



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Magíster en Familia



MONOGRAFÍA CIENTÍFICA: ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL ADULTO MAYOR VALENTE Y NO VALENTE

Autoras:

Gabriela Espinoza Sepúlveda
Natalia Sánchez Lagos

Profesor Guía:

Nelson García Araneda

Chillán, Abril de 2014

AGRADECIMIENTOS.

Gracias Francisco Javier por apoyarme en todo, desde el primer día.

Natalia Sánchez Lagos.

Dedico esta Monografía, a mi madre Doris Sepúlveda, la cual me brindó este inolvidable e importante regalo.

Agradezco a Dios brindarme esta oportunidad. Y por último agradezco a mis amigos/as que me apoyaron y a las lindas personas que conocí durante este proceso.

Gabriela Espinoza Sepúlveda.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. PRESENTACION DEL TEMA	3
PRESENTACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA.	4
FUNDAMENTACIÓN	6
ENVEJECER EN UN CONTEXTO SOCIAL ACTUAL.	7
II. DISEÑO METODOLOGICO.	12
ANÁLISIS PROPUESTO.	13
ESTRATEGIA DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.	13
IDENTIFICACIÓN DE FUENTES	13
III. PROPÓSITOS	14
OBJETIVO GENERAL:	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
IV. MARCO REFERENCIAL	16
CONCEPTUALIZACIONES	17
EL ADULTO MAYOR.	17
VEJEZ	17
ETAPAS DEL DESARROLLO EN EL ADULTO MAYOR.	18
PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO:	19
FACTORES VITALES QUE INTERVIENEN EN EL ADULTO MAYOR.	23
CALIDAD DE VIDA.	23
LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR	23
EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES.	25
CONTEXTO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA EL ADULTO MAYOR.	26
AMÉRICA LATINA Y SUS POLÍTICAS PARA EL ADULTO MAYOR.	27
POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.	29
LA NUEVA POLÍTICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.	30
ENVEJECIMIENTO PRODUCTIVO.	31
ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO.	32
GERONTOLOGÍA	19
Estimulación Cognitiva	31
APORTES TEÓRICOS A LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA.	33
FEUERSTEIN Y EL APRENDIZAJE MEDIADO.	33
MODIFICABILIDAD COGNITIVA	35

ESTIMULACIÓN COGNITIVA.	36
ENVEJECIMIENTO COGNITIVO.	36
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL ADULTO MAYOR.	38
ENVEJECIMIENTO Y CAMBIO COGNITIVO.	39
ENTRENAMIENTO COGNITIVO.	39
VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO.	40
PLASTICIDAD COGNITIVA.	42
PROCESOS COGNITIVOS.	42
PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.	43
CARACTERÍSTICAS.	43
DIRECCIONES DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA.	46
LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA	46
LOS TALLERES	49
SISTEMATIZACIÓN DE LOS TALLERES:	52
<u>VI. MARCO EMPÍRICO.</u>	<u>54</u>
INVESTIGACIONES EN TORNO A LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LOS ADULTOS MAYORES.	55
INVESTIGACIONES AL ADULTO MAYOR Y LOS PROCESOS COGNITIVOS.	55
<u>VII. CONCLUSIONES.</u>	<u>60</u>
<u>VII. SUGERENCIAS.</u>	<u>63</u>
<u>VIII. BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>66</u>
<u>IX. WEBGRAFÍA</u>	<u>69</u>
<u>X. ANEXOS</u>	<u>71</u>

INTRODUCCIÓN

Actualmente, y como fruto de constantes cambios evolutivos, las necesidades de las personas pueden ser suplidas generalmente por ellas mismas y en base a su autonomía, con la que no todas las personas cuentan, y se ha dejado de lado notoriamente a quienes no son autónomos, a quienes dependen de alguien para cumplir metas o satisfacer necesidades. El presente estudio monográfico tiene pretende definir y fundamentar teóricamente la estimulación cognitiva en los Adultos Mayores. Y aunque se ha centrado toda política social en incluir a quienes mantienen algún grado de dependencia, esto más bien, sigue generando dependencia. Tal realidad, aplicada a los Adultos Mayores, genera una necesidad, la de no mirarlos como entes dependientes per se, sino que como sujetos de aprendizaje, quienes aún pueden otorgar un servicio o presencia en la sociedad, y es eso mismo, lo que otros países han comprendido.

Por lo tanto, surgen programas de apoyo, sobretudo en el área de la salud, tales como los de Estimulación Cognitiva, los que están enfocados netamente en patologías, dejando de lado el potencial de desarrollo de los Adultos Mayores, que si bien no cuentan con alguna discapacidad de orden neurológica, han sufrido el deterioro esperable para la edad cronológica que cumplen, y que demostrado está, puede recuperarse.

Aproximadamente el 2025 la cantidad de menores de 15 años y los Adultos Mayores se igualarán en términos absolutos y porcentuales (20%) en todas las regiones del país. (INE, 2007)

El argumento principal de quienes estudian a los Adultos Mayores, proviene de la capacidad del cerebro de ser flexible, y cuyo principio es aplicable por toda la vida del sujeto. Además de esto la mejora en la calidad de vida del Adulto Mayor, es un hecho valorable por ellos mismos y que les genera mayor bienestar futuro para ellos y su entorno. Por estos argumentos es necesario delimitar y definir lo que sería una ayuda verdadera para este grupo

etario. Si bien es cierto las horas de compañía, las conversaciones y actividades en conjunto con la familia son indispensables, también son indirectamente estimulación y significan una diferencia en la calidad de envejecimiento de las personas.

Existe la pregunta de por qué se ignora tanto el hecho de que las personas envejecen, y al mismo tiempo desean postergarlo, como si fuera evitable. Aún así, a sabiendas de que es un hecho vital, las personas toman la vida muy en cuenta mientras se encuentran activos, dando por entendido que envejecer es pasivo. El presente estudio monográfico pretende explicar el porqué la Estimulación Cognitiva es un soporte necesario y vital para nuestro desarrollo, durante toda etapa de la vida y que nos ayudaría a tener una mejor calidad de vida, dentro de otras cosas, al llegar a la etapa de la Adulthood Mayor.

Fundamentalmente, los seres humanos adquieren a lo largo de sus vidas múltiples habilidades de desarrollo en las áreas en que se desenvuelven, sin embargo, este hecho se defiende mientras las personas se mantienen cumpliendo un rol o una necesidad, y al envejecer, creemos, que las hemos perdido, y el mundo interpreta esto como un final, en aquellas áreas, y la obligación de retirarnos.

Existe la controversia de que a pesar de que el mundo envejece, se encuentra sobrepoblado, y esto aun así promueve en países que envejecen políticas nuevas para evitar este suceso, pero qué sucede con los Adultos Mayores, ellos aún son parte de la sociedad, una que cada vez crece más, y que adquiere protagonismo, no sólo en cifras, sino que como promueve el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), crece en participación, y no solamente en hechos pasivos y cotidianos. Defendiendo el inevitable paso del tiempo, el presente estudio plantea nuevas ideas, que si bien son un paso, ayudarán a entender esto como un proceso, parte igualmente importante, del desarrollo vital.

I. PRESENTACION DEL TEMA

Presentación y delimitación del tema.

Para los Adultos Mayores existe variedad de actividades que la sociedad les plantea. Esta idea es un fin, pero no se encuentra realmente logrado, puesto que, estas ideas no representan fundamentalmente sus intereses, sobretodo de mantenerse activos. Las políticas buscan las fallas en los programas actuales, sin embargo pocas veces se reformula este horizonte para los Adultos Mayores. Pero poco se sabe de lo que ellos realmente quieren, porque el hecho de que deseen estar lejos de las oficinas, o tipos de trabajo ajetreados, es una idea de quienes se preocupan de que esto se cumpla.

Actualmente los programas de salud otorgan medios para rehabilitarse a quienes padecen enfermedades o accidentes graves, sin embargo y como se acostumbra en países desarrollados, el afán es más bien prevenir y utilizar grandes recursos para que aquellos propensos a la pérdida de habilidades, no las pierdan. Es Así como surge la Estimulación Cognitiva, que en la actualidad más bien el sistema de salud la utiliza para los fines mencionados, y no como método de prevención.

La realidad de el Adulto Mayor cuenta que se encuentra cumpliendo un ciclo y finalmente abriendo otro. La productividad ya no es la meta atingente de esta población, sino que una vida tranquila pero igualmente participativa de la sociedad. Si bien los autores cognitivos o psicosociales aluden al paso de una etapa a otra de manera saludable, la realidad dice otra cosa. Evolutivamente el ser humano debe pasar por ciclos, los cuales están normados por hechos que marcan el fin de una etapa y el inicio de otra. La Psicología del Desarrollo además nos dice que las capacidades de cada ser humano varían, se modifican, unas en desmedro de otras.

Pero cómo se aborda desde la perspectiva del A.M. es una gran interrogante, y sólo puede ser respondida en torno a la investigación de los mismos. Es importante mencionar y explicar que no se puede exigir a un adulto mayor que conduzca, entienda un programa de Excel, o envíe mails sin tener de base un conflicto con ello. Para comenzar a integrar a un adulto mayor y estudiar su proceso de vida durante esta etapa, efectivamente es volviendo a enseñarle, tomando en cuenta sus tiempos y capacidades.

De hecho, está presente monografía difícilmente podría estudiar del diálogo interno de cada adulto mayor respecto de cómo ha integrado sus conocimientos por ejemplo con un nuevo trabajo, si de hecho, requiere de un apoyo fundamental. La Estimulación Cognitiva es utilizada en niños, tempranamente y en personas con enfermedades de orden neurológico, pero aún es menos requerida para fortalecer las capacidades del A.M.

