

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“DETERIORO COGNITIVO QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS.”

TESIS DE GRADO

ANA GABRIELA BROLO DAVILA
CARNET 13004-13

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“DETERIORO COGNITIVO QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS.”

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ANA GABRIELA BROLO DAVILA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. SCARLETTE MARIBEL MUÑOZ ACEVEDO

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. ALEJANDRO JOSE MENA BARRIOS

Guatemala, 10 de enero de 2018

Señores Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
Departamento de Psicología
Universidad Rafael Landívar

Honorables Miembros del Consejo:

Atentamente me dirijo a ustedes para solicitarles fecha de revisión para el trabajo de Tesis titulado DETERIORO COGNITIVO QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE ASISTEN A LA PROCURADORIA DE LOS DERECHOS HUMANOS, de la estudiante Ana Gabriela Brolo Dávila, con carné No. 1300413, previo a obtener el grado de Licenciado en Psicología Clínica, por considerar que llena los requisitos para su aprobación.

Me suscribo de la presente en espera de su resolución.

Atentamente,


Mgr. Scarlette Muñoz Acevedo
Asesora de Tesis

M. A. Scarlette Maribel Muñoz Acevedo
Psicóloga Clínica
Colegiada 2705



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 052467-2018

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANA GABRIELA BROLO DAVILA, Carnet 13004-13 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051661-2018 de fecha 22 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

“DETERIORO COGNITIVO QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD QUE ASISTEN A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS.”

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de enero del año 2018.



Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A **Dios** por siempre darme la sabiduría y guía para poder alcanzar tan importante meta. Por siempre llenarme de sus bendiciones y amor incondicional.

A **Mi abuelo Dr. Otto Rolando Brolo Hernández**, por ser la fuente de motivación en esta trayectoria de crecimiento. Por ser mi inspiración y ejemplo a ser mejor cada día, poniendo lo mejor de mi desempeño, pasión en lo que me gusta, alcanzando así mis sueños y metas, porque a pesar de tu ausencia siempre te hiciste presente en cada reto y obstáculo, brindándome tranquilidad y energía para seguir adelante.

A **mi familia**, por ser mi apoyo incondicional en cada fase de mi vida, aconsejándome y guiándome a ser cada vez mejor en cada meta propuesta.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
1.2 Deterioro Cognitivo	19
1.3 Demencia	20
1.4 Cambios cognitivos en el adulto mayor	22
1.5 Causas del deterioro cognitivo	23
1.6 Niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores	24
1.7 Alteraciones en las funciones cognitivas	26
1.8 La plasticidad cerebral en el envejecimiento	27
1.9 Adultez mayor y dependencia	30
1.10 Memoria	32
1.11 Funciones ejecutivas	33
1.12 Velocidad de procesamiento	34
II. Planteamiento del problema	36
2.1 Objetivos	37
2.3 Variables	38
2.4 Definición de variables	38
2.4.1 Definición conceptual	38
2.4.2 Definición operacional	39
2.5 Alcances y límites	39
2.6 Aporte	40
III. Método	41
3.1 Sujetos	41
3.2 Instrumento	41
3.3 Procedimiento	44
3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística	45
V. Discusión de resultados	52
VII. Recomendaciones	60
VIII. Referencias	62
Anexos	66

Resumen

El objetivo de la investigación consistió en realizar una evaluación del deterioro cognitivo y dependencia de las personas de la tercera edad. Dicha evaluación se realizó por medio del Test de SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo, la cual está específicamente desarrollada para detectar los principales déficits cognitivos que presentan las personas con algún tipo de enfermedad mental, también se puede utilizar para evaluar el estado cognitivo de adultos sin enfermedad mental. Está compuesta por 5 pruebas breves que exploran la memoria, la atención, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento. Se evaluaron a 25 personas de la tercera edad que asisten los días martes a la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Con dichos resultados, se realizó un manual con ejercicios para que sea de beneficio a la estimulación y rehabilitación de la salud de las personas de tercera edad conforme a sus necesidades, las cuales se detectaron en la aplicación del test. El manual podrá utilizarse tanto dentro de la PDH como en casa, ya que el fin de este manual es velar por la estimulación cognitiva con un grupo de actividades orientadas a mantener o mejorar las habilidades y las funciones cognitivas de las personas de la tercera edad.

I. Introducción

Como parte del desarrollo humano se llega a una etapa la cual muchos la denominan la etapa final, la tercera edad, comprendida normalmente desde los 65 a 90 años de edad. Según la Organización Mundial de la Salud (2013), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan esas edades se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Las personas, generalmente no tienen el conocimiento de que existe un deterioro cognitivo sano o la importancia de una estimulación cognitiva para dicho deterioro, esta estimulación se puede realizar con distintas actividades de forma constante como ejercicios de memoria, percepción, atención, lenguaje y solución de problemas, también beneficia realizar ejercicios físicos como caminatas y ejercicios de motricidad, pues estimulan el cerebro y evita un deterioro cognitivo rápido.

No únicamente las personas que envejecen tienen toda la responsabilidad si no también los familiares o personas que cuidan de ellos. Usualmente se descuida y se desconoce la importancia que tiene el que una persona a pesar de que sus capacidades están disminuyendo, debe de realizar actividades, tanto mentales como

físicas para que el proceso degenerativo no sea rápido y no llegue a consumir a la persona fácilmente. Ya que a veces la solución de familiares o personas que están a cargo de alguien que está atravesando la tercera edad, es el realizar todo el trabajo por ellos, teniendo en mente de que ya no son capaces de realizar actividades por sí mismos; por ejemplo, cocinar, realizar caminatas u otro tipo de actividades. Esto puede deberse debido al pensamiento de que ellos ya no lo pueden realizar actividades por ellos mismos.

El deterioro cognitivo consiste en la alteración, disminución o pérdida parcial o global de una o varias funciones mentales, tales como memoria, orientación, atención, percepción, aprendizaje, lenguaje, habilidad espacial, capacidad de razonamiento y juicio, entre otras. La pérdida o disminución de las capacidades mentales como las indicadas anteriormente interfieren con la actividad e interacción social de la persona, así como en su vida diaria. Algunos autores indican que las funciones cognitivas establecen procesos por los que el individuo recibe, almacena y utiliza la información de la realidad y de sí mismo. En consecuencia, con la edad se producen cambios relacionados con las funciones anteriores, estos cambios afectarán al conjunto de procesos, funciones y capacidades psicológicas fundamentales la vida (Yanguas, Sancho y Leturia, 2004).

Conforme han pasado los años, distintos investigadores y personas especializadas en neuropsicología, han desarrollado escalas estandarizadas y baterías de pruebas para evaluar el deterioro cognitivo. Con la aplicación de la misma, se logra obtener conocimiento para brindar atención y tratamiento de los individuos que presentan deficiencias, daños o lesiones en los mecanismos cerebrales subyacentes a uno o más comportamientos.

Por ello se considera relevante investigar las habilidades cognitivas con pruebas estandarizadas, además con ello se busca establecer un manual con ejercicios que sean de beneficio a la estimulación y rehabilitación de la salud de las personas de la tercera edad que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos, llenando y cubriendo las áreas de mayor dificultad. Con el fin de favorecer con estimulación cognitiva con un grupo de actividades orientadas a mantener o mejorar dichas funciones en las personas de la tercera edad y las habilidades necesarias para la vida diaria. Se podrá realizar en grupo o de manera individual, ya que se busca que dentro del tiempo que permanecen en la PDH puedan aprovechar el uso del tiempo estimulando y beneficiando a la mente, además que puedan tener el material para hacerlo en casa y continuar con los ejercicios.

Considerando lo anterior, en Guatemala se han realizado diferentes investigaciones sobre el deterioro cognitivo, se ha medido a través de pruebas y escalas las cuales determinan dicho deterioro en diferentes grupos por edad. También, se han realizado

investigaciones sobre programas y eficacia de talleres para el tratamiento de adultos mayores con diferentes necesidades y grado de deterioro cognitivo. Por ejemplo, Abiu (2016), evaluó el estado del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados en Casa María. Cuyo objetivo era determinar el nivel de deterioro cognitivo e identificar el área cognitiva más afectada. Utilizó 25 pacientes adultos mayores de 65 años, 12 hombres y 13 mujeres que viven en el Centro de Cuidado para el Adulto Mayor Casa María ubicado en Antigua Guatemala. La evaluación de deterioro cognitivo se realizó por medio de una evaluación psicológica llamada CLIFTON, (Procedimientos de Evaluación de Ancianos). Como resultados se obtuvo que el género con mayor deterioro cognitivo- conductual y con mayor dependencia es el masculino, mientras el femenino es el género que presenta una menor dependencia por lo que se recomienda brindar acompañamiento psicológico a los ancianos de Asilo Casa María con la creación de un área de atención clínica psicológica especializada en el adulto mayor.

Portillo (2015), con el objetivo de evaluar el efecto de la implementación de un programa de ejercicios mentales, físicos aeróbicos, cognitivos y de memoria, para la prevención del deterioro cognitivo y demencia, realizó un estudio con 37 pacientes que asisten a consulta externa en la Unidad de Neurología del Hospital Roosevelt que se prestaron como voluntarios para dicho estudio. Para ello, utilizó un examen del Estado Mental para enfermedades del deterioro cognitivo. Con dicha investigación confirmó

una mejoría en la capacidad funcional de los participantes, creando un estilo de vida más saludable e independiente.

Egger (2013), realizó un estudio con la finalidad de establecer una propuesta de protocolo para la ayuda de tratamiento neuropsicológico eficaz para adultos de la tercera edad, diagnosticados con deterioro cognitivo que asisten a consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. El instrumento de investigación consistió en un protocolo de tratamiento que utiliza actividades basadas en estimulación cognitiva para trabajar memoria, atención, habilidades de la vida diaria y diferentes tipos de estimulación como la Terapia de la Reminiscencia, Orientación a la realidad y Psicoestimulación cognitiva para pacientes adultos diagnosticados con deterioro cognitivo. Este protocolo se aplicó a 5 pacientes en 7 sesiones de 50 minutos cada una, como prueba piloto. Después de la aplicación de dicho instrumento, se pudo observar su uso como opción de tratamiento a pacientes adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo. El protocolo no se centra en la mejora si no en el mantenimiento, fortalecimiento y enlentecimiento del deterioro cognitivo, lo cual se logra a través de la aplicación y realización de cada una de las sesiones que se proponen, el cual optimiza la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades de funciones cognitivas.

