollo del programa de tratamiento cognitivo conductual para La estimulación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve	108
Anexo 3. Material Visual de las Estrategias Instruccionales.....	113
Anexo 4. Material Visual de las Estrategias Instruccionales.....	114
Anexo 5. Material Visual sobre las Mnemotecnias	115
Anexo 6. Lectura: El Cuento de las Dos Vasijas	116
Anexo 7. Narrativas	117
Anexo 8. Formato de Entrevista al Adulto Mayor	118
Anexo 9. Formato de guía de observación.....	119
Anexo 10. Hoja de Información del Paciente y Formulario de Consentimiento Informado	120
Anexo 11. Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)	127
Anexo 12. Ficha Técnica del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)	128
Anexo 13. Aval del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá.....	129
Anexo 14. Aval del Profesor de español.....	130
Anexo 15. Cronograma de actividades.....	131
Anexo 16. Programación Financiera	132

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Prueba de los Rangos con Signo de Wilconxon de los Puntajes de Referencia del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados.	62
Tabla 2. Distribución de las frecuencias sobre los estudios alcanzados por los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).	63
Tabla 3. Distribución de las frecuencias sobre el sexo de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	65
Tabla 4. Distribución de frecuencias sobre el rango de edad de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).	66
Tabla 5. Área de Orientación Temporal de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	68
Tabla 6. Área de orientación espacial de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	70
Tabla 7. Repeticiones necesarias en el área de Fijación - Recuerdo Inmediato de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	72
Tabla 8. Área de Atención - Cálculo de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	75

Tabla 9. Área del Recuerdo Diferido de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE)..... 77

Tabla 10. Área del lenguaje de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE)..... 79

Tabla 11. Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE)..... 81

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1. Distribución de los porcentajes sobre los estudios alcanzados por los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).....	63
Gráfica 2. Distribución de los porcentajes sobre el sexo de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).....	65
Gráfica 3. Distribución de los porcentajes sobre el rango de edad de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE).	66
Gráfica 4. Distribución de los porcentajes del área de Orientación Temporal de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	68
Gráfica 5. Distribución de los porcentajes del área de Orientación Espacial de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	70
Gráfica 6. Distribución de los porcentajes del N° de repeticiones necesarias en el área de Fijación - Recuerdo Inmediato de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).....	73
Gráfica 7. Distribución de los porcentajes del área de atención - Cálculo de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	75
Gráfica 8. Distribución de los porcentajes del área del recuerdo diferido de los adultos	

mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	77
Gráfica 9. Distribución de los porcentajes del área del lenguaje de los adultos mayores del asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	79
Gráfica 10. Distribución de los Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	82
Gráfica 11. Distribución de los porcentajes del total en conjunto de los Puntajes de Referencia de los Adultos Mayores del Asilo Los Años Dorados al momento de la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini- Mental (MMSE).	83