En otros países en una realidad entendida y comprendida, y por ende quizás no requieren de realizar programas como el mencionado, porque nunca dejan de lado que todas las personas pueden ser integradas, sin importar la edad.

Es por ello necesario conocer una base argumentativa de que los A.M. requieren de un apoyo para volver a empezar, para no perder sus habilidades ya adquiridas. Esto es de hecho, el inicio para futuras investigaciones, que eventualmente tengan por objetivo descubrir mecanismos que permitan saber favorecer habilidades cognitivas en ellos, lo que los volvería más participativos o más involucrados con una sociedad que se interesa más en cómo apartarlos.

Fundamentación

Los constantes cambios sociales y la velocidad en que se mueve el mundo y las personas generan la visión de que aquellos que no estén en condiciones de seguir este ritmo de vida, serán menos tomados en cuenta y menos vistos. Sin embargo, la sociedad ni el mundo siempre fueron así, esta realidad es ajena para un importante grupo de personas; los Adultos Mayores. Son ellos quienes recurren a la sociedad en busca de respuestas y son muy poco considerados. Para ellos y con ellos la sociedad mantiene una deuda, la de quitarles espacio, oportunidades y calidad de vida. Los responsables directos son sus familiares, que como bien se observa, delegan a terceros sus cuidados y muy pocos son quienes los mantienen.

Los adultos mayores que optan a condiciones mejores reciben a veces sin esa verdadera intención, una forma correcta de estimulación (juegos verbales, conversaciones, actividades físicas, etc) dentro de las instituciones en que se encuentren, y por lo visto esta especie de “estimulación” favorece notoriamente su calidad de vida, en múltiples aspectos.

En otros países, los A.M. optan a programas de estimulación cognitiva, para favorecer su desenvolvimiento social, actividad personal, y calidad de vida en general, puesto que ellos siguen dentro de la sociedad cumpliendo un rol y una actividad frecuentemente.

En Chile actualmente los A.M. con accidentes vasculares, o personas con daño cerebral, por medio de los programas de salud, pueden optar a programas de estimulación cognitiva, sin embargo no se considera a quienes no cumplen con estas características.

Es aún poco entendido el complejo de posibilidades que se abren para ellos una vez que participan de estos programas. Por tanto el presente estudio

monográfico plantea reunir los conceptos actuales e información fundamental para argumentar un proceso de estimulación cognitiva en A.M. valentes y no valentes dentro de un estado general.

Envejecer en un contexto social actual.

Es importante considerar que se comienza a envejecer desde la gestación, siendo un proceso permanente que culmina en la etapa de la vejez y que involucra todo el ciclo vital, el que las personas recorren de acuerdo a sus características y al medio en el cual les toca vivir y desarrollarse.

El ciclo de vida se ha ido prolongando por diversas causas, entre ellas el desarrollo científico, económico y cultural de las sociedades, lo cual ha permitido controlar las enfermedades y proporcionar un mejor estado de salud. Desde la década de los 50, Chile ha aumentado en 24 años su esperanza de vida al nacer, ubicándose hoy en los 79 años promedio para hombres y mujeres. En este sentido, la vejez es hoy la etapa más larga del ciclo vital y concentra la mayor proporción de la población chilena.

El SENAMA propone un “Envejecimiento Activo” dentro de 3 grandes áreas: Participación, Salud y Seguridad Social.

Participación: SENAMA propone que es inherente a cada ser humano ser partícipe de cada evento social relevante, dentro de la familia y/o comunidad, además del nivel país, como por ejemplo cumpliendo su deber cívico. Los adultos mayores constituyen en Chile el grupo de edad con mayor nivel de participación, en comparación con el segmento de 30 a 59, y de menos de 30 años. Las organizaciones de mayores han tenido un aumento explosivo en los últimos años. Según catastros realizados por SENAMA, entre los años 1998 y 2008 se triplicó el número de personas mayores asociadas, aumentó en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de A.M. (que

actualmente suman doce mil), y creció ocho veces el número de uniones comunales de A.M. Esta representación se ha constituido en su gran mayoría a través de la Ley N 19.418. (SENAMA, 2013)

Se estima en 300 mil el número de personas mayores organizadas. No obstante, el que según la encuesta CASEN 2009 existan en Chile 2 millones y medio de personas de 60 años y más, plantea a las personas de edad, al Estado y a la sociedad el desafío de incrementar la asociatividad y la participación de este sector tan importante de la población. (SENAMA, 2013) Es un amplio espectro, y busca defender la participación de los A.M. en todo ámbito social.

Salud: La salud integral de cada A.M. es significativamente trascendente para ellos, y determinante como en todo ámbito para su capacidad de seguir en actividad. La salud es uno de los mayores bienes que posee el hombre; ésta permite crecer y desarrollarse, cumplir el rol que le corresponde en la familia y en la sociedad, y vivir con plenitud en cualquier etapa de la vida.

La importancia de adoptar hábitos saludables en relación a algunas necesidades básicas del ser humano como son: la nutrición, la actividad física, el reposo – sueño, la salud mental y la higiene personal, debe motivar a las personas mayores, para que asuman en primer lugar la responsabilidad que tienen en el cuidado de su salud, esta participación del A.M. en el cuidado de su propia salud es lo que se conoce como el autocuidado, que se define como el conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud. (SENAMA, 2013)

Se deben además fortalecer aspectos de la Alimentación, puesto que los A.M. normalmente cuentan con patologías asociadas que requieren de dietas especiales, y quienes se encuentren saludables deben mantener una dieta equilibrada para mantenerse en un buen estado de salud.

La actividad física es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS);

como una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas o domésticas como subir y bajar escaleras, salir a pasear, jardinear, bailar y realizar ejercicios como el golf, la natación y el ciclismo, todos en un contexto no competitivo.

La cantidad e intensidad de ejercicio difiere de una persona a otra, lo importante es que, al hacerlo, la persona sienta bienestar, nunca fatiga. Es recomendable que la actividad física de los mayores sea programada y controlada por un profesional con experiencia en geriatría.

En cualquier caso, la práctica regular de actividad física tiene efectos muy positivos sobre la salud.

1. Mejora el desempeño del corazón.
2. Disminuye el tejido adiposo (grasa).
3. Aumenta la fuerza muscular.
4. Aumenta la densidad ósea.
5. Mejora la movilidad de las articulaciones.
6. Mejora la irrigación sanguínea.
7. Mejora el trabajo respiratorio.
8. Nos aleja de la depresión.
9. Nos aleja del estrés.
10. Nos permite una vida de mejor calidad.

Estimulación Cognitiva: A pesar de que no es asociada a los A.M., se ha demostrado que dentro de las habilidades que están en la base del desempeño autónomo y funcional, se encuentran los procesos cognitivos, que son aquellos procesos mentales involucrados en el procesamiento de la información, mediante los que se logra el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores.

La importancia de los procesos cognitivos radica en que permiten la realización de actividades cotidianas (como conversar, prepararnos una taza de

café, manejar dinero) y de tareas más complejas (leer sobre un tema sobre el que tienen poco conocimiento, encontrar la mejor solución a un problema, aprender un instrumento musical).

Debido a cambios asociados al envejecimiento, se comprometen algunos procesos, los estudios referentes a este tema, han permitido determinar que las funciones cognitivas que se van comprometiendo al envejecer, se pueden fortalecer a través de la Estimulación Cognitiva. La estimulación cognitiva tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y llevar a cabo estrategias que permitan hacer más lento y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad.

Los programas de estimulación cognitiva organizan actividades de ejercitación o compensación de habilidades, bajo criterios de complejidad progresiva y funcionalidad. Son guiados por un especialista, quien actúa como mediador o facilitador del logro de las actividades, entregando estrategias que permitan a las personas paulatinamente y cada vez con mayor autonomía realizar actividades de mayor complejidad.

La finalidad última de la Estimulación Cognitiva es favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de manera de impactar positivamente en su calidad de vida. (SENAMA, 2013)

Actividades Significativas de la Vida: La autoconfianza es característica de las personas que han sabido adaptarse y han tratado de superarse, reconociendo sus logros y debilidades, sin sobre estimarse o sub estimarse.

Una fuente real de felicidad es aprender a disfrutar de lo que la vida nos ofrece cada día, sin detenernos en el pasado y con ilusión y optimismo hacia el futuro.

La vejez exitosa depende de las destrezas, estrategias y experiencias que se han adquirido para enfrentarse a nuevos roles y actividades. (SENAMA, 2013)

No obstante lo anterior, se debe revisar la mirada que se está teniendo como sociedad acerca del proceso de envejecimiento, es decir, la construcción social que se realiza de la vejez. Ser A.M. es una experiencia ambivalente, marcada por significados positivos como la expectativa de permanecer activo, dejando atrás las obligaciones y los deberes, y significados negativos, centrados en los problemas de salud y el temor a depender de otros.

La realidad aquí expuesta es aquello que SENAMA promueve y defiende, sin embargo, el camino ha de ser largo, y se requieren más investigaciones.

II. DISEÑO METODOLÓGICO.

Análisis propuesto.

El presente estudio monográfico, que conforma principalmente una recopilación de información en torno al adulto mayor y las implicancias de la estimulación cognitiva dentro de los ámbitos en torno al adulto mayor.

Se pretende mantener una visión holística del adulto mayor, dentro del ámbito social y personal, comprendiéndolo con un ser que se relaciona en varios aspectos con su entorno.

Estrategia de recopilación de información.