Mejía (2013) con el objetivo de determinar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores que padecen de Trastorno Depresivo Mayor que asisten a consulta externa al Departamento de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios, realizó una investigación con una muestra de seis pacientes de adulto mayor de 60 años. Para el desarrollo de la investigación, realizó una evaluación neuropsicológica llamada Índice de Barthel, cuestionario del Estado Mental Portátil de Pfeiffer para identificar dificultades en la memoria reciente las cuales fueron aplicadas en sesiones de 30 minutos con cada sujeto. Se concluyó que las funciones cognitivas en las cuales los sujetos de estudio presentan mayor dificultad y deterioro cognitivo son la memoria, orientación atención y cálculo.

Cajas (2017), realizó una investigación cuyo objetivo es describir las principales características de la vejez y el deterioro cognitivo como también, determinar la relación que existe entre el grado de deterioro cognitivo y el grado de adaptación psicosocial del adulto mayor. Dicha investigación se llevó a cabo a través de la realización de una extensa investigación bibliográfica y aplicaciones de pruebas psicométricas, las cuales se aplicaron en adultos mayores, quienes viven con su familia y adultos mayores institucionalizados que viven en un asilo ubicados en el área rural y urbana de Guatemala. En total, se evaluaron a 20 adultos mayores, 10 de ellos viven en un acilo y los otros 10, son quienes viven con su familiar en el área urbana de la ciudad capital. Con los resultados obtenidos, se pueden observar conductas que se adquieren al llegar a la etapa de vejez, también se pueden apreciar de manera cercana los problemas a los

que se enfrenta una persona adulto mayor, sobre todo frustración a casusa del rechazo que genera la pérdida de facultades y habilidad para realizar actividades de manera independiente.

También, se han podido encontrar investigaciones nivel internacional las cuales se pueden mencionar:

Jacas (2008) en Barcelona, investigó qué protocolo de evaluación neuropsicológica puede ser el más adecuado utilizar en Psicogeriatría. Esta investigación se enfocó en tres áreas fundamentalmente: personalidad, conducta, estado emocional y funciones cognoscitivas. El autor indica que se debe orientar la evaluación mediante el uso de entrevista clínica estructurada y cuestionarios que se podrá aplicar al paciente y a su familiar o cuidador, así como disponer de materiales o pruebas enfocadas al estudio de las funciones cognitivas específicas. Para la valoración de estas áreas en psicogeriatría, el autor aconseja utilizar principalmente los siguientes cuestionarios: Test del Informador, Escala de Blessed, Neuropsychiatric Inventory, Frontal Behavioral Inventory, Test de Depresión de Hamilton o Hospital Anxiety and Depression Scale, la escala de depresión geriátrica de Yesavage o la SCL-90-R de Derogatis. Cuando se esté trabajando con pacientes con un deterioro cognitivo grave, aconseja la batería SCIP (Severe Cognitive Impairment Profile). Debe de ser utilizada con pacientes con

demencia grave o a aquellos con un Mini Mental menor a 11. Otra batería que se puede utilizar es el SIB (Severe Impairment Battery).

Por otro lado, Calero y Navarro-González en Madrid, España (2006) con el objetivo de analizar el efecto de un entrenamiento en memoria en el mantenimiento cognitivo de ancianos con y sin deterioro cognitivo, realizaron una investigación en la cual participaron 98 ancianos (59 grupo tratamiento y 39 grupo control) que fueron evaluados en tres momentos temporales (antes del entrenamiento, después del mismo y tras 9 meses) con diversas pruebas de funcionamiento cognitivo. Las personas del grupo tratamiento participaron en un programa de entrenamiento en memoria de 14 sesiones. De esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: los ancianos del grupo tratamiento mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores al entrenamiento, mientras que las del grupo control sufren un declive de tal manera que, aunque no existen diferencias significativas de partida entre grupos, éstas se producen una vez introducida la fase de entrenamiento. Por lo que llega a la conclusión, un resultado con efectos positivos con este tipo de intervenciones cuando se trabaja con población anciana.

Ortiz, en Veracruz, Chile (2014) Por medio de una encuesta transversal, realizó un estudio durante los meses de marzo a junio del 2014, a los pacientes que acudían al servicio de Consulta Externa, tanto del turno matutino como del vespertino de la UMF

61 Veracruz, Chile. Los cuales tenían el diagnóstico de depresión crónica por su médico tratante. Las personas son mayores de 65 años. El muestreo fue no probabilístico con la selección conforme llegaron los pacientes a consulta externa el tamaño de muestra se determinó con la fórmula para estudios transversales, para calculo en proporciones donde se sabe que la proporción de deterioro cognoscitivo es de 20% en pacientes con depresión en mayores de 65 años (20), cuyo resultado fue de 245 sujetos de Adulto Mayor con depresión crónica. los cuales presentaron resultados en deterioro mental leve, posible deterioro y sin deterioro; con una edad similar dentro del grupo. El género femenino fue mayor ligeramente en el deterioro leve con 53% (78). Sin embargo, en la escolaridad los resultados con mayor frecuencia fueron en deterioro leve 33% (48) en bachillerato, en posible deterioro 38% (10) de secundaria y sin deterioro 27% (20) en bachillerato; aunque a nivel primaria casi la cuarta parte predominó en posible deterioro. El objetivo de dicha investigación fue conocer y determinar la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas de 65 años en adelante para poder realizar con los resultados obtenidos, un programa de ayuda.

Por otra parte, García en Jaén, España (2011) realizó una investigación sobre la incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en personas mayores de 65 años, hospitalizados por fracturas óseas. Con el objetivo de conocer la incidencia del deterioro cognitivo y/o la variación del nivel de dependencia en pacientes mayores

de 65 años hospitalizados con diagnóstico de fracturas óseas, y analizar las variables moduladoras de este deterioro durante la hospitalización, así como en el periodo posterior al alta hospitalaria (en los tres primeros meses de estancia en el domicilio). El instrumento utilizado en dicha investigación, es el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), constituido por 10 ítems que valoran la capacidad de realizar ciertas actividades. También, utilizó como instrumento la escala de Lawton y Brody (1969) la cual consiste en medir la capacidad de actividades instrumentales de la vida diaria. Con dicha investigación se logró concluir la evidencia de que una persona adulto mayor con fractura que es hospitalizado, sufre deterioro funcional y cognitivo, por lo que no logra recuperar totalmente volver a tener calidad de vida, teniendo habilidades para realizar la mayoría de actividades cotidianas.

Por otra parte, Cabras, España (2012) realizó un estudio en donde el objetivo fue describir la plasticidad cognitiva o potencial, del aprendizaje en personas mayores de 65 años con y sin deterioro cognitivo. Se consideraron tres muestras diferentes de sujetos mayores: Mayores saludables, Mayores con diagnóstico del síndrome de Deterioro Cognitivo Leve y Mayores con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Para medir potencial cognitivo se utilizó la batería BEPAD. Con los datos obtenidos se logró determinar que la plasticidad cognitiva (o potencial de aprendizaje), medido a través de puntuaciones post-test (medidas dinámicas) de la batería BEPAD, parecen ser sensibles en la investigación del deterioro cognitivo y que personas mayores saludables, con Deterioro Cognitivo Leve y con Enfermedad de Alzheimer, presentan

un gradiente de plasticidad siendo el grupo de mayores saludables aquello con mayor plasticidad aunque también las personas con Deterioro Cognitivo y los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, aunque en diferente grado, son capaces de aprender.

Tanto autores nacionales como internacionales coinciden que es importante contar con la correcta evaluación del adulto mayor, dándole importancia a la evaluación neuropsicológica por medio de la aplicación de test, escalas y pruebas a los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, para poder determinar qué áreas cognitivas se ven afectadas y qué nivel de deterioro cognitivo presentan. También confirman que la realización de ejercicios físicos y mentales son una herramienta esencial para el deterioro cognitivo. Así mismo, llegan a la conclusión que la depresión y otros trastornos emocionales están relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

A continuación, se detallan definiciones y aspectos teóricos que apoyarán las bases de la investigación.

1.1 Persona de la tercera edad

Según Roldán (2011), el concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la

última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

La vejez posee su propia especificidad, dada por cambios físicos y psicológicos, que se desarrollan en forma más acelerada que en otras etapas, más por tratarse de la última etapa del ciclo de vida en donde cada vez el funcionamiento se va tornando más débil.

Existen ciertos términos relacionados con el adulto mayor:

- **Longevidad:** es entendida como la extensión del ciclo de vida hasta llegar a edades avanzadas. Su aumento en la población mundial ha llevado a los gerontólogos a dividir la población anciana en categorías por edad, debido a la variabilidad que presentan. Atchley (2009) sugiere las categorías siguientes: Viejo joven de 65 a 74 años, viejo de mediana edad de 75 a 84 años, y los viejos de 85 años o más. La población vieja joven incluye a las personas que más saludables, utilizan sus recursos y talentos de forma significativa, están activos y tienen una edad mediana longeva, entre 65 y 74 años, prolongándose inclusive hasta los 80 años en algunos casos. El grupo de los viejos sobrepasan los 85 años y tienen probabilidades de padecer mayores enfermedades e incapacidades, lo que requiere enfrentar condiciones que limitan su actividad en

la vida diaria y necesitan mayor apoyo en múltiples esferas para satisfacer sus necesidades básicas. En ambos grupos se encuentra la precariedad de los servicios básicos especializados y la ausencia de políticas públicas, especialmente de salud.

- **Vejez:** Según la OMS (2015) desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Dichos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

- **Envejecimiento:** Conforme la OMS (2016), el envejecimiento se concibe como un fenómeno natural que refiere los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que marcan diferencias entre las generaciones jóvenes y las viejas. Es un proceso gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo. El envejecimiento biológico se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según envejece el organismo cronológicamente. Otro factor es la pérdida de células que ya no se reproducen.

1.2 Deterioro Cognitivo

De acuerdo con Moscardi (2011), el deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, razonamiento, juicio, concentración, lenguaje, atención, reconocimiento visual, praxias, entre otros, que interfieren con la actividad e interacción social de la persona afectada. Durante el deterioro cognitivo se produce disminución del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas.

Entre las funciones cognitivas se encuentran:

- Orientación (temporal, espacial y personal)
- Atención
- Memoria

- Lenguaje
- Percepción y reconocimiento de objetos
- Elaboración de las respuestas motoras
- Organización y planificación de actividades
- Razonamiento

Cuando las funciones mencionadas anteriormente tienen una alteración, el adulto mayor empieza a tener un deterioro cognitivo (Pérez, 2005).

El término deterioro cognitivo define un grupo de trastornos que implican la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades cognitivas (memoria, lenguaje, orientación, pensamiento abstracto, juicio, percepción y reconocimiento de objetos y el uso del razonamiento) con posibilidad de entorpecer la capacidad funcional del individuo según (Álvarez, 2011).