Para el presente trabajo informativo, se utilizaron principalmente las siguientes estrategias de recopilación de información:

- Revisión bibliográfica.
- Revisión de archivos.

Identificación de Fuentes.

- Fuentes de información bibliográfica
- Por medio de la lectura.

De acuerdo al formato:

- Formato tradicional impreso
- Recursos multimedia.

Por la forma convencional de reproducción:

- Fuentes de información publicada.
- Confección de fichas
- Redacción

III. PROPÓSITOS

Objetivo General:

- Conocer el Estado del Arte de la Estimulación Cognitiva en Adultos mayores valentes y no valentes en su realidad actual.

Objetivos Específicos:

- Realizar una revisión teórica en torno a la Estimulación Cognitiva y los Adultos Mayores.
- Recopilar información empírica acerca de la Estimulación Cognitiva y los Adultos Mayores.
- Reunir información actualizada respecto de la estimulación cognitiva en los adultos mayores en Chile.

IV. MARCO REFERENCIAL

Para acotar y definir el presente estudio monográfico es necesario conceptualizar aquellas variables importantes en torno a adulto mayor.

CONCEPTUALIZACIONES.

El Adulto Mayor.

Por definición, un Adulto Mayor es quien tiene 60 años o más de edad. (SENAMA, 2010). Teniendo en cuenta esto, comprende a todos aquellos hombres y mujeres que cumplan con este criterio. En la próxima década la población de adultos mayores en Chile se incrementará al 45% (INE, 2010). Surgen interrogantes frente a tal realidad, de cómo y desde dónde se puede ayudar a una población que se va acrecentando, y que la sociedad común intenta disgregar porque han cumplido un ciclo, fundamento que, en parte, no es del todo compartido por los adultos mayores. (SENAMA, 2010)

Para mayor comprensión de los procesos que implica el envejecimiento es importante describir aquellas teorías que abordan su desarrollo.

Vejez.

Se comprende que la Vejez es el estado en que las personas se vuelven mayores. Sin embargo, no para todas las culturas se ejemplifica de la misma manera.

Los orientales aspiran a llegar a una edad avanzada, pues saben que implica mayor conocimiento y paz interior, mientras que los occidentales lo observan como el ocaso laboral, personal y profesional, por lo que intentan posponerlo de todas las maneras posibles, siendo además, una etapa en que existe discriminación y una baja sustancial en la calidad de vida para la mayoría de las personas. Este fenómeno, que es parte de la vida, a la que se llama Adultez

Mayor, es inherente a todo ser humano y es impostergable e inevitable.

Ha de ser complejo el proceso en que se ha llegado a percibir al Adulto Mayor como un ser más lento y mucho menos comprendido, puesto que, el mundo actual no gusta de las pausas, ni de aquellos que no pueden ir a su ritmo.

Este hecho es contradictorio. En Chile las mujeres se encuentran en promedio teniendo 1.8 hijos, lo que no alcanza a ser el doble de si misma, para nivelar la natalidad, esto implica que nuestra sociedad, como muchas otras, se está envejeciendo. Chile no ha tomado las medidas a tiempo, y parece ser que ha de ser caótico, puesto que no existen adecuadas políticas sociales en torno a los adultos mayores, ni una comunidad respetuosa del tema, por lo que tan repentino cambio es estrepitoso.

Comparativamente, este mundo se encuentra sobrepoblados, y sin embargo hay países donde hay más ancianos, y aunque este fenómeno ha de ser objeto de otro estudio, no deja de ser relevante mencionarlo.

Etapas del Desarrollo en el Adulto Mayor.

La funcionalidad de las personas se cataloga en torno a la edad,. Equivocadamente, puesto que oportuna estimulación existe un evidente avance en las personas.

De acuerdo con autores desde la Psicología, el Adulto Mayor se encuentra en la según las Etapas de Desarrollo Cognoscitivo en la Etapa de Operaciones Formales (Reed, 2007), haciendo referencia al uso de pensamiento hipotético-deductivo. (Stassen, 2009)

Respecto del Desarrollo Psicosocial de Erikson se encuentra en la Etapa de Integridad versus Desesperación, cuando los adultos mayores buscan integrar sus experiencias singulares con la visión de la comunidad. (Stassen, 2009)

Existe variabilidad de Teorías respecto de los procesos emocionales y circunstanciales del Adulto Mayor, sin embargo es necesario acotar los términos respecto de aquellas que se acercan más a lo más concreto e igualmente representativo, como las ya mencionadas.

Psicología del Desarrollo.

La Psicología del Desarrollo sostiene que cada ciclo del curso vital está ligado a un estilo cognitivo específico, alcanzado no sólo como parte de un proceso madurativo de carácter ontogenético sino como producto de las interacciones y los dispositivos culturales que provee cada contexto y que pueden promover o interferir en el desarrollo intelectual en unas determinadas direcciones o generar cursos de cambios diferenciales en habilidades y procesos. (Yuni, Urbano, 2008)

Concluyendo que en el entorno existe el potencial facilitador de la adquisición de nuevas habilidades que presenten deterioro o la recuperación de aquellas perdidas.

Gerontología.

Desde la Gerontología definida como la ciencia que estudia la vejez y el proceso de envejecimiento de la población es necesario su aporte para la concepción global del adulto mayor. (Gómez y Curcio, 2002)

El envejecimiento puede definirse desde tres puntos de vista:

1. Como un proceso del ciclo de la vida: Es decir, la suma de cambios que ocurre en un organismo con el paso del tiempo, aparecen arrugas, se disminuye la velocidad de la marcha y se aumenta el tiempo que se requiere para dar una respuesta.
2. Como un proceso de deterioro: Es la acumulación progresiva de cambios con el tiempo, que se asocian o son responsables del aumento de la

susceptibilidad a enfermar y morir.

Se tienen mayores posibilidades de desarrollar neoplasias y enfermedades crónicas degenerativas.

3. Como un daño molecular y celular: Se define como el cambio en las membranas, citoplasmas y núcleos celulares, a través de los años, que originan alteraciones en las funciones de los órganos. Existe una relación lineal entre la disminución en la función de los órganos y la tasa de mortalidad.

Cuando se alude al envejecimiento como proceso normal durante la vida de cualquier ser humano, deben considerarse cambios biológicos, cronológicos, psicológicos y sociales, que constituyen las diferentes edades de un individuo:

- **Edad biológica:** Hace referencia al tiempo vital potencial de cada ser humano, es decir, sustrato biológico que se tiene en un momento determinado, el cual es influenciado por el paso del tiempo, el estado de salud existente y las condiciones y el estilo de vida de cada anciano.
- **Edad cronológica:** Se refiere a la edad calendario, es el número de años que una persona ha vivido. Generalmente se asocia con la edad biológica porque a mayor cantidad de años, es mayor la vulnerabilidad. Así, la vejez cronológica se fundamenta en la vejez histórica real del organismo, medida por el transcurso del tiempo.
- **Edad social:** Es el conjunto de roles y hábitos sociales de un individuo, con respecto a los miembros de la sociedad de la cual forma parte. La edad social al envejecer se tienen roles de abuelo y jubilado.
- **Edad psicológica:** Es el conjunto de capacidades conductuales de adaptación a las situaciones cambiantes del medio ambiente, a medida que transcurre el tiempo. Está condicionada por los factores del pasado, del presente y del futuro de cada individuo.

- Gerontología deriva del griego Gerontos: anciano y Logos: conocimiento. Este término fue utilizado por primera vez en 1903 por Elie Metchnikoff y se define como “el estudio científico del proceso del envejecimiento” y a la geriatría como “parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades” este término fue acuñado en 1909 por Ignacio Nascher. En síntesis, la gerontología hace referencia al estudio de todos los aspectos del envejecimiento y de la vejez y comprende diversas áreas, a saber:
 - **Gerontología Biológica:** También llamada biogerontología. Comprende el estudio de los procesos de envejecimiento orgánico, tisular y celular. Investiga sobre las causas intrínsecas que llevan a los seres vivos a envejecer y morir.
 - **Gerontología psicológica:** Estudia el proceso de cambios que se presentan a medida que se envejece, de un lado sobre la función cognoscitiva, es decir en las funciones mentales superiores: memoria, atención, concentración, juicio y raciocinio entre otros. Y de otro lado, los cambios en la sensación y percepción, en los afectos, la personalidad y el comportamiento.
 - **Gerontología social:** Comprende el estudio de las implicancias sociales, culturales, demográficas y económicas que conlleva el envejecimiento, además de influencia de éste en el estilo y las condiciones de vida de los individuos.
 - **Gerontología educativa:** También llamada geragogía. Estudia los procesos de enseñanza y aprendizaje, a medida que se envejece.
 - **Gerontología laboral:** Hace referencia a los aspectos del trabajo de los ancianos, incluyendo el camino de rol laboral al jubilarse o pensionarse, utilización del tiempo y rol ocupacional al envejecer. Además, comprende la preparación para la jubilación.

- **Geriatría o Gerontología clínica:** Combina la Gerontología y la Medicina en la atención en salud de las personas de edad avanzada, en todos sus aspectos: preventivo, clínico, terapéutico, de rehabilitación y de vigilancia continua.

Dos situaciones caracterizan la Gerontología, por un lado el proceso individual no sólo de envejecer, sino de enfermar, ya que se dan dentro de un amplio rango de variación, que le hace necesario individualizar la valoración del anciano y mirarlo desde diversos puntos de vista, teniendo en cuenta su pasado, presente y futuro.

De otro lado, la multicausalidad del proceso de envejecimiento y de las enfermedades, requiere la participación de numerosos profesionales y técnicos, que desde la óptica y perspectiva de cada cual, valoren en conjunto la situación del anciano, lo cual es imposible desde una sola disciplina. Es aquí donde la multidimensionalidad, la segunda situación característica en la Gerontología, favorece el conocimiento de las condiciones de los ancianos, al integrar las áreas física, mental y social, dentro del contexto en el cual vive el anciano y desarrolla su vida. (Gómez y Curcio, 2002)

Procesos Vitales que Intervienen en el Adulto Mayor.

Calidad de Vida.

No existe consenso respecto al significado del término Calidad de Vida, aunque parece obvio que, en cualquier caso, se trata de un término más amplio que el bienestar físico y social, en realidad de un macro-concepto que integra diferentes vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, estado de salud (físico, psíquico y social).

En general, todas las definiciones de Calidad de Vida tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida. (Martínez, Lozano, 1998)

La Familia y el Adulto Mayor.

Como se ha mencionado, el A.M. debe volver a su núcleo original desde el momento en que requiere ayuda. Son los hijos quienes principalmente deben asumir los cuidados del nuevo integrante o de ambos padres una vez que estos se encuentren vulnerables.

La pregunta es si efectivamente en el contexto social actual sucede a favor o en contra de los adultos mayores, que muchas veces se integran a un grupo familiar a cumplir labores extras, que no son pagadas y que implican mayor deterioro.

Se ha observado que pueden ser un aporte económico, y sin embargo sus ingresos no son siempre utilizados para su bienestar o salud.

La familia cumple un rol fundamental de apoyo y consideración hacia el adulto mayor. Estos denominados recursos sociales tienen una importancia decisiva para el bienestar e inclusión del Adulto Mayor.

A medida que se envejece, las funciones van careciendo de valor social y

son catalogadas como un aporte inferior, o “más lento”, este proceso más bien ha sido un proceso social, aquel que aleja a los adultos mayores o los segrega.

Las personas se sienten más satisfechas con sus vidas y se autoperciben como más sanas en la medida en que están satisfechas con sus relaciones sociales, y ha sido demostrado en diversas investigaciones que los beneficios que obtienen las personas mayores procedentes de sus redes sociales son similares a los de otras etapas de la vida, y los procesos implícitos en las mismas son equiparables. (Antonuchi y Jackson, 1990).

Los conceptos de apoyo social y redes sociales se enmarcan (siguiendo la tradición de Lewin en la Psicología Social) dentro del modelo ecológico que explica el comportamiento humano a partir de la relación dialéctica entre persona y ambiente. En esta misma línea, Gottlieb (1981) y Lin, Dean y Ensel (1986) distinguen 3 ámbitos-que representan posibles fuentes del apoyo social- en los que se produce o puede producirse el apoyo: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas o relaciones interpersonales. Cada uno de los distintos estratos de las relaciones sociales conlleva unos vínculos distintos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes: (Pinazo, Sánchez, 2006)

- En el nivel macrosocial o comunitario la persona se identifica y participa en el entorno social. Implica sentimiento de pertenencia.
- A través del nivel medio, mesosocial o de las redes sociales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Implica un sentimiento de vinculación.
- El nivel microsociales o de las relaciones de intimidad y confianza es el estrato más significativo del sujeto. Implica un sentimiento de compromiso ya que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro. (Pinazo, Sánchez. 2006)

- Las relaciones más importantes para las personas mayores se encuentran en este orden: la pareja, los hijos y nietos, el resto de familiares y los amigos. (Pinazo, Sánchez, 2006)

El Buen trato a las Personas Mayores.

La negligencia o abandono “consiste en la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados” (Ruipérez y Llorente, 1996). La negligencia o abandono realizada a adultos mayores dependientes puede ser pasiva o activa; pasiva, cuando es consecuencia de un desconocimiento o incapacidad por parte del cuidador, y es activa cuando se realiza intencionadamente.

Se puede mencionar que este tipo de maltrato atenta directamente contra el normal desarrollo de las actividades de la vida diario de la persona mayor y va generando un deterioro en su calidad de vida.

Manifestaciones del problema son “dejar solo a un anciano que no puede valerse en forma personal o definitiva; consulta tardía, accidentalidad previsible y prevenible, recurrencia y/o agudización de enfermedades por desatención, descuido en el suministro de enseres que el anciano necesita en la cantidad, calidad y oportunidad debidas, exclusión forzada o mediante engaño del anciano del hogar dejándolo en instituciones o en la calle; olvido del anciano por parte de la familia...” (Quirós y cols., 1995)

Contexto Internacional de políticas para el Adulto Mayor.

¿Cuál es el estado de las políticas actuales de envejecimiento? A nivel internacional, las personas mayores han sido reconocidas crecientemente como sujetos de derechos. El primer paso en esta dirección se tomó con la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Austria 1982. En esta asamblea, la comunidad internacional, a través de la Organización de Naciones Unidas, aprobó un Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento enfocado en problemáticas demográficas propias de los países desarrollados de la década de 1980.

En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó con la Resolución N° 46/91 el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento de 1982. Con ello se establecieron cinco principios básicos, en relación a las personas mayores:

1. De independencia: Comprende los derechos de alimentación, agua, vivienda y atención sanitaria, mediante ingresos económicos propios o suministrados por su familia y la comunidad; la posibilidad de trabajar o de tener acceso a otras fuentes de ingreso; la determinación del momento y la forma en que dejarán de desempeñar actividades laborales; el beneficio de programas educativos y formativos, y la opción de vivir en medios seguros, adaptados a sus preferencias y capacidades.
2. De participación: Incluye el derecho a permanecer integrados a la sociedad, participando en la formulación de medidas que afectan su bienestar, y compartiendo sus conocimientos con las generaciones más jóvenes.
3. De cuidados: Abarca el derecho a disfrutar de protección familiar y comunitaria; la opción de recibir atención de salud, y la oportunidad de contar con servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

4. De autorrealización-plenitud humana: Se refiere a las oportunidades para desarrollar el potencial personal y el acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
5. De dignidad: Busca que las personas mayores lleven una vida digna y segura, libre de explotación y de maltratos físicos y mentales.

Un tercer hito clave en el reconocimiento de las personas mayores fue la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada el año 2002 en Madrid. En esta Asamblea de Naciones Unidas se adoptaron dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que el segundo, constituye un instrumento programático en que se proponen más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y bienestar en la ancianidad, y la creación de un entorno propicio y favorable.

Solamente en una cuarta etapa se introducen consideraciones regionales sobre el envejecimiento y los derechos de las personas mayores.

América Latina y sus políticas para el Adulto Mayor.

En América Latina, el Gobierno de Chile con el apoyo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL y de los organismos del Grupo Interinstitucional sobre envejecimiento, realizaron una conferencia donde se discutió la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, todo esto en el marco de los compromisos de la Declaración del Milenio. Siguiendo al Plan de Madrid, se precisaron tres áreas prioritarias: personas de edad y

desarrollo, salud y bienestar en la ancianidad y entornos propicios y favorables. En la conferencia también se resaltó el interés regional en los derechos de las personas mayores. (CEPAL, 2012)

En el 2007 se realizó una segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, conocida como la “Declaración de Brasilia.” En esta conferencia se continuó avanzando hacia la construcción de una sociedad para todas las edades, con protección social basada en derechos. Además, las delegaciones presentaron avances nacionales en la implementación de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento y los debates se organizaron en torno a temas de interés para el proceso de examen y evaluación regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

En la Declaración de Brasilia de los Estados miembros se destaca el artículo N° 7 de la Declaración de los Estados que señala lo siguiente: “Reafirmamos el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, diferenciando el área urbana y rural y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género, raza y etnia en las políticas y programas destinados a los sectores más vulnerables de la población en función de su condición económica y social y de situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales y el desplazamiento forzado.”

El Gobierno de Chile, a través de SENAMA, participó en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, organizada por el Gobierno de Costa Rica y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que se llevó a cabo en San José, del 8 al 11 de mayo de 2012. La Conferencia tenía por objetivo fundamental examinar los logros en cuanto a la aplicación de los compromisos

contraídos por los países miembros de la CEPAL en la Declaración de Brasilia. Uno de los puntos centrales de los que se dio cuenta en esta tercera Conferencia, por parte de Chile, es la Política Integral de Envejecimiento Positivo, la que se enmarca tanto en las recomendaciones del Plan de Acción Mundial de Envejecimiento de Madrid 2002, como en la Declaración de Brasilia.

Junto a las iniciativas internacionales y regionales, distintos países han propuesto políticas y estrategias nacionales y locales para enfrentar el envejecimiento. La mayoría de ellas están centradas en las enfermedades, como el Plan Alzheimer de Francia o Dementia en el Reino Unido. Sin embargo, en todos los países se observa una evolución en el foco de las políticas, que inicialmente son las pensiones, luego se suma salud y finalmente se incorpora un conjunto más amplio de temas que van desde la participación y el transporte hasta el maltrato y la discriminación. La dependencia institucional de los servicios puede ser el Ministerio de Desarrollo Social, como en la mayoría de los países latinoamericanos, pero también puede ser el Departamento de Salud como en Estados Unidos y Australia, o el Ministerio del Trabajo como en Francia y el Reino Unido.

En general, el desafío fiscal más grande que enfrentan los países de la OECD es el envejecimiento poblacional. Por ejemplo, Social Security, Medicare y Medicaid equivalen a aproximadamente la mitad del presupuesto federal en Estados Unidos. Por lo mismo un principio frecuente de las políticas es que en vez de gastar más, se puede desplazar el gasto proporcionalmente a la pirámide poblacional.

Políticas Sociales del Adulto Mayor en Chile.