1.3 Demencia

Deterioro cognitivo y demencia son conceptos similares, diferenciándose solo por el grado de alteración. Moscardi (2011), atribuye a Philippe Pinel haber introducido el término demencia en el siglo XVIII, para identificar la pérdida de funciones cognitivas de un cerebro previamente normal. Este concepto se mantiene hasta la actualidad.

La incidencia y prevalencia de demencia se han acrecentado significativamente en la segunda mitad del siglo XX, en relación con el aumento de la esperanza de vida en las poblaciones occidentales. En ellas, se calcula que 2% de la población general y 10% de la mayor de 60 años está afectada de algún grado de deterioro cognitivo. La edad es el factor de riesgo más importante de deterioro.

Según la OMS (2017), la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. La OMS (2017), indica que en el mundo hay aproximadamente 47 millones de personas que padecen de demencia y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores.

La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

1.4 Cambios cognitivos en el adulto mayor

Según López (2012), el efecto que se tenga en los cambios cognoscitivos depende de muchos factores, como son la capacidad cognitiva, la posición socio económica y el nivel educativo del adulto mayor.

De acuerdo al mismo autor, en general los cambios en las capacidades de procesamiento vinculados con la edad pueden reflejar algún deterioro neurológico, existe una variación individual, lo que sugiere que dichos deterioros no son inevitables, pero quizá puedan corregirse. El envejecimiento cognoscitivo se muestra en los siguientes cambios intelectuales:

- Pérdida significativa de funciones intelectuales que no pueden ser revertidas.
- Declinación que producen cambios intelectuales en los cuales pueden ser empleados mecanismos compensatorios para mantener el adecuado funcionamiento.
- Pérdidas por desuso de ciertas destrezas y pérdida de obligaciones.
- Pequeños incrementos en algunas capacidades ganadas por la edad, de acuerdo a nuevas actividades y obligaciones adquiridas.

En esta etapa se podrá tomar en consideración cuatro conceptos o factores de gran importancia en la vejez y en los cambios cognoscitivos: la inteligencia, la sabiduría, la creatividad y la memoria. Se comenzará con la inteligencia, la cual tiene diferentes tipos de inteligencia, algunos de estos tipos aumentan mientras que otros disminuyen,

luego se aborda la sabiduría, la cual se asocia con los últimos años debido a la experiencia y conocimientos adquiridos en la vejez, para terminar con el tema fundamental, que será la memoria y por consiguiente la pérdida de memoria.

1.5 Causas del deterioro cognitivo

Según OMS (2017), estudios más recientes a través de neuroimagen revelan que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral que alerta las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, no obstante, un porcentaje variable de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

Pérez (2005), refiere que las causas de un deterioro cognitivo son varias, entre ellas se encuentra: demencia, depresión, alcoholismo, daño cerebral traumático, cirugía cerebral, entre otras. El deterioro funcional es común en los adultos mayores y tiene múltiples causas potenciales, incluyendo cambios relacionados con la edad, factores sociales y enfermedad.

La medicina considera el envejecimiento como un proceso degenerativo multiorgánico que precede a la muerte del individuo, Grima (2007). Este proceso es complejo porque en él están implicados numerosas causas del deterioro cognitivo influenciados por

factores genéticos y ambientales muy complejos y todavía no conocidos totalmente. La mayor parte de las teorías que se han propuesto para explicar el envejecimiento biológico sugieren que se debe a procesos metabólicos celulares, relacionados con mutaciones genéticas y factores externos como los hábitos de alimentación y el estilo de vida (ejercicio físico, hábitos de sueño; no tener hábitos nocivos como el tabaco o la bebida). Factores internos de naturaleza metabólica y genética interactúan con estos factores externos y dan lugar a distintos patrones de envejecimiento. El envejecimiento cerebral fisiológico se debe fundamentalmente al proceso de apoptosis, o muerte celular programada, sin que se produzca ninguna enfermedad, debido a fallos en los mecanismos de mitosis de las células, lo que determina la pérdida celular, por la proliferación celular extrema, como ocurre en el caso de los tumores y por la alteración de la proteína colágena que sirve de soporte a los tejidos, Dobato (2007).

1.6 Niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores

Por lo general se suele clasificar el deterioro cognitivo por niveles los cuales son leve, moderada o grave. Según Martin (2004), Las características generales de los grados son los siguientes:

- **Deterioro leve:** se comienza a afectar la situación funcional del paciente.

Comienzan a resentirse y a debilitarse las actividades de la vida diaria. Suele

presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, se evidencian problemas con la memoria reciente ya que poseen dificultad para recordar acontecimientos recientes o de poco tiempo (1 mes o 1 semana). También, puede presentar algunos cambios en su conducta. Las personas con deterioro cognitivo leve pueden cuidarse a sí mismas y pueden desarrollar sus actividades normalmente.

- **Deterioro moderado:** los síntomas cognitivos se hacen evidentes, en esta fase el adulto mayor tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda para completar las actividades diarias. Hay deterioro en la orientación. La afección comienza a hacerse evidente y progresiva. La alteración de la conducta se torna frecuente, apareciendo ansiedad, agresividad, agitación, compulsiones, entre otras. La persona en esta fase requiere ayuda para realizar actividades diarias.
- **Deterioro grave:** en esta fase el adulto mayor posee dificultad severa con la comunicación verbal, la comunicación se torna casi imposible. Requiere ayuda con las actividades diarias. Se convierte en una persona totalmente dependiente. Hay pérdida total de la memoria remota y pérdida de las habilidades psicomotoras.

1.7 Alteraciones en las funciones cognitivas

Según la clasificación de Ardila y Rosselli (2007), los tipos de alteraciones en las funciones cognitivas son las siguientes:

A) Motricidad: negligencia y falta de persistencia motora, tono anormal, anomalías en la marcha, cambios en el control de los esfínteres, hiperactividad, ecopraxia, conducta de utilización, desorganización comportamental y perseverancia.

B) Atención: cambios en la activación, cambios en las respuestas de orientación y disminución de las formas dirigidas de atención.

C) Lenguaje: afasia, mutismo, errores en la denominación, carencia de control verbal sobre el comportamiento y concretismo verbal.

D) Percepción: limitaciones en los movimientos oculares e inadecuada interpretación perceptual.

E) Memoria: improductividad en pruebas de retención, amnesia inespecífica, desorganización secuencial de la memoria, defectos de la metamemoria, defectos en la memoria de trabajo y alteraciones en la vivencia del tiempo.

1.8 La plasticidad cerebral en el envejecimiento

Plasticidad cognitiva, reserva cognitiva y potencial de aprendizaje son tres conceptos estrictamente relacionados y que han sido utilizados por diferentes autores como sinónimos; han surgido en el campo de la psicología evolutiva y neuropsicología y se han transferido en el campo de la geropsicología (Fernández-Ballesteros et al., 2007).

La plasticidad cerebral se refiere a la habilidad que tiene el cerebro de cambiar su estructura y su función debidos a factores internos o externos (Kolb y Wishaw, 1998). Es a partir de los años sesenta que se puso en relieve que la estructura cerebral puede ser modificada gracias a la experiencia, o sea que existe una modificabilidad dinámica en respuesta a los cambios ambientales (Bergado y Almaguer, 2000). Esta modificabilidad ha sido durante mucho tiempo asociada exclusivamente a los primeros meses de vida del individuo, mientras actualmente se considera que la plasticidad es un fenómeno que sigue a lo largo de todo el ciclo vital y que está a la base de la adaptación a nuevas condiciones ambientales. Las características estudiadas del funcionamiento cognitivo en el envejecimiento han sido imputadas a la reducida integridad en la estructura y funcionalidad del cerebro. En las teorías dominantes de envejecimiento cognitivo, el papel de la plasticidad del cerebro que envejece ha sido poco considerada. De todos modos, últimamente se está poniendo mucho en evidencia

la hipótesis que las inexorables pérdidas de la vejez se acompañan por una alteración funcional en las redes de procesamiento del cerebro (Greenwood, 2007).

Kindersman (1997), menciona que el médico español Cajal (1894) fue uno de los primeros en reconocer que el aprendizaje requiere la formación de nuevas conexiones entre neuronas, y Hebb (1949), propuso como idea central de su enfoque neuropsicológico la idea de que la experiencia podría modificar la estructura cerebral. En la época de Hebb (1949), las técnicas disponibles no consiguieron demostrar la existencia de cambios cerebrales inducidos por el entrenamiento o la experiencia, así que hubo que esperar hasta los años sesenta para que las investigaciones pudieran demostrarlo.

Las investigaciones que primero lograron demostrar estos resultados sobre la plasticidad cerebral fueron las de Rosenzweig et al. (1962, 1963) y la de Greenough y Chang (1989), que evidencian cómo las sinapsis se pueden formar y las dendritas pueden crecer mucho más allá del periodo de desarrollo del cerebro. Así, el cerebro puede modificarse a partir de la experiencia y del entrenamiento, y estos efectos significativos pueden extenderse en cualquier momento del ciclo vital, incluso ante periodos de exposición relativamente cortos (Rosenzweig, et al. 1963; Zolman & Morimoto, 1962).

Durante el envejecimiento, tanto normal como patológico, se produce una atrofia y muerte neuronal que acaba siendo selectiva y en el segundo caso viene más acusada.

En el momento que se produce una situación de deterioro, se pone en funcionamiento todo un conjunto de sistemas que tratan de compensar las pérdidas sufridas, de forma que se produzca un retraso en la aparición de déficits funcionales importantes y consiguiendo que, por tanto, dicha función permanezca, al menos en parte, compensada (gracias a la plasticidad cerebral). El fin de estas modificaciones es mantener el sistema afectado dentro de los límites óptimos de funcionamiento y adaptarlo a la nueva situación de tal forma que pueda seguir siendo operativo y funcional a niveles aceptables (Lozoya, 1995).

Los autores Buell y Coleman (1979) han observado en sus trabajos que en el cerebro anciano tienen lugar una serie de modificaciones dirigidas a compensar los déficits que se producen a lo largo del tiempo; así, en la vejez hay un incremento en el crecimiento de las dendritas que estos autores asocian a una estrategia compensatoria de la inexorable muerte neuronal. Este crecimiento sería de acuerdo con la observación general de que la mayor parte de las personas, a partir de la edad adulta, han tenido una importante pérdida neuronal pero no muestran por ello signos de demencia ni de deterioro evidentes.