Chile ha adoptado progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales y desde finales de los 90 ha transitado desde un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos y protección social amplia. Un hito

fundamental para el reconocimiento de las personas mayores como grupo prioritario de las políticas públicas fue la instalación de una política de salud especial para personas mayores en 1998. Otro hito clave fue el inicio del funcionamiento del Servicio Nacional del Adulto Mayor el año 2003.

Desde entonces se ha protegido el derecho de independencia instalando garantías de ingresos, jubilación y salud, entre otras. De acuerdo a estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social, actualmente el gasto total en personas mayores alcanza \$MM 3.912.841 y se concentra fuertemente en pensiones (74%), seguido por salud (25%).

Un punto clave es el buen trato hacia los adultos mayores, lo que conlleva la inclusión. Respecto de esto es importante mencionar que solo el 25% se encuentra trabajando aún. (Calidad de Vida en la Vejez, 2010) y esto va ligado directamente a su educación. Quienes no trabajan deben dejar de hacerlo principalmente por problemas de salud.

Nuestros adultos mayores quieren ser parte integral de la sociedad, pero no cuentan con una guía adecuada de cómo hacerlo, y aunque los segreguen las empresas los siguen considerando para adquirir deudas, por lo que se observa otra inconsistencia o mal trato hacia ellos.

La nueva política integral del Adulto Mayor.

Frente al cambio demográfico, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), destaca la importancia de anticiparse a los desafíos que Chile enfrentará el 2025, cuando los adultos mayores representen un 20% de la población total del país. (SENAMA, 2010)

Para ello, se espera desarrollar servicios especializados, escalonados e integrados de salud y cuidados, que cuenten con geriatras, gerontólogos y personal especializado en la atención de personas mayores, con el fin de mantener la autovalencia hasta la más avanzada edad posible y entregar los

cuidados pertinentes en cada etapa de la vejez.

En el ámbito laboral, se promoverá la participación de las personas mayores y se espera reducir la carga económica de los mayores eximiéndolos de ciertos pagos e impuestos.

También, esta política pretende fomentar -aún más- la participación de las personas mayores; generar oportunidades de recreación, y fortalecer una imagen positiva de la vejez, con el propósito de derribar mitos y estereotipos que existen, especialmente, en los jóvenes. (SENAMA, noviembre 2012)

Envejecimiento Productivo.

El envejecimiento productivo es cualquier actividad, remunerada o no, desarrollada por unan persona mayor, que produce bienes o servicios o desarrolla la capacidad para producirlos (Bass, Caro y Chen, 1993)

Los adultos mayores constituyen en Chile el grupo de edad con mayor nivel de participación, en comparación con el segmento de 30 a 59, y de menos de 30 años. Las organizaciones de mayores han tenido un aumento explosivo en los últimos años. Según catastros realizados por SENAMA, entre los años 1998 y 2008 se triplicó el número de personas mayores asociadas, aumentó en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de adultos mayores (que actualmente suman doce mil), y creció ocho veces el número de uniones comunales de adultos mayores. Esta representación se ha constituido en su gran mayoría a través de la Ley N 19.418.

Se estima en 300 mil el número de personas mayores organizadas. No obstante, el que según la encuesta CASEN 2009 existan en Chile 2 millones y medio de personas de 60 años y más, plantea a las personas de edad, al Estado y a la sociedad el desafío de incrementar la asociatividad y la participación de este sector tan importante de la población. (SENAMA, 2013)

Envejecimiento Normal y Patológico.

Se debe entender que para todas las personas los cambios durante la vejez no se presentan de la misma manera, ya que algunas habilidades se pueden perder o deteriorar tanto como otras pueden, incluso, mejorar. Debemos mencionar en este ítem el deterioro cognitivo, recurrente a partir de la tercera edad, donde es necesario prevenir.

Deterioro Cognitivo: El deterioro cognitivo es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro y no tiene cura conocida, siendo la enfermedad de Alzheimer una de las demencias más comunes. Esta enfermedad afecta de forma significativa la función cognitiva del paciente, convirtiéndose en uno de los síntomas más evidentes.

A medida que se envejece, el cerebro cambia junto con nuestro cuerpo, pudiendo surgir problemas de memoria menores y lentitud en el pensamiento. Cuando la pérdida de memoria es más grave, y se combina con la confusión y cambios de humor, se puede estar frente a los primeros síntomas de deterioro cognitivo.

Hasta la fecha, no hay consenso científico sobre qué causa el deterioro cognitivo, y aunque los investigadores están trabajando duro, todavía no hay cura (NOVARTIS, 2010)

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

La estimulación cognitiva descubierta inicialmente para tratar patologías se ha vuelto tema contingente respecto del envejecimiento de la población y su calidad de vida. Se ha utilizado ampliamente para recuperar habilidades en quienes recién llegan a este mundo, y que han sufrido graves accidentes, y sin embargo en la llave que se ha utilizado para abrir las puertas de la integración de los adultos mayores valentes y no valentes al mundo actual.

Aportes Teóricos a la Estimulación Cognitiva.

Feuerstein y El Aprendizaje Mediado.

Feurstein elabora desde una perspectiva interaccionista una teoría que considera la inteligencia como una compleja interacción entre el organismo y el ambiente. El potencial de aprendizaje del sujeto y su capacidad de ser modificado facilitan la intervención cognitiva y la mejora de la inteligencia. (Beltrán, 1995)

Se debe mencionar que la teoría sugiere resultados a favor cuando se realiza esta clase de inducción a los adultos mayores, cuando se procede de tal manera que se estimulen aquellas áreas disminuidas y se propicie la inteligencia global del sujeto, sin embargo y a pesar de las buenas referencias, existe escasa investigación en nuestro país, más allá de la implementación de talleres a personas con algún tipo de accidente vascular o demencia senil.

Se refiere a la interacción entre el sujeto y el mundo que lo rodea. Los estímulos que percibimos del medio ambiente, son interceptados por el mediador, quien será el encargado de seleccionarlos, organizarlos, reordenarlos

y agruparlos, con el fin de estructurarlos en función de una meta específica. (Feuerstein, 1991). La EAM, según Feuerstein, puede ser ofrecida a todos los sujetos no importando su edad, ya que lo fundamental es la utilización apropiada de esta modalidad.

El puente entre el medio y el sujeto lo construye el Mediador, quien es el encargado de que la persona incorpore estrategias cognitivas y procesos que derivarán en comportamientos considerados pre-requisitos para un buen funcionamiento cognitivo. Asimismo se encarga de llevar al sujeto a focalizar su atención no sólo al estímulo seleccionado, sino hacia las relaciones entre éste y otros estímulos, y hacia la anticipación de resultados.

Así, el desarrollo cognitivo del sujeto, no es solamente el resultado del proceso de maduración del organismo, ni de su interacción independiente, autónomo, con el mundo de los objetos, sino que es el resultado de la 37 combinación de los dos tipos de experiencias, ya antes citadas (la exposición directa a los estímulos del medio y la experiencia de aprendizaje mediado). La información precedente puede explicarse en el siguiente modelo teórico de la EAM:

- El Mediador Humano se interpone entre el Estímulo y el Organismo, selecciona, reordena, organiza, transforma, ofrece estímulos, orienta hacia comportamientos cognitivos más óptimos y eficaces.
- Los estímulos directos que penetran al azar, pueden o no relacionarse con el individuo, pues hay muchos que no llegan.
- Estímulos mediados, en que el mediador asegura la creación de condiciones óptimas de interacción, crea modos de percibir, comparar con otros estímulos que llegan al sujeto adquiriendo comportamientos apropiados, formas de aprendizaje más efectivos, estrategias cognitivas y hábitos de trabajo sistemáticos y organizados.

- El sujeto, el cual percibe, elabora y responde a los estímulos que han penetrado tanto al azar en forma directa, como los que han sido mediados. Respuestas emitidas por el sujeto frente a los estímulos diversos que penetran al organismo. (Fuentes, S., 2000).

-

Modificabilidad Cognitiva

Cada proceso de aprendizaje de la vida se sustenta en la Modificabilidad cognitiva, planteamiento de R. Feuerstein, donde median los procesos cognitivos. Feuerstein plantea que cada vez que una persona no responde adecuadamente a los requerimientos y dificultades que se le presentan, no está utilizando adecuadamente sus funciones cognitivas, por tanto cada vez que un adulto mayor se encuentra en dificultad de respuesta, puede ser necesario reeducar estas funciones.

Cada vez que el ser humano adquiere un nuevo conocimiento, se produce en él un cambio cognitivo denominado “Modificabilidad Cognitiva Estructural”, este planteamiento teórico de R. Feuerstein, se encuentra sustentado sobre la base de la Psicología Cognitiva, que se ocupa del conocimiento de la inteligencia, también llamada cognición y de los procesos implicados en ésta, tales como la percepción, atención, memoria o la generalización, viéndolos como factores que participan activamente en el comportamiento inteligente, preocupándose de cómo los sujetos acceden a la información que más tarde transferirán a nuevas experiencias.

Plantea que, todo sujeto que no responde cognitiva ni adecuadamente a los diferentes requerimientos de la vida, (ya sean sociales, laborales o del mismo colegio), no está utilizando adecuadamente las funciones o procesos cognitivos que son pre-requisito fundamental de las operaciones mentales que llevarán a cabo un buen funcionamiento cognitivo.

Es por esto, que plantea la posibilidad del ser humano de experimentar en sí mismo cambios activos, dinámicos y autorreguladores, que lo hacen ser un generador o productor de informaciones, lo que se aleja de un ser que es sólo receptor y reproductor pasivo de esta información. Esta capacidad de cambio o modificabilidad sólo la tiene el ser humano, y nace de la necesidad del hombre de enfrentar los desafíos que el mundo le impone.

La propuesta que plantea Feuerstein, es de tipo Estructural-Funcional, debido a que, la llamada “Modificabilidad Cognitiva”, debiera producir cambios en el curso del desarrollo, para desarrollar “procesos cognitivos superiores” que puedan permanecer.

Estimulación Cognitiva.

La Estimulación Cognitiva puede definirse como la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de procesos Cognitivos Básicos, como la Memoria, Atención, el Lenguaje, el Razonamiento, la Percepción, las Praxias, el Cálculo, la Lectoescritura o la Visoconstrucción. Estimular y mantener las capacidades mentales redundante en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las actividades cotidianas. (Sardinero, 2010)

Envejecimiento Cognitivo.

Las teorías actuales acerca del desarrollo intelectual a lo largo del curso vital iniciadas con los estudios empíricos sistemáticos de Shaie (1982, 1990, 1992) y formalizadas posteriormente en la obra de Paul Baltes (Baltes & Shaie,

1991; Baltes, 2003) Establecen las siguientes características del Envejecimiento Cognitivo:

1. En la Vejez existe un potencial que se denomina capacidad de reserva evolutiva. Este potencial se asienta en la plasticidad cognitiva, principio clave de la estimulación cognitiva.
2. En el envejecimiento cognitivo se produce un deterioro de la mecánica de la mente.
3. Los conocimientos ligados a la pragmática cognitiva enriquecen la mente y pueden compensar las pérdidas en la mecánica cognitiva.
4. Existen múltiples procesos psíquicos de regulación y de compensación de pérdidas y ganancias.
5. En la vejez el “sí mismo” continúa siendo un poderoso sistema de afrontamiento y mantenimiento de la integridad.
6. El curso del envejecimiento cognitivo se caracteriza por la variabilidad interindividual e intraindividual.
7. Es necesario distinguir entre envejecimiento normal, óptimo y patológico.

Como se ha señalado, el patrón de envejecimiento cognitivo presenta una amplia heterogeneidad. (Yuni, Urbano, 2008)

Aunque el proceso orgánico de las personas no se puede frenar, se puede obtener siempre el máximo desempeño, y generar en toda edad, la capacidad de aprender habilidades nuevas y mantenerlas.

Estimulación Cognitiva en el Adulto Mayor.

Dentro de las habilidades que están en la base del desempeño autónomo y funcional, se encuentran los procesos cognitivos, que son aquellos procesos mentales involucrados en el procesamiento de la información, mediante los que se logra el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores.

La importancia de los procesos cognitivos radica en que permiten la realización de actividades cotidianas (como conversar, prepararnos una taza de café, manejar dinero) y de tareas más complejas (leer sobre un tema sobre el que tienen poco conocimiento, encontrar la mejor solución a un problema, aprender un instrumento musical).

Debido a cambios asociados al envejecimiento, se comprometen algunos procesos, los estudios referentes a este tema, han permitido determinar que las funciones cognitivas que se van comprometiendo al envejecer, se pueden fortalecer a través de la Estimulación Cognitiva. La estimulación cognitiva tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y llevar a cabo estrategias que permitan hacer más lento y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad.

Los programas de estimulación cognitiva organizan actividades de ejercitación o compensación de habilidades, bajo criterios de complejidad progresiva y funcionalidad. Son guiados por un especialista, quien actúa como mediador o facilitador del logro de las actividades, entregando estrategias que permitan a las personas paulatinamente y cada vez con mayor autonomía-realizar actividades de mayor complejidad.

La finalidad última de la Estimulación Cognitiva es favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de manera de impactar positivamente en su calidad de vida. (SENAMA,2013)

Todo aporte surge en torno a una necesidad y al cambio de actitud que presentan los adultos mayores de la sociedad actual que se deben considerar de acuerdo a la perspectiva del Adulto Mayor. (Domínguez, 1998)

Tomando en cuenta este principio, los cambios son:

- d) La adaptación del Adulto Mayor a los cambios que se producen en la vejez.
- d) La necesidad de experimentar en sentido de la eficacia en el dominio del funcionamiento cognitivo.
- d) El paso de la auto-frustración al auto-mejoramiento del funcionamiento cognitivo.
- d) La apertura de nuevos horizontes en la vida del adulto mayor que envejece.

De acuerdo con esto, los posibles cambios deben significar algo positivo a fin de procurar que se continúe implementando como opción de parte de quienes deseen mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor

Envejecimiento y Cambio Cognitivo.

Los comentarios o las quejas que manifiestan los mayores acerca de esta etapa de la vida, aluden a que uno de los aspectos más preocupantes o incómodo cuando se envejece son los cambios que se observan en el funcionamiento de los procesos cognitivos son: la capacidad de prestar atención, para recordar las cosas que se deben hacer o que ya se han hecho, para encontrar la palabra adecuada en lugar de sentir esa incómoda sensación de tenerla <en la punta de la lengua>, para seguir el hilo de una conversación o la trama de una novela, etc. (Pinazo, Sánchez,2006)

Actualmente se dibujan más claramente el por qué de tales cambios, y las referentes estrategias para cada una de ellas. (Ver Anexo 2) *Entrenamiento Cognitivo*.

Actualmente se cuenta con programas de estimulación cognitiva prácticos y breves que generan grandes diferencias de rendimiento en los adultos mayores, (ver anexo), son múltiples, y sin embargo no se aplican más que en el ámbito privado y público habiendo un deterioro debido a un accidente.

Sin ir más lejos, en los hospitales existen programas de estimulación cognitiva pero netamente cuando existe un accidente vascular o algún grado de demencia. Se ha demostrado como mencionan en investigaciones internacionales, que habiendo o no deterioro, esos programas son un fundamental apoyo hacia los adultos mayores valentes y no valentes, pero deben ser de mucho mayor acceso.

Valoración del Adulto Mayor con deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es una constelación de signos y síntomas que evidencian el compromiso del funcionamiento total del cerebro, tiene múltiples y sólo es posible diagnosticarlo en forma precisa y delinear las pautas de tratamiento a seguir, a través de una detallada anamnesis, un completo examen físico y un estrecho seguimiento del paciente.

En el deterioro cognoscitivo generalmente se presenta alteración de la memoria, especialmente a corto plazo o reciente, de la concentración, del juicio y del raciocinio. Hay alteraciones en la percepción y en la orientación espacio-temporal, en el aprendizaje y en el ciclo de sueño y vigilia. No son tan sobresalientes las alteraciones de la personalidad, inteligencia, destrezas, memoria a largo plazo y emociones.

A fin de facilitar la comprensión y valoración del deterioro cognoscitivo en los adultos mayores, se hace necesario precisar algunos términos:

1. **Síndrome demencial:** Es un síndrome clínico caracterizado por pérdida

de las funciones intelectuales, especialmente memoria y orientación, de suficiente severidad como pasa causar problemas en la vida diaria, que resulta de una enfermedad cerebral crónica (encefalopatía). Presenta un curso gradualmente progresivo, sin alteraciones de los estados de conciencia y vigilia y persiste por lo menos durante 6 meses.

2. **Delirium o síndrome confusional:** Es un trastorno de la función cognoscitiva, de tipo agudo o subagudo, de comienzo abrupto y duración relativamente breve, usualmente menor de un mes, fluctuante, con alteración de la atención, de los ciclos de sueño y vigilia, de la conducta psicomotora y disminución del estado de conciencia. El síndrome es causado por una alteración orgánica subyacente o factores medioambientales.
3. **Olvidos benignos de la senescencia:** Es la pérdida leve de la memoria, no progresiva y que no causa alteraciones de la vida diaria. Probablemente se encuentra dentro del espectro de cambios en la función cognoscitiva, relacionados con el envejecimiento.
4. **Pseudodemencia o demencia de la depresión:** Es un trastorno cognoscitivo similar al síndrome demencial, aunque menos global y severo, generalmente causado por depresión. Es del tipo reversible y asociado con notables alteraciones del afecto.
5. **Síndrome amnésico:** Es un deterioro de la memoria tanto a largo como a corto plazo, sin alteración de otras funciones cognoscitivas.
6. **Trastornos mentales funcionales:** Como su nombre lo indica, son trastornos de las funciones mentales superiores, sin alteraciones orgánicas. En este grupo se incluyen las psicosis, los trastornos del afecto como depresión, los trastornos paranoides, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad. Se caracterizan por ilusiones y alucinaciones y aparecen con mayor frecuencia a edades más tempranas.

Todas esas entidades producen deterioro cognoscitivo en el anciano y pueden ser agrupadas en tres grandes categorías:

1. *Desórdenes agudos*: generalmente asociados a factores orgánicos y mediambientales, como el delirium.
2. Deterioro de la función cognoscitiva que progresa en forma lenta, como las demencias y síndromes amnésicos.
3. Deterioro de la función cognoscitiva asociado a trastornos afectivos y psicosis.

Plasticidad Cognitiva.

Existía la convicción de que el cerebro del adulto mayor no tenía la capacidad de entrenarse. Los dos principios de base son el de Reserva Cerebral y el de Reserva Cognitiva. Aunque el primero corresponde a una cantidad pasiva (en relación a la cantidad de conexiones neuronales) el segundo corresponde a una función adaptativa, respecto de las necesidades de una persona. (Peironnet, 2011)

Procesos Cognitivos.

Se entiende por procesos cognitivos a aquellos procesos mentales que le permiten al hombre conocerse a sí mismo y conocer el medio ambiente que lo rodea. Los procesos mentales son internos, se desarrollan dentro del sujeto a nivel cerebral y su objetivo es conocer y comprender el mundo externo.