1.9 Adultez mayor y dependencia

Tomando en cuenta los antecedentes, se define dependencia como la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales. Minsal (2008) indica que conocer el alcance de la dependencia, el número de personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto en los programas de protección psicosocial de todo centro asistencial para adultos mayores. Sirve para delimitar mejor lo que es problema de salud y problema social. Según Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez (2001), es el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Según Agudelo (2013), la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Los autores indican que la mayor edad es un factor independientemente asociado con la dependencia para realizar tanto actividades básicas, como actividades instrumentales en los adultos mayores. Entre otros factores determinantes significativos se encuentran tener un miembro amputado, padecer un mayor número de enfermedades crónicas, presentar síntomas depresivos, dolor y tener enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral). El

conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud basados en la evidencia científica, que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso como, la búsqueda sistemática de síntomas depresivos en los adultos mayores y la aplicación de tratamientos oportunos podrían reducir o evitar el deterioro funcional asociado con este trastorno. Además, un tratamiento adecuado con analgésicos podría ayudar a reducir el número de personas que son dependientes debido al dolor que sufren. Ellos indican que las investigaciones no solamente deben identificar los factores asociados con el desarrollo de la dependencia funcional, sino que también deben identificar los mecanismos que llevan a ese desenlace en los adultos mayores.

El incremento sin precedentes del número de personas mayores en la actualidad, viene acompañado con un aumento exponencial en el número de personas mayores que sufrirán un deterioro cognitivo y demencia en las próximas décadas. Por lo que es importante tener el conocimiento previo sobre cómo se puede brindar ayuda y apoyo a envejecer de una manera saludable favoreciendo una estimulación constante en las distintas áreas del cerebro. Es por todo lo anteriormente expuesto, se considera tener una atención especial y supervisada ya sea en los lugares en donde brindan servicios de cuidado o donde brindan talleres semanales como es el caso de la Procuraduría de los Derechos Humanos, en donde cuentan con un día en específico para darle atención únicamente a personas de la tercera edad. Por lo que es prudente considerar la

evaluación de los aspectos cognitivos y grados de dependencia que pueda presentar cada una de estas personas para poder brindarle una atención adecuada y especializada.

1.10 Memoria

Según Casanova-Sotolongo (2004) la memoria hace referencia a un conjunto de sistemas que permiten adquirir, retener temporal o permanentemente y recuperar información y conocimientos. En la literatura sobre el tema pueden encontrarse diferentes esquemas de clasificación de la memoria. Los psicólogos cognitivos Waugh y Norman (1965); Hunt (1961), basándose en hallazgos empíricos, proponen la existencia de la memoria a corto plazo y de largo plazo.

- **Memoria a corto plazo:** se caracteriza por tener una capacidad aproximadamente 7 unidades de información y persistencia entre 15 y 30 segundos limitadas. La memoria a corto plazo se puede definir como el mecanismo de memoria que nos permite retener una cantidad limitada de información durante un periodo corto de tiempo. La memoria a corto plazo retiene temporalmente la información procesada, tanto si luego se desvanece,

como si después pasa a la memoria a largo plazo, Casanova-Sotolongo (2004).

- **Memoria a largo plazo:** es capaz de mantener la información desde unos pocos minutos hasta varias décadas y su capacidad es muy amplia. La información está codificada semánticamente o por asociación, Tulving (1973). Atendiendo a las bases biológicas que subyacen a esta función, la memoria a largo plazo puede subdividirse en memoria declarativa y en memoria procedimental. La memoria declarativa, hace referencia a la habilidad para recordar hechos y sucesos de forma consciente, Squire y Zola (1997) y estaría más mediatizada por las estructuras hipocámpicas y del lóbulo temporal medial. La memoria declarativa se divide en **memoria episódica** la cual retiene la información en un contexto temporo-espacial y **memoria semántica** que incluye los significados de las palabras y las relaciones entre ellas. La memoria procedimental, posee una base neuroanatómica subcortical y cerebelosa y se subdividiría en habilidades y hábitos, condicionamiento y memoria implícita para las destrezas automáticas, entre otras (Mayes, 2003).

1.11 Funciones ejecutivas

Existen numerosas clasificaciones y descripciones de las funciones ejecutivas. Siguiendo a Lezak (2004), se pueden resumir en cuatro elementos: a) volición, que se centra en la capacidad para la conducta intencional; b) planificación, que implica la

identificación y organización de los pasos y elementos necesarios para conseguir un objetivo; c) acción orientada a un propósito, que se refiere a la puesta en marcha de las acciones necesarias para pasar de una intención o plan a una actividad productiva; y d) ejecución efectiva, que incluye el proceso de llevar a cabo dichas acciones, controlándolas, autocorrigiéndolas y regulando las mismas.

1.12 Velocidad de procesamiento

Se define como la rapidez de respuesta en tareas que requieren procesamiento cognitivo, que incluye velocidad de procesamiento y de respuesta motora. Existen numerosos paradigmas y formas de evaluarla; las más sencillas se refirieren a las que pretenden medir el tiempo de reacción clásico, por ejemplo, ante la aparición de un estímulo. También se incluirían tareas que requerirían procesamiento mental con diferentes tareas de decisión. Estas segundas requieren un componente mayor de funcionamiento ejecutivo. Por último, también entrarían en esta función cognoscitiva las tareas que requieren psicomotricidad fina. En la interpretación clínica de las diferentes pruebas de velocidad de procesamiento se debe tener en cuenta que factores como la coordinación motora fina, la motivación, la impulsividad, la memoria visual, la habilidad de planificación o la memoria de trabajo pueden interferir en la realización de los tests (Rojo y Tabarés-Seisdedos.,2007).

Es por todo lo anteriormente expuesto que el segmento poblacional del adulto mayor necesita de una atención especial tanto en el seno del hogar como en los lugares con programas especializados para la atención al adulto mayor, como lo es en la Procuraduría de los Derechos Humanos. Por lo que es prudente considerar la evaluación de los aspectos cognitivos, grados de dependencia que pueda presentar el paciente para tenerle un seguimiento y brindarle una atención especializada.

II. Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo consiste en la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información la cual, se produce con el envejecimiento. Este deterioro cognitivo del cerebro depende tanto de factores fisiológicos y ambientales, como del cuidado físico y mental que cada persona le otorgue a su vida. Cuando estos factores del deterioro cognitivo se empiezan a presentar en una persona, van disminuyendo cada vez más sus habilidades para realizar actividades por sí solo. Este tipo de problemas puede aumentar de manera significativa cada vez más, cuando la persona deja de realizar actividades o no pone en constante actividad su mente y razonamiento.

Se ha visto la necesidad de poner en práctica diferentes metodologías de tratamiento, para proveer la atención adecuada a las personas que están atravesando un deterioro cognitivo debido a su edad. El material de tratamiento busca adecuarse a la población con la que se pretende trabajar, por lo que es importante proponer actividades específicas que cumplan con las necesidades de las personas, satisfaciendo la estimulación cognitiva y envejecimiento sano. Este material no solo tendrá un beneficio para la persona que está atravesando por un deterioro cognitivo sino también, para la familia y las personas que se encuentran en su entorno ya que ayudará a atenuar el impacto personal, familiar y social de un deterioro cognitivo.

Hoy en día la población de las personas de la tercera edad ha sido una de las más vulnerables del país, recibiendo poca ayuda, estimulación y atención al fortalecimiento y a la evitación de un deterioro cognitivo.

Considerando la necesidad de este proceso y esta situación se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo que presentan las personas de la tercera edad que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Determinar el grado de deterioro cognitivo que presentan las personas de la tercera edad que asisten a la PDH como también, medir el porcentaje del funcionamiento cognitivo por medio de categorías las cuales son muy bajo, bajo, medio bajo y alto.

2.1.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel cognitivo y dificultades que presentan las personas de la tercera edad.

- Valorar las áreas de capacidad, siendo estas aprendizaje verbal inmediato, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento.
- Diseñar desde el área psicológica un manual de actividades que facilite el aprovechamiento del tiempo de las personas de la tercera edad para realizar actividades beneficiando a un mejoramiento cognitivo.

2.3 Variables

Deterioro cognitivo

2.4 Definición de variables

2.4.1 Definición conceptual

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (Lópera, 2009).

2.4.2 Definición operacional

Para fines de esta investigación se utilizará la Escala llamada Test SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría, una prueba neuropsicológica la cual, por medio de preguntas y ejercicios mentales medirá el grado de deterioro cognitivo que poseen las personas de la tercera edad que asisten a la PDH. La medición se realiza por medio de los diferentes ejercicios que evalúan aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento. Con el resultado de ello, se creará un manual con actividades específicas, las que se consideran necesarias para un deterioro cognitivo sano. SCIP-S ha sido desarrollado para proporcionar una rápida evaluación de los déficits cognitivos que presentan las personas que padecen alguna enfermedad mental, especialmente aquellas que sufren trastornos psicóticos o afectivos. Ha sido creado con el objetivo de evaluar el rendimiento cognitivo en adultos y ha sido baremado en población tanto clínica como población general; es decir, sin ninguna enfermedad mental.

2.5 Alcances y límites

Con la presente investigación se evaluará el nivel de deterioro cognitivo que presentan las personas de la tercera edad que asisten los días martes a la Procuraduría de los

Derechos Humanos. El presente estudio se limitará exclusivamente a la población antes mencionada, no se aplicará la prueba a todos los participantes que asisten a las actividades de los días martes que realiza la Procuraduría de los Derechos Humanos, debido a que el tiempo que se proporcionó para aplicar la prueba es limitado. Tomando en cuenta el tamaño de la muestra, los resultados obtenidos no podrán generalizarse.

2.6 Aporte

Realizar un manual como guícon ejercicios que sean de beneficio a la estimulación y rehabilitación de la salud de las personas de la tercera edad. Puede ser utilizado tanto dentro de las instalaciones de la PDH como en casa. El fin de este manual es velar por la estimulación con un grupo de actividades orientadas a mantener o mejorar las habilidades y funciones cognitivas, necesarias para la vida diaria. Se hará de una manera práctica y fácil, para que no se dificulte seguir instrucciones ya sea para la persona con deterioro cognitivo o la persona que esté a cargo del cuidado de dicha persona. De esta manera se estará brindando el manual para contar con una herramienta con actividades planificadas obteniendo un resultado satisfactorio en el desarrollo y estimulación cognitiva.

Este estudio puede ser útil para profesionales de la salud mental, ya que ofrecerá una herramienta para el trabajo que se realiza con los pacientes que presentan deterioro cognitivo.

III. Método

3.1 Sujetos

Se tomará como población a las personas de la tercera edad que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos. Institución que ha apoyado a las personas de la tercera edad en cualquier circunstancia. El nivel social de los sujetos es medio-bajo, de ambos sexos, comprendidos en edades 60 a 80 años de edad. Con un total de 30 personas, de las cuales tres son analfabetas. La selección de la muestra fue por medio de muestreo por conveniencia, es decir, un método no probabilístico el cual, permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Como menciona Kinnear (1998) El método por conveniencia fundamenta la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

3.2 Instrumento

Para el desarrollo de dicha investigación se utilizará el Test SCIP-S (Procedimientos de Evaluación de Ancianos), para la evaluación del deterioro cognitivo. Es de aplicación sencilla y rápida a continuación, se dará una descripción de dicho test:

3.2.1 SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría

SCIP-S es una prueba de screening cognitivo específicamente desarrollada para detectar los principales déficits cognitivos que presentan las personas con algún tipo de

enfermedad mental, aunque también puede utilizarse para evaluar el estado cognitivo de adultos sin enfermedad mental. Su aplicación es individual y el tiempo es aproximadamente de 15 minutos. Consta de tres formas paralelas e independientes que pueden ser aplicadas indistintamente a un mismo paciente en diferentes sesiones de evaluación. El objetivo de crear tres formas diferentes de la misma prueba es minimizar los efectos de la práctica y del aprendizaje cuando existen aplicaciones repetidas a un mismo paciente. Esto es especialmente útil, por ejemplo, en las diferentes visitas de seguimiento o cuando se desea valorar la mejoría de un paciente tras instaurar un tratamiento.

Es importante destacar que no es necesario aplicar las tres formas del SCIP-S. Cada una de ellas se puede utilizar e interpretar de forma independiente. La estructura de cada una de las formas es idéntica y lo único que varía son los estímulos concretos que se incluyen en cada una.

Cada forma de SCIP-S evalúa los déficits cognoscitivos mediante cinco pruebas:

- Aprendizaje verbal inmediato (AV-I):

Evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a corto plazo. La tarea consiste en aprender una lista de 10 palabras que son repetidas durante 3 ensayos consecutivos.

- Memoria de trabajo (MT):

Evalúa el control atencional y la memoria de trabajo. Cuando se obtiene un bajo rendimiento, se ha logrado relacionar con una pobre ejecución de tareas instrumentales, con una alteración de la capacidad para solucionar problemas complejos, así como con una peor adaptación social.

- Fluidez verbal (FV):

Proporciona una medida del funcionamiento ejecutivo evaluando la cantidad de palabras de una categoría concreta que una persona es capaz de generar en un periodo limitado de tiempo. Tradicionalmente este tipo de tareas se subdividen en pruebas de fluidez verbal semántica la cual, se trata de categorías de objetos o personas y las tareas de fluidez verbal fonémica es la cantidad de palabras.

- Aprendizaje verbal diferido (AV-D):

Evalúa el aprendizaje verbal de los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a largo plazo. Esta prueba, una vez aplicadas las pruebas anteriores (AV-I, MT y FV), se pide al evaluado que diga todas las palabras que recuerde de la lista que se le ha leído anteriormente.

- Velocidad de procesamiento (VP):

Se evalúa la velocidad psicomotora y tiene una importancia fundamental, ya que la velocidad con la que procesamos la información constituye la base para el correcto funcionamiento de otras funciones cognitivas más complejas.

3.3 Procedimiento

Para la siguiente investigación, se seleccionó el tema a investigar, se plantearon objetivos generales y específicos. Luego, se determinó el sujeto de estudio, el lugar en donde se realizó dicha investigación y se solicitó autorización a las autoridades de la Procuraduría de los Derechos Humanos para realizar dicha investigación. Se realizó la búsqueda de referencias y antecedentes de investigaciones nacionales e internacionales para tener una idea más amplia con lo que se ha trabajado acerca del tema de deterioro cognitivo de las personas de la tercera edad, a lo largo del tiempo. Después de realizar una amplia búsqueda de información ya sea por medio de libros e internet, se compiló la información teórica del tema de estudio. Luego de recopilar información relevante sobre el tema, se definió qué instrumento se iba a utilizar para medir el deterioro cognitivo a las personas de la tercera edad. Luego de obtener y analizar los resultados de la aplicación de dicha prueba, se realizó un análisis con los que se obtuvieron resultados de los cuales se redactó conclusiones y recomendaciones

del tema de estudio. Por medio de los resultados obtenidos se realizó un manual de actividades según la necesidad del nivel de deterioro cognitivo que se presente la muestra de dicha investigación. Con el beneficio a la estimulación y rehabilitación de la salud de las personas de tercera edad.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo. Hernández, Fernández y Baptista (2010) afirman que una investigación con alcance descriptivo busca especificar las propiedades, las características y rasgos importantes de un fenómeno. Es un método científico que aplica la observación y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre ella. Su único fin es medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables de estudio. Es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

La metodología estadística que se utilizará, serán las medidas de tendencia central (moda, media, mediana, desviación estándar y frecuencias). Hernández (2010) define medidas de tendencia central como los puntos en una distribución obtenida, los valores medios o centrales de ésta ayudan a ubicarla dentro de la escala de medición. La moda es la categoría que se presenta con mayor frecuencia. La mediana es el valor que mide

la distribución por la mitad. La media aritmética es el valor central y representativo de una distribución. La desviación estándar la definen como el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de la distribución. La distribución de frecuencias es una técnica que se utiliza para tabular, ordenar e interpretar los datos de muestra que contiene muchos valores. Para realizar dicho análisis se apoyó del programa Excel.

IV. Presentación y análisis de resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en la investigación, luego de haber aplicado el test de SCIP-S para evaluar el Deterioro Cognitivo de las personas adultas mayores que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos. La interpretación normativa de la prueba SCIP-S, se realiza a partir de las puntuaciones transformadas, de cada uno de los participantes. Las puntuaciones transformadas están expresadas en percentiles.

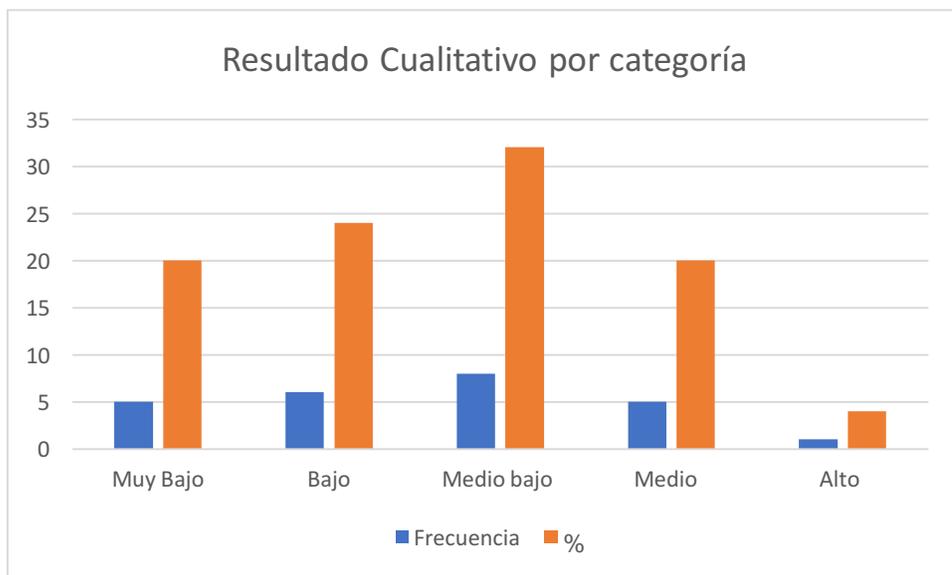
Tabla No. 1

NÚMERO DE PACIENTES	25
Media	24.52
Mediana	20
Moda	1
Desviación estándar	23.4

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo.

Tras haber evaluado a 25 personas de la tercera edad, se obtuvo un promedio de 24.52 personas, las cuales poseen un deterioro cognitivo. Es decir, que la mayoría de personas evaluadas obtuvieron un desempeño bajo al realizar la prueba.

Gráfica no. 1



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo.

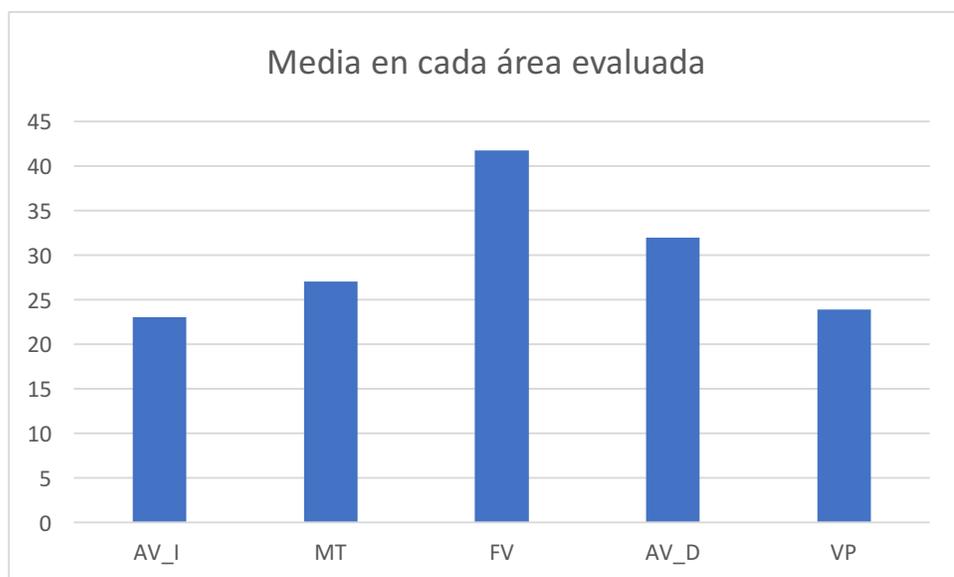
La gráfica representa el nivel de funcionamiento cognitivo que tuvo cada uno de los participantes a la hora de realizar la prueba, estos resultados se miden por medio de categorías los cuales son muy bajo, bajo, medio bajo y alto. La mayoría de los participantes obtuvieron un resultado en la categoría medio bajo. Es decir, que la mayoría de las personas de adulto mayor que asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos, poseen un deterioro cognitivo significativo el cual representa un 32% de la población total evaluada.

Tabla No. 2

	Aprendizaje verbal inmediato AV_I	Memoria de trabajo MT	Fluidez Verbal FV	Aprendizaje verbal diferido AV_D	Velocidad de procesamiento VP
Media	23.04	27	41.76	31.92	23.88
Mediana	20	20	37	25	23
Moda	20	20	46	25	23
Desviación estándar	23.86	24.32	26.5	20.61	13.75

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo.

Gráfica No. 2



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo.

Los resultados representados en la tabla y gráfica no. 2 muestran el desempeño que los participantes obtuvieron en cada una de las áreas que evalúan el test. Se puede observar que el área en donde obtuvieron un mejor desempeño y muestran tener más habilidad es en el área de fluidez verbal, siendo el área con mayor puntuación.

Tabla No. 3

Nivel educativo	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Alto	Total evaluados
Sin educación	1	0	0	0	0	1
Primaria	2	4	7	5	1	19
Secundaria	1	0	1	0	0	2
Bachillerato	1	2	0	0	0	3
TOTAL	5	6	8	5	1	25

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo.