También son considerados como aquellas construcciones hipotéticas mediadoras entre el comportamiento del hombre y su ambiente; estos permiten

organizar e interpretar el mundo. Además, estos procesos son la base para los aprendizajes. (Santrock, J., 2001.)

Dentro de los procesos cognitivos se encuentran: la percepción, la Psicomotricidad, el lenguaje, la atención, la memoria y el razonamiento.

Programas de Estimulación Cognitiva.

Los programas de estimulación cognitiva se dirigen a todo tipo de personas, valentes y no valentes. Se establecieron inicialmente y como la teoría lo menciona para recuperar habilidades deterioradas o mejorar las ya adquiridas.

Las denominadas terapias no farmacológicas, en ocasiones también denominadas terapias blandas, dirigidas a las personas con deterioro cognitivo o demencia, son un claro ejemplo de la reorientación que están teniendo los objetivos de intervención en las personas en proceso de envejecimiento y del énfasis puesto en el aumento de la calidad de vida y del bienestar personal. (Martínez, 2002)

Características.

La Estimulación Cognitiva puede ser caracterizada destacando diferentes cuestiones de especial importancia en la conceptualización de este tipo de intervención.

a) El carácter terapéutico de la programación

Frente a otros tipos de actividades que buscan prioritariamente el entretenimiento de las personas y donde la improvisación predomina a la planificación, la Estimulación Cognitiva se sustenta en una base científica y

teórica y tiene un claro propósito terapéutico donde la programación individualizada se convierte en el eje principal de la planificación.

b) El carácter global e integral de la intervención.

La Estimulación Cognitiva se dirige a los diferentes niveles del individuo: funcional, cognitivo, psicoafectivo y relacional. El funcionamiento cognitivo en el ser humano no es independiente del resto de niveles, por lo que esta terapia debe incluir y tener en cuenta en su diseño las diferentes dimensiones del ser humano y la interacción continua que se produce entre ellas.

Por otro lado, las diferentes funciones cognitivas actúan como sistemas funcionales interrelacionados, entrando en juego distintas combinaciones y organizaciones de los procesos y subsistemas dependiendo de las tareas cognitivas a las que deba responder el sujeto en un momento determinado.

De esta manera, una tarea concreta programada en una sesión de psicoestimulación, suele actuar poniendo en marcha distintos sistemas, y llevando a cabo una estimulación más global al trascender a los componentes más específicos de las diferentes funciones cognitivas.

c) La programación individualizada.

En consonancia con lo previamente indicado, es imprescindible que la Estimulación Cognitiva se aplique según los principios de la individualización de la intervención. Para ello será imprescindible llevar a cabo una evaluación individualizada de cada persona, dirigida a establecer un diagnóstico neuropsicológico a la par que a detectar variables de índole diferente a la cognoscitiva pero de reconocida relevancia para el desarrollo del programa psicoestimulativo.

Dicha evaluación deberá comprender una evaluación neuropsicológica amplia, dirigida a conocer los procesos cognitivos preservados, los procesos perdidos, los procesos alterados así como el tipo y grado de alteración de estos últimos.

La evaluación neuropsicológica debe incluir, además de tests o baterías abreviadas necesarias para el seguimiento posterior, otras pruebas de exploración neuropsicológica basadas en un diseño idiográfico.

Asimismo, se deberá recoger información sobre las variables relativas a la persona con importancia para este tipo de intervención, entre las que cabe señalar: el nivel académico premórbido, los hábitos e intereses, la existencia de alteraciones de conducta o desajustes psicoafectivos, las habilidades para la relación social y variables de personalidad relevantes como pueda ser el grado de tolerancia a la frustración.

Esta evaluación permitirá la selección de tareas adaptadas a las características personales de cada participante, y posteriormente deberá realizarse un seguimiento periódico de la evolución de cada persona con el objeto de ir revisando y ajustando las actividades y tareas al grado de deterioro y evolución psicoafectiva.

d) El carácter especializado de la intervención.

La Estimulación Cognitiva o Psicoestimulación es una terapia especializada, y como tal es imprescindible que esté diseñada y supervisada por profesionales especializados en el campo de la neuropsicología.

Esto no significa la imposibilidad de delegar actuaciones en otros profesionales de atención directa más continuada como pueden ser educadores

o personal de enfermería. Las sesiones pueden ser conducidas en pequeños grupos, guiados por estos profesionales, siempre que exista una formación previa en los mismos y que la evaluación de los enfermos, el diseño de la programación y la supervisión de las actividades terapéuticas esté realizada por profesionales especializados en neuropsicología. (Martínez, 2002)

Direcciones de la Estimulación Cognitiva.

Actualmente en Chile, los programas de estimulación cognitiva se realizan en el ámbito privado, y en el público pero dentro de ciertos criterios, como por ejemplo accidentes vasculares o enfermedades degenerativas, dentro de otros. Se ningún modo se ha implementado como método preventivo o de apoyo hacia el adultos mayor Valente y no Valente, puesto que no se encuentra personal calificado para realizarlo, o evidentemente por un facto de costos. Cabe mencionar que estudiantes en práctica de carreras del área de la Salud imparten talleres sin costo a instituciones que trabajan con adultos mayores, aunque esporádicamente.

Los Programas de Estimulación Cognitiva

A continuación se exponen algunas recomendaciones de orden práctico, extraídas de la experiencia cotidiana, con el propósito de servir de orientación en el diseño de los grupos y sesiones.

a) Respecto a los monitores/as que dinamizan las sesiones.

- Como ya se ha apuntado, las sesiones deberán estar guiadas por monitores/as formados y supervisados por profesionales especializados en neuropsicología.
- Una paso aconsejable para el desarrollo de las sesiones es que exista un monitor/a para cada 5 personas con deterioro cognitivo moderado-severo, pudiendo elevarse esta proporción hasta 1 monitor/a por cada 10 personas con deterioro cognitivo leve.

b) Frecuencia y duración de las sesiones.

- La frecuencia de las sesiones puede ser variable, estimándose apropiada una periodicidad que vaya desde un mínimo de tres sesiones semanales hasta una frecuencia diaria.
- La duración de cada sesión suele oscilar entre los 30 y los 90 minutos para cada grupo, dependiendo tanto de la severidad del deterioro de los componentes del mismo, como del tipo de tareas que compongan la sesión.

c) Composición de los grupos.

- Es importante que en la medida de lo posible los grupos sean homogéneos en función del grado de deterioro cognitivo.
- Como orientación general en una misma sala no es aconsejable que se supere el número de 15 personas, siempre que se trabaje luego en subgrupos guiados por monitores/as según la ratio indicada anteriormente.
- Asimismo, la composición del grupo debe posibilitar el trabajo individual que demandan algunas de las tareas estimulativas.

- Finalmente es importante controlar la composición y dinámica del grupo, evitando que en el mismo se aliente un clima competitivo o descalificador de las personas que presentan dificultades o ritmos diferentes, aspecto que dependerá fundamentalmente de las estrategias dinamizadoras del monitor/a.

d) Estructura de las sesiones.

- La estructura de las sesiones puede ser muy variable. Variará, entre otros factores, en función de la frecuencia y de la duración de las mismas.
- Una posibilidad bastante utilizada es programar sesiones que mantengan una frecuencia diaria y cuya duración sea de alrededor de 60 minutos, dedicando monográficamente la sesión a una función cognitiva, iniciando y finalizando la sesión con actividades de orientación.
- Cuando la frecuencia de las sesiones no sea diaria, estructuras como la siguiente pueden resultar adecuadas: iniciar la sesión con tareas de orientación, seguir con tareas relacionadas con las diferentes funciones cognitivas (memoria/praxias/gnosias/f.ejecutiva) y finalizar con tareas de lenguaje. (Martínez, 2002)

Generalmente y en nuestro país la regla general es entregar programas de estimulación cognitiva a los profesionales de la salud, quienes los imparten a personas que han sufrido de algún accidente cardiovascular, o que se encuentren no valentes.

Los Talleres.

Dentro de las ventajas que reporta la estimulación cognitiva en los adultos mayores, cabe destacar que cada taller debe promover:

- Los programas pueden ser orientados a las características y necesidades particulares de las personas a las que se dirigen, lo que permite una intervención altamente personalizada.
- Al ser una instancia de estimulación guiada por un profesional, las habilidades no sólo se pueden preservar (como ocurre al ejercitarlas a través de la lectura o resolviendo juegos de ingenio o crucigramas), sino que se pueden aumentar y compensar.
- El impacto que tienen en la protección de las funciones cognitivas supera los que se derivan de una mayor edad, un menor nivel educacional o una ocupación laboral sin grandes exigencias intelectuales.
- Las habilidades que se ejercitan mantienen los niveles alcanzados luego de su intervención. De hecho, habilidades entrenadas en pocos meses se mantienen al menos por dos años.
- Las habilidades que se ejercitan son generalizadas a las actividades cotidianas, lo que favorece la autonomía y seguridad de las personas.
- Actúa como un factor protector frente al declive cognitivo propio de la edad y al resultante de patologías como el Deterioro Cognitivo Leve y la Enfermedad de Alzheimer.
- Disminuyen el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y de llegar a las etapas de mayor gravedad, posiblemente por retrasar sus manifestaciones clínicas. (Duarte, 2008)

A continuación en un cuadro explicativo por taller, se ejemplificarán los objetivos que se mantienen por cada área a mejorar o recuperar:

Taller	Objetivos
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas. • Ejercitar el lenguaje automático. • Optimizar la expresión verbal. • Mantener y estimular la comprensión verbal. • Potenciar la capacidad de repetición. • Favorecer la incitación y la fluidez verbal. • Ejercitar la mecánica de la lecto-escritura.
Capacidades Práxicas como prioritarias	<p>Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la producción de actos motores voluntarios. • Mantener la mecánica de la escritura como ejercicio de las praxias gráficas. • Favorecer las habilidades visuo-constructivas.
Capacidades Gnósicas como prioritarias	<p>Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el acceso al sistema léxico y semántico. • Trabajar el reconocimiento de los sonidos. • Maximizar las capacidades lingüísticas.
Memoria	<p>Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales. • Ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de los recuerdos lejanos. • Potenciar la orientación de la persona.
Cálculo	<p>Preservar el reconocimiento numérico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activar y promover la lectura de cifras y números. • Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas. • Favorecer la discriminación de cantidades. • Optimizar la discriminación de los números. • Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal

<p>Orientación Espacio-Temporal de la persona como prioritaria</p>	<p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible. • Mantener la orientación de la persona. • Activar la memoria personal o autobiográfica. <p>SECUNDARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercitar el lenguaje automático. • Optimizar los niveles de atención. • Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.
--	---

Ver anexo 1

Sistematización de los talleres.