La tabla no. 3 nos demuestra los resultados según nivel de educación. La mayoría de la población obtuvo un resultado medio bajo en su desempeño en la prueba. Dichas personas poseen un nivel educativo primario, es decir, la mayoría de personas evaluadas cursaron solo hasta sexto primaria y el resultado que obtuvieron en la prueba se posiciona en la categoría medio bajo. Por lo que indican tener un deterioro cognitivo significativo.

Por otro lado, también se puede observar que las personas que cursaron hasta nivel secundaria y bachillerato se posicionan en los rangos más bajos, siendo una sola persona quien pertenece a nivel primario, obteniendo un resultado alto.

V. Discusión de resultados

En la presente investigación se cita a López (2012), quien menciona que el efecto que se tiene en los cambios cognoscitivos en la etapa de la tercera edad depende de muchos factores, como la capacidad cognitiva, la posición socio económica y el nivel educativo del adulto mayor. Lo que concuerda con los resultados obtenidos tras evaluar a las personas de la tercera edad que asisten a la PDH, ya que se logró identificar que la mayoría que alcanzó únicamente una educación a nivel primaria son los que obtuvieron un resultado medio bajo; demostrando así, un deterioro cognitivo significativo según la tabla de categorización. Sin embargo, los que llegaron a un nivel de estudio de bachillerato, de quienes se esperaba que por su nivel educativo tuvieran un resultado alto, obtuvieron el resultado más bajo, esto puede deberse a que estas son las únicas personas que se encontraba dentro de un rango de edad entre los 80 a 85 años; edad en donde ya empieza a desarrollarse un deterioro cognitivo más elevado. Es importante mencionar que el estatus socioeconómico de las personas evaluadas es bajo, la mayoría no posee un trabajo ni una ocupación extra por lo que les limita una estimulación cognitiva constante. Siendo evidente que la escolaridad, la edad y la educación son factores que influyen significativamente en el deterioro cognitivo de una persona adulta tal y como lo refiere dicho autor citado.

Las áreas evaluadas en las pruebas fueron el aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento. Los resultados demostraron que las personas evaluadas tuvieron dificultad en todas las áreas, excepto en el área de fluidez verbal obteniendo una media de 41.76 en esa área. El ejercicio de fluidez verbal consistía en que se le proporcionaba una letra al evaluado y la persona debía decir en 30 segundos todas las palabras que recuerda e inician con esa letra. Todos demostraron dominar dicho ejercicio en comparación con los otros. Esto puede deberse a que en su diario vivir para poder entablar y tener una conversación, utilizan el lenguaje verbal, el cual conlleva al uso de un extenso vocabulario, siendo sencillo recordar palabras que inicien con una letra en específica. El hecho de que todos hayan presentado dificultad en las demás áreas evaluadas, puede deberse a que son áreas que no son practicadas ni utilizadas de uso diario a como lo es el área de fluidez verbal. También, se puede atribuir a que son áreas las cuales son alteradas conforme va avanzando el deterioro de las funciones cognitivas. Es tal y como lo menciona Ardila y Roselli (2007), que los tipos de alteraciones de funciones cognitivas son: motricidad, atención, percepción y memoria. Áreas en donde las personas evaluadas demostraron tener un deterioro cognitivo y en donde tuvieron un bajo desempeño por ser estas, las principales áreas perjudicadas a la hora de presentarse un deterioro debido por la edad avanzada.

Todas las personas evaluadas demostraron una disminución de memoria corta como también de concentración, atención y reconocimiento visual, ya que fueron en los ejercicios en donde la mayoría tuvo dificultad para responder. Esto se puede reflejar en los resultados en el área de memoria de trabajo el cual, abarca atención y concentración, en donde se obtuvo una media de 27 es decir, que es el promedio de las personas que obtuvieron como total 27 puntos lo que corresponde al percentil entre 16-30 el cual pertenece al rango medio bajo de deterioro cognitivo. También, se refleja la dificultad en memoria corta lo que refleja en resultado de aprendizaje verbal inmediato obteniendo una media de 23.04 y velocidad de procesamiento obteniendo una media de 23.88 los cuales también se encuentran dentro del percentil 16-30 perteneciente al resultado medio bajo. Por lo que concuerda con lo que Moscardi (2011) menciona, que el deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, razonamiento, juicio, concentración, lenguaje, atención, reconocimiento visual, praxias, entre otros, que interfieren con la actividad e interacción social de la persona afectada. Durante el deterioro cognitivo se produce disminución del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas. Es por esto que obtuvieron un bajo rendimiento en dichas áreas evaluadas, debido a que son áreas que conforme la edad que ellos poseen, va siendo perjudicadas por el avance del deterioro cognitivo.

Con base a los resultados obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S, se observa que la mayoría de las personas evaluadas poseen un deterioro cognitivo alcanzando una media de 24.52 siendo este el promedio de las 25 personas evaluadas las cuales poseen un deterioro. A pesar de que poseen un deterioro cognitivo significativo, son personas que tienen la capacidad para hacer cosas por si solos; por ejemplo, pueden movilizarse en transporte público por cuenta propia, realizar su limpieza personal y tomar decisiones ante ciertas circunstancias. Lo que concuerda con lo que define Lozoya (1995) que, durante el envejecimiento, tanto normal como patológico, se produce una atrofia y muerte neuronal que acaba siendo selectiva y en el segundo caso viene más acusada. En el momento que se produce una situación de deterioro, se pone en funcionamiento todo un conjunto de sistemas que tratan de compensar las pérdidas sufridas, de forma que se produzca un retraso en la aparición de déficits funcionales importantes y consiguiendo que, por tanto, dicha función permanezca, al menos en parte, compensada (gracias a la plasticidad cerebral). El fin de estas modificaciones es mantener el sistema afectado dentro de los límites óptimos de funcionamiento y adaptarlo a la nueva situación de tal forma que pueda seguir siendo operativo y funcional a niveles aceptables.

Al aplicar la prueba neuropsicológica se obtuvo como resultado la existencia de deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad que asisten a la PDH en un

rango de edad entre 60 a 90 años y una persona que tiene 56 años, quien no forma parte del rango, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios e investigaciones realizados anteriormente, tanto a nivel nacional como internacional, se menciona a Abiu (2016), quien evaluó el estado del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados, con el fin de determinar el nivel de deterioro cognitivo e identificar el área cognitiva más afectada. Como resultados se obtuvo que todos presentan un deterioro cognitivo significativo y el género con mayor deterioro cognitivo- conductual y con mayor dependencia es el masculino, mientras el femenino es el género que presenta menor dependencia.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se observó que todas las personas de la tercera edad evaluadas, obtuvieron un resultado bajo en el desempeño en la aplicación de la prueba, dicho resultado representa el 20% de la población evaluada quien obtuvo un desempeño muy bajo, el 24% bajo, el 32% medio bajo, el 20% medio y el 4% alto, según la tabla de categorización. Por lo que se puede confirmar que todas las personas poseen un deterioro cognitivo y esto se debe a la etapa por la cual están atravesando, la tercera edad, como lo menciona Roldán (2011), es cuando el individuo se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, en donde dada por los cambios físicos y psicológicos desarrollan en forma más acelerada que en otras etapas, más por tratarse de la última etapa del ciclo de vida en donde el funcionamiento cada vez es más débil. Además, se demostró que entre las áreas cognitivas más afectadas en los

sujetos evaluados son la memoria a corto plazo, la cual representa el ejercicio de Aprendizaje verbal inmediato y Aprendizaje verbal diferido de la prueba aplicada. Esto concuerda con lo que menciona López (2012), en general los cambios en las capacidades de procesamiento vinculados con la edad pueden reflejar algún deterioro neurológico, existe una variación individual, lo que sugiere que dichos deterioros no son inevitables, pero quizá puedan corregirse.

La prueba SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo, cumplió con su objetivo el cual era determinar el deterioro cognitivo que presentan las personas de la tercera edad que asisten a la PDH, por medio de una rápida evaluación de los déficits cognitivos que presentan las personas de la tercera edad. Tras haber pasado la prueba se pudo observar e identificar que los adultos mayores presentaban dificultad para concentrarse y realizar las tareas de manera satisfactoria.

VI. Conclusiones

De acuerdo con la presente investigación se presentan las siguientes conclusiones, que permiten analizar el grado de deterioro cognitivo que presentan la población que asiste a la Procuraduría de los Derechos Humanos.

- El 32% de los sujetos de estudio evaluados demostraron tener un deterioro cognitivo medio bajo; es decir, presentan un deterioro cognitivo moderado.
- El 20% de los sujetos de estudio evaluados obtuvieron un resultado con muy bajo en su rendimiento cognitivo; es decir, este porcentaje poseen un deterioro cognitivo grave.
- Las funciones cognitivas que presentaron un mayor deterioro cognitivo fueron en el área de aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
- El 76% de la población evaluada obtuvo un nivel de educación hasta sexto primaria, dicha población obtuvo un alto porcentaje en presentar deterioro cognitivo.

- En el área en la cual la mayoría de la población tuvo un mejor desempeño fue en la de fluidez verbal.

- De 25 personas evaluadas, por medio de los resultados obtenidos tras haber aplicado la prueba SCIP-S, 24 personas demostraron tener un deterioro cognitivo significativo

VII. Recomendaciones

- Se recomienda a las autoridades de la Procuraduría de los Derechos Humanos, realizar actividades las cuales ayuden y beneficien a la estimulación del deterioro cognitivo, preferiblemente que abarquen la estimulación física y la memoria de trabajo; por ejemplo, recordar qué hicieron en su día y en su semana, llevar un diario de lo que hicieron para poder recordar las mínimas cosas que por el deterioro cognitivo de la propia edad se olvida y crea frustración.
- Realizar actualizaciones sobre las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad, maneras de poder realizar una estimulación y llevar un deterioro cognitivo sano, evitando un deterioro cognitivo rápido y elevado.
- Es importante para el adulto mayor participar en actividades tanto de estimulación cognitiva como de estimulación social, lo que refuerza el soporte emocional y estimula las funciones cognitivas. Todo lo anterior, permite que minimicen las dificultades en la memoria que se pueden presentar en la vejez, teniendo en cuenta que cada persona lleva su propio ritmo.

- Para futuras investigaciones sobre el tema deterioro cognitivo en las personas de la tercera edad, sería enriquecedor aplicar la prueba para medir deterioro cognitivo a personas que estén trabajando y personas que no pertenezcan a un ámbito laboral, podría realizarse por rango de edades para identificar la diferencia del funcionamiento cognitivo de una persona que se encuentra activa la mayoría del tiempo en una actividad laboral y una que no lo esté.

VIII. Referencias

- Abiu, R (2016), Antigua Guatemala. *Deterioro cognitivo y dependencia en adultos mayores institucionalizados en el Centro de atención al adulto mayor Casa María*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Sede Regional de la Antigua.
- Agudelo, M. (2013), Envejecimiento y Dependencia. Academia Nacional de Medicina, México. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). Neuropsicología clínica. México: Manual Moderno.
- Bergado, J. & Almaguer, W. (2000). Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. *Revista de Neurología*, 31, (11), 1074–1095.
- Buell, S. J. & Coleman, P. D. (1979). Dendritic growth in the aged human brain and failure of growth in senile dementia. *Science*, 206, 854–856.
- Bustamente, A. (2009), Propuesta de un Programa para Fortalecer los Factores que intervienen en la Psicomotricidad fina en Adultos Mayores. Tesis inédita. Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Calero, J. (2011), *Incidencia del Deterioro Cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 65 años hospitalizados por fracturas óseas*. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, España.
- Cajas, D. (2007) *El deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Tesis inédita Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Casanova, S. (2004). *Deterioro Cognitivo en la tercera Edad*. *Revista Cubana de Medicina Integral*. La Habana, Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm

- Casanova-Sotolongo, P. (2004). *la memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico*. *Rev.neurol.*, 38 (5), 469-72.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Tárraga, L., Moya, R., & Iñiguez, J. (2003). Cognitive Plasticity in Healthy, Mild Cognitive Impairment (MCI) Subjects and Alzheimer's Disease Patients: A Research Project in Spain. *European Psychologist*, 8 (3), 148–159.
- Guillén, Diana y Grecia Herrera. (2011) *Nivel de Dependencia del Adulto Mayor en una Comunidad Rural del Sur de Veracruz*. Universidad Veracruzana. México.
- González, Ana Lucía (2014). *Perfil del Adulto Mayor*. Revista D. Prensa Libre. Disponible en: http://www.prensalibre.com/revista_d/maltrato_en_la_vejez_adultos_mayores-cifras_adultos_mayores_guatemala_o_1156284585.html.
- Grima y Dobato (2007). Libro sobre Factores protectores del envejecimiento cognitivo. Universidad Nacional De Educación a Distancias. (25-32)
Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=11286298&pg=12>
- Hunt, E. (1961). *Memory effects in concept learning*. *J. Exp. Psychol.*, 62,598.604.
- Jacas (2008) *Protocolos de evaluación neuropsicológica en Psicogeriatría*. Neuropsicología. Unidad de Geriatría, Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Facultad de Medicina. Barcelona
- Kindersman, S (1997), Review of functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 27,143-156.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological Assesment* 4^a ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Lozoya, G. (1995). Implicaciones de la plasticidad cerebral en la enfermedad de Alzheimer. *Clínica y Salud*, 6 (3), 263–282.

- Martínez, E. (2004) *Deterioro Cognitivo Leve*, Madrid. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FoMNdalpgw4J:https://www.segg.es/download.asp%3Ffile%3D/tratadogeriatría/PDF/S35-05%252016%20II.pdf+%amp;cd=18&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt&client=safari>
- Mayes, A. (2003). *Neuropsicología de la memoria*. En G.E. Berrios y J.R Hodges (Eds.), *Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica*. Barcelona: Masson.
- Mejía, M (2013). *Deterioro cognitivo en adultos mayores con Trastorno Depresivo Mayor, que asisten al área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Moscardi, M (2011). *Deterioro cognitivo y demencia, manual de capacitación permanente para cuidadores domiciliarios de adulto mayor*. Disponible en: <https://nancyclides.wordpress.com/2011/01/27/deterioro-cognitivo-y-demencia/>
- Naciones Unidas. (ONU) (2005). *Que es un adulto mayor*. México. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Demencia*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Ortiz, C. *Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 Veracruz*. Tesis inédita, Universidad Veracruzana, Chile.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J.E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S.E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.
- Portillo, R (2015). *Demencia y deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson*. Tesis Inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Rojo, E y Tabarés- Seisdos,R. (2007). *Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno Bipolar*, Barcelona: ED. Ars XXI.

Squire,L.R. y Zola, S.M (1991). *Amnesia, memory and brain systems*. Philos. Trans.R.Soc.Lond.B. biol, Sci., 352, 1663-73

Tulving, E. (1973). *Episodic and semantic memory*. En E. Tulving y W. Donaldson (Eds.), *Organization of Memory*. Nueva York: Academic Press.

Waugh, N.C. y Norman, D.A (1965). Primary Memory. *Psychol, Rev.*, 72,89-104.

Anexos

Ficha técnica

SCIP-S Screening del Deterioro cognitivo en Psiquiatría

Autores: Oscar Pino, Georgina Guilera, José Emilio Rojo, Juana Gomez-Benito y Scot E. Purdon.

Procedencia: TEA Ediciones (2014)

Aplicación: Individual

Ámbito de aplicación: Adultos (18 años en adelante).

Duración: Aproximadamente 15 minutos

Finalidad: Evaluación del estado cognitivo en adultos con o sin enfermedad mental

Tipificación: Baremos en puntuaciones T y percentiles para población general (muestra comunitaria) y para la población clínica (muestra de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar I). Se ofrecen baremos diferenciados por edad (18 a 39 años, 40ª 55 años y 56 años o más) y nivel de escolaridad (Estudios de Educación Primaria o inferiores y Estudios de Educación Secundaria o superiores) para cada prueba y para la puntuación Total. También se ofrecen puntos de corte de la puntuación Total y de cada una de las pruebas para la detección de deterioro cognitivo.

Material: Manuel y ejemplar (contiene las tres formas paralelas).



Ejercicios para obtener un deterioro cognitivo sano

La finalidad es poder mejorar la calidad de vida y promover un desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores

El hecho de que el cerebro pueda responder positivamente al entrenamiento justifica la elaboración de programas de estimulación cognitiva. Su objetivo es mantener y/o aumentar el rendimiento del cerebro, así como buscar estrategias para enlentecer y compensar las fallas normales de atención y memoria. La importancia radica en que se ha observado que con la edad

se debilitan algunos sentidos, como la vista y la audición, la sensibilidad táctil, la rapidez de aprendizaje y de reacción, la atención y la retención de nombres. Sin embargo, son funciones que sí se pueden entrenarse a través de la continua ejercitación.

Las actividades que verá a continuación, son un ejemplo de lo que puede realizar de manera personal, guiada, en grupo o de la forma que más se acomode a cada persona o en grupo. Es recomendable dedicarle un tiempo mínimo de 20 minutos y que sean alternados como también, que sea aplicado constantemente. Están elaborados de tal manera que sirvan como guía para diseñar otras alternativas cuando estas ya no sean suficientes.

Este ejercicio evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a corto plazo.

Instrucciones: Se le dará un listado de palabras, usted tiene que leerlos en voz alta y tratar de recordar todas las palabras que le sea posible. Después de ver el listado, trate de recordarlos. Sin ver tiene que colocar en la casilla de la par todas las palabras que se recuerde.

rueda colchón puerta

rodillo piedra zapato

casa vaso limón

cartera taza Cabello

árbol cara espejo

libro pan lavamanos

Pollo avión voz
campo lámpara pulcera
lazo caballo carro

teléfono ventana jardín
gradas llanta cortina
puerta perro escuela

maleta cocina ganso
madera columpio puerta
jabón martillo calavera

tenedor carretera mesa
cangrejo transporte galera
hoyo madera portón

Instrucciones: Se le dará una letra, al indicársela tendrá que decir todas las palabras que inicien con esa letra o sílaba determinada. El ejercicio tendrá un tiempo de 30 minutos para cada inciso.

Letra	Respuesta (todas las palabras que indique)
C	
L	
P	
Q	
Z	
Le	
Do	
Ti	
Ma	

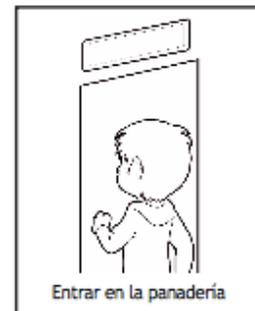
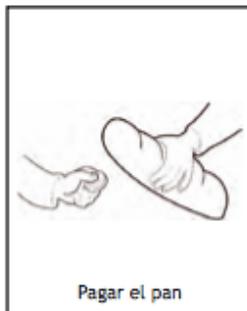
Este ejercicio evalúa el control atencional y la memoria de trabajo.

Instrucciones: Ordena los pasos que se tiene que seguir para lavarse el pelo. Escribe el número debajo de cada dibujo: (si se le presenta dificultad, proporcionar ayuda y explicarle como deben de ser los pasos).



Fuente: imagen consultada en el buscador de Google, Peña (2012).

Ordena los pasos a dar para comprar el pan. Escribe el número debajo de cada dibujo:



Fuente: imagen consultada en el buscador de Google, Peña (2012).

Ordena esta lista que ésta relacionada con montar en taxi:

- Subir al taxi.
- Dar el alto a un taxi.
- Pagar el viaje.
- Bajar del taxi.
- Decir el destino al taxista.

Ordena esta lista que está relacionada con viajar en tren:

- Esperar al tren en el andén.
- Subir al tren.
- Comprar los billetes.
- Salir de la estación de trenes.
- Bajar del tren.
- Buscar el asiento.

Ordena esta lista que está relacionada con cenar en un restaurante:

- Llamar a un restaurante.
- Reservar una mesa.
- Ir al restaurante.
- Aguardar en la entrada del restaurante.
- Pedir los platos al camarero.
- Leer el menú.
- Arreglarse para la ocasión.
- Decidir los platos

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este:



6 1 7 5 0 4 9 8 0 7 6 8 9 8 0
4 9 0 3 2 1 7 5 2 8 4 3 5 7 3
7 5 2 8 6 8 5 1 4 5 1 0 2 3 9
9 2 8 1 7 3 4 6 9 2 9 7 4 6 4
3 0 3 9 8 9 2 3 7 6 3 6 0 2 1
8 7 6 2 3 7 6 9 8 3 5 2 1 5 8
1 6 1 0 4 0 1 2 1 9 7 9 8 1 5
0 3 4 7 9 5 8 0 5 4 0 4 7 9 2
5 8 5 6 1 2 3 7 3 1 2 1 6 4 6
2 4 9 4 5 6 0 4 6 0 8 5 3 0 7

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este:



6 1 7 5 0 4 9 8 0 7 6 8 9 8 0
4 9 0 3 2 1 7 5 2 8 4 3 5 7 3
7 5 2 8 6 8 5 1 4 5 1 0 2 3 9
9 2 8 1 7 3 4 6 9 2 9 7 4 6 4
3 0 3 9 8 9 2 3 7 6 3 6 0 2 1
8 7 6 2 3 7 6 9 8 3 5 2 1 5 8
1 6 1 0 4 0 1 2 1 9 7 9 8 1 5
0 3 4 7 9 5 8 0 5 4 0 4 7 9 2
5 8 5 6 1 2 3 7 3 1 2 1 6 4 6
2 4 9 4 5 6 0 4 6 0 8 5 3 0 7

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este:



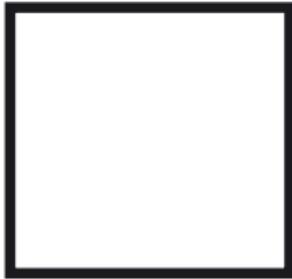
6 1 7 5 0 4 9 8 0 7 6 8 9 8 0
4 9 0 3 2 1 7 5 2 8 4 3 5 7 3
7 5 2 8 6 8 5 1 4 5 1 0 2 3 9
9 2 8 1 7 3 4 6 9 2 9 7 4 6 4
3 0 3 9 8 9 2 3 7 6 3 6 0 2 1
8 7 6 2 3 7 6 9 8 3 5 2 1 5 8
1 6 1 0 4 0 1 2 1 9 7 9 8 1 5
0 3 4 7 9 5 8 0 5 4 0 4 7 9 2
5 8 5 6 1 2 3 7 3 1 2 1 6 4 6
2 4 9 4 5 6 0 4 6 0 8 5 3 0 7

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este:



6 1 7 5 0 4 9 8 0 7 6 8 9 8 0
4 9 0 3 2 1 7 5 2 8 4 3 5 7 3
7 5 2 8 6 8 5 1 4 5 1 0 2 3 9
9 2 8 1 7 3 4 6 9 2 9 7 4 6 4
3 0 3 9 8 9 2 3 7 6 3 6 0 2 1
8 7 6 2 3 7 6 9 8 3 5 2 1 5 8
1 6 1 0 4 0 1 2 1 9 7 9 8 1 5
0 3 4 7 9 5 8 0 5 4 0 4 7 9 2
5 8 5 6 1 2 3 7 3 1 2 1 6 4 6
2 4 9 4 5 6 0 4 6 0 8 5 3 0 7

Instrucciones: Fíjate en qué lugar se encuentran las imágenes. Luego tendrás que recordar imagen y el lugar en donde se encuentra.

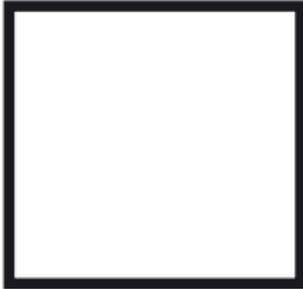


Fuente: Imágenes consultadas en el buscador Google.

Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.

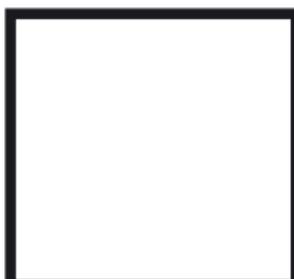


Instrucciones: Fíjate en qué lugar se encuentran las imágenes. Luego tendrás que recordar imagen y el lugar en donde se encuentra.



Fuente: Imágenes consultadas en el buscador Google.

Instrucciones: Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.

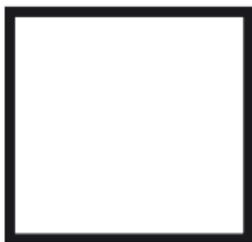


Instrucciones: Fíjate en qué lugar se encuentran las imágenes. Luego tendrás que recordar imagen y el lugar en donde se encuentra.

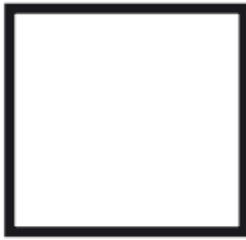


Fuente: Imágenes consultadas en el buscador Google.

Instrucciones: Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.



Instrucciones: Fíjate en qué lugar se encuentran las imágenes. Luego tendrás que recordarlos

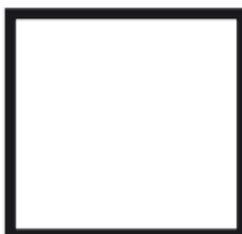


Fuente: Imágenes consultadas en el buscador Google.

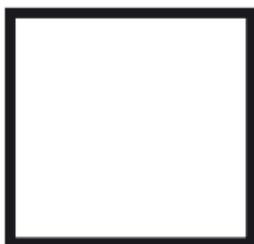
Instrucciones: Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.



Instrucciones: Fíjate en qué lugar se encuentran las imágenes. Luego tendrás que recordarlos.



Instrucciones: Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.



**Actividades de orientación y memoria que evalúan la
-Fluidez verbal -**

El lenguaje permite la comunicación, ya que ayuda comprender la realidad y describir lo que sucede. Mientras más palabras se conozcan, recuerden y utilicen, más distinciones se pueden realizar en la vida cotidiana, lo que enriquece el desempeño cognitivo, el funcionamiento de la memoria y la capacidad de comunicación.

Instrucciones:

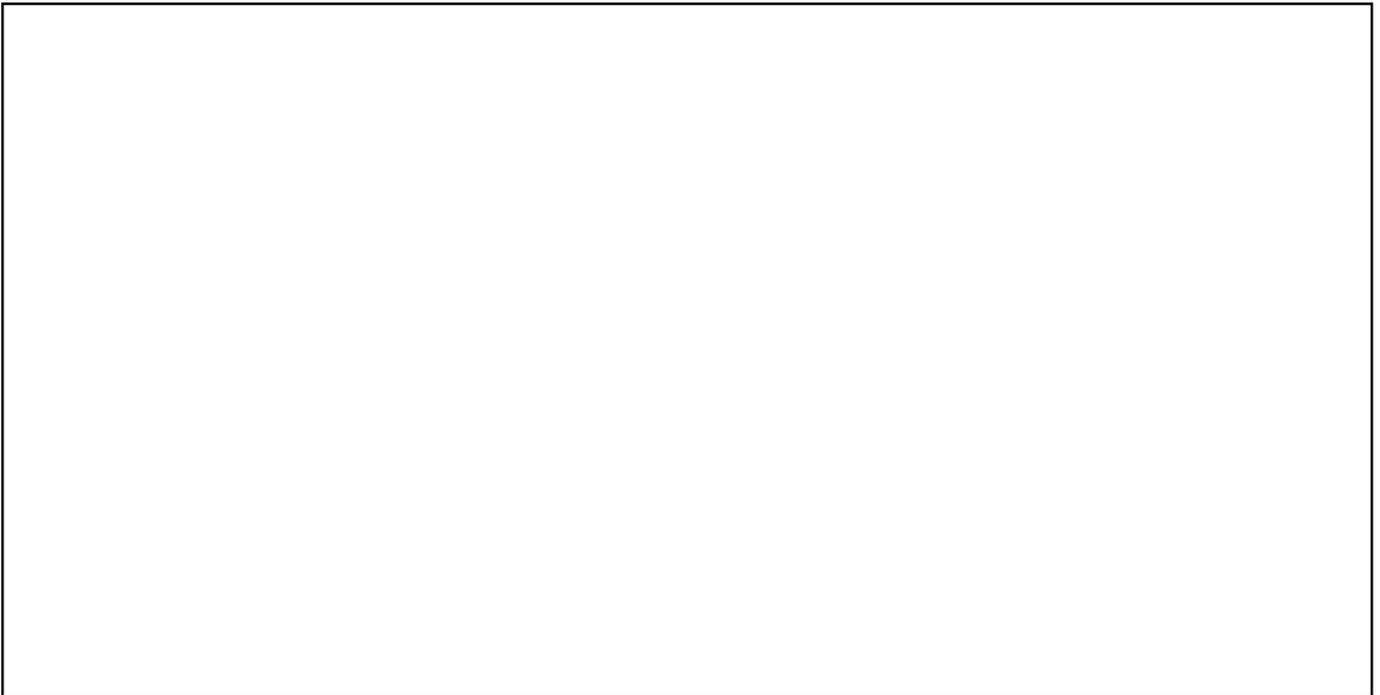
1. En beneficio a la memoria y al uso del lenguaje, en este ejercicio se comentará acerca las diferencias cotidianas que existen entre la actualidad y la época en que era niños. (Puede realizar la conversación con alguien o en grupo para mayor enriquecimiento).

Época en la que nació y creció	Época actual

2. Construir una autobiografía, colocar momentos importantes de su vida como, por ejemplo:

- Fecha de nacimiento
- Nacionalidad
- Nombre de sus padres de familia
- Matrimonio
- Cambios de casa
- Nacimiento de un hijo
- Nacimiento de nietos
- Todos los nombres de los miembros de su familia

De ser posible obtener fotografías del paciente y de sus familiares para trabajar quien es cada miembro de su familia o persona que vive con él. Y así ir recordando nombres y reconociendo a las personas.



Actividades de orientación temporal y espacial

3. Pedirle a la persona que reconozca lo siguiente:

- La fecha, el día, el mes y la hora
- Reconocer o situar la hora indicada en el reloj
- Relacionar el mes con algún dato cultural, o algún acontecimiento festivo o representativo si en caso lo tuviese. (se pueden poder recortes o dibujos a manera de estimular al paciente).
- Reconocer el lugar donde se encuentra, ciudad, país, zona, piso/nivel, área.

Datos a reconocer	Respuesta
Fecha del día de hoy	
Día de la semana	
Mes	
Hora	
Orientación: Zona País Lugar	

4. Recordar y redactar que realizó el día anterior (escribir hasta donde recuerde). Que almorzó, con quien platicó, si se juntó con algún familiar o amigo o vio algún programa en la televisión.

5. Recordar y redactar con detalle que realizó la semana pasada por ejemplo, si platicó con alguien, que almorzó, que actividades realizó, en qué cosas pensó. Ponerlo en el orden que se recuerde ya sea por cada día. Lo importante es colocar las cosas que usted recuerde que para usted fueron más relevantes en la semana.

6. Realizar lo mismo que en el ejercicio anterior, ahora recordando que realizó en el último mes. Ponerlo en el orden que se recuerde ya sea por días o semanas, las cosas que para usted fueron más relevantes en el mes.

A continuación, se muestran páginas web en las cuales se pueden encontrar referencias de ejercicios y juegos para estimular las funciones cognitivas. No está por demás mencionar que existe una amplia oferta en internet a la que se pueden acceder a través de los buscadores como google:

ProProfs, Brain Games: Sopas, sudokus, memotest, rompecabezas.

<http://www.proprofs.com/games/>

Brainist, Juegos de Ingenio: Trivia, acertijos matemáticas, ilusiones ópticas.

<http://www.brainist.com/juegos-mentales/>

Softonic: descarga de ejercicios mentales.

<http://www.mentat.com.ar/ejercitacion.htm>

Mentes en blanco

<http://www.mentesenblanco-razonamientoabstracto.com/razonamiento.html>