Como se ha mencionado, es un tema que en el ejercicio mismo no se da como otros países pioneros lo han sistematizado. Existe gran debilidad por los profesionales que efectúan talleres sin fundamentación o sin filtro de a quiénes se realiza, a continuación se ejemplifica un paso a paso de la conformación y ejecución de un taller. (Realizado por autoras a fin de enriquecer el presente estudio monográfico)

1. Elaboración de un programa de Estimulación Cognitiva enfocado a Adultos Mayores de una comunidad definida.
2. Presentación del Proyecto a un municipio u hospital.
3. Delimitación de las sesiones, estipulando grados de autonomía de los asistentes a fin de crear igualdad de condiciones respecto del público elegido.

4. Realización del taller tomando en cuenta los tiempos de avances de cada uno de los integrantes, tomando en cuenta que a pesar de no lograr enterar las sesiones los Adultos Mayores deben aprehender los conocimientos o habilidades.
5. Retroalimentación junto a profesionales y participantes de los talleres.
6. Finalización del encuentro y entrega de resultados a municipio u hospital.

Todo lo mencionado anteriormente da por entendido que todo proyecto consta de objetivos y fundamentación teórica, además de evaluación de costos y garantías hacia los asistentes. Se debe obviar que cada uno de los monitores debe contar con las habilidades propuestas por el presente estudio a fin de garantizar un adecuado desarrollo del proceso.

VI. MARCO EMPÍRICO.

Investigaciones en Torno a la Estimulación Cognitiva en los Adultos Mayores.

Se ha descrito en el presente estudio monográfico la implicancia de estos programas y sus efectos en los adultos mayores a grandes rasgos, por tanto es importante mencionar algunas investigaciones actuales en países que la han aplicado y demostrado que efectivamente implica un cambio en las vidas de los A.M., sin embargo en Chile no existen estudios actuales, y aquellos que se han realizado no se encuentran publicados puesto que han sido realizados por estudios de postgrado, como el presente, y sus resultados no se encuentran disponibles. A pesar de la dificultad que existe de encontrar información actualizada en Chile, se conoce que se han realizado estudios, mayormente en patologías existentes, pero siguen siendo un avance, aunque no contemos con los datos, sustancia, y por ende un aporte a la Estimulación Cognitiva en los Adultos Mayores.

Investigaciones al Adulto mayor y los Procesos Cognitivos.

Las investigaciones recientes se basan en la promulgación de diversos programas e instituciones que defienden y promueven el envejecimiento activo que *Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)*, es “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.

En una investigación en realizada en Cuba en el año 2007, con pacientes adultos mayores con algún índice de deterioro cognitivo, (Ávila et al, 2007) se concluyó principalmente que:

- El mayor número de pacientes con deterioro cognitivo, para ambos sexos, estuvo en el grupo de edad de 75 a 79 años.
- En el estudio realizado predominó el sexo femenino.
- La primaria terminada fue el nivel de escolaridad que presentaron la mayoría de los casos.
- La memoria inmediata, la orientación, la atención y el cálculo y el lenguaje fueron las funciones cognitivas afectadas que predominaron.
- El mayor número de pacientes presentaron un deterioro cognitivo

En España en el año 2011 con una muestra de 234 personas con una media de edad de 69.92 ± 7.23 procedentes de ocho Centros de Mayores de diferentes núcleos urbanos de la comunidad autónoma gallega (España), distribuidas en grupo experimental ($n=185$) y grupo control ($n=49$). La disparidad de n entre los dos grupos se debe a que la investigación se realiza en contextos reales con grupos naturales. Los criterios de selección fueron: edad superior a 60 años, ausencia de deterioro cognitivo; inexistencia de problemas de movilidad y no institucionalización. (Rey, Canales, 2012)

Procedimiento:

Mediante un modelo cuasi-experimental se aplicó: “Memoria en Movimiento” al grupo experimental y se evaluaron los resultados en los dos grupos –control y experimental – antes y después del programa – cuatro meses del año 2008 –. El grupo control participaba en otros programas de actividad física ofertados por el propio Centro de Mayores– Tai-chi y Gimnasia –, los cuales no eran regulados por el propio grupo de investigación.

Resultados:

- Los resultados expuestos descubren mejoras cognitivas en el grupo experimental tras su participación en el programa “Memoria en Movimiento” y coinciden con otras investigaciones que señalan mejoras significativas en las mediciones de las funciones cognitivas tras la aplicación de programas de memoria.
- Tanto los programas anteriores como aquellos que son mixtos (entrenamiento cognitivo y entrenamiento físico) o programas integrados (entrenamiento cognitivo motriz) corroboraron los resultados de esta investigación y ratifican la importancia de estos programas específicos para la mejora de las funciones cognitivas.
- El programa “Memoria en Movimiento” consigue a través de 26 sesiones el desarrollo de la atención, la memoria y las funciones perceptivo-motrices de la conciencia corporal y de la estructuración espacial de las personas mayores a partir de tareas de carácter lúdico y social que requieren la implicación motriz de los participantes. (Rey, Canales, 2011)

Las preguntas que surgen en torno a estos resultados, es si, ciertamente, se puede trabajar con esta población a fin de disminuir la falta de autonomía. Otros países se dedican a investigar los resultados de programas de estimulación cognitiva, y la mayoría se centra en aquellos sujetos de más fácil acceso a ellos, como por ejemplo pacientes clínicos, sin embargo, la debilidad de dichos estudios es que no se comprueban o logran extrapolar a dimensiones más amplias, como la de adultos mayores pertenecientes a alguna casa de reposo, o más allá, personas que viven solas o con familiares.

En Portugal, publicado en una revista científica, se explica que, la estimulación cognitiva mejora el estado cognitivo por lo que se recomienda su

aplicación como un componente de atención a los ancianos en un contexto comunitario. Otros estudios deberían incluir muestras más grandes, así como el programa de mantenimiento y seguimiento con el fin de fortalecer y aclarar estos resultados. (Apóstolo et al, 2007).

En España, con una muestra de 38 personas, pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, que se sometieron a Estimulación Cognitiva con una modalidad grupal se arrojó que:

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es una entidad que ayuda a identificar a aquellos individuos que tienen mayor probabilidad de desarrollar una demencia. La estimulación cognitiva se ha planteado como un posible tratamiento, con la finalidad de mejorar su rendimiento cognitivo y retrasar así la evolución a demencia.

Procedimiento:

Se seleccionan 38 pacientes con diagnóstico de DCL para evaluar la eficiencia de un programa de estimulación cognitiva. Para ello, se realiza una evaluación pre y postintervención.

Resultados:

Tras la estimulación cognitiva, se observa una tendencia a la mejoría en casi todas las puntuaciones de los test. El análisis de los resultados mostró una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación del MMSE, Percentil del Test de los 7 minutos (así como en varios de sus subtest, como Memoria Libre, Fluidez Verbal y Test del Reloj) y Lista de Palabras de la *Wechsler Memory Scale-III* (WMS-III) (tanto en el recuerdo demorado como en el aprendizaje total). Se observó que la puntuación de aprendizaje de la Lista de Palabras de la WMSIII era capaz de predecir un mayor rendimiento tras la estimulación cognitiva. Por ello, la intervención cognitiva podría ser una actividad efectiva y

exenta de efectos adversos en el tratamiento de los pacientes con DCL.
(Llanero y otros, 2010)

VII. CONCLUSIONES.

- A pesar de que países desarrollados como Japón o España se percataron con anterioridad a la implicancia del envejecimiento de la población, se observa que la debilidad de Chile es no tomar en cuenta procesos externos que son similares como ejemplo a seguir.
- El envejecimiento de la población chilena ha sido repentino, según los mismos trascendentes en el tema.
- Los programas disponibles de estimulación cognitiva se han centrado en patologías presentes, que pudieron prevenirse con estimulación cognitiva.
- Los adultos mayores en Chile enfrentan una realidad adversa, en diversos aspectos, como no poder optar a mejorar su calidad de vida, que se plantea generalmente como pasiva y sin tomar en cuenta que tienen capacidades de aportar en cualquier medio en que se encuentren.
- Los programas de estimulación cognitiva no son necesariamente caros, y son sumamente necesarios.
- A raíz del presente estudio monográfico surgieron múltiples limitaciones de acceso a información práctica y actualizada en Chile. Se observan intentos del gobierno por actuar frente al envejecimiento de la población sugiriendo programas de estimulación cognitiva, pero existe pobreza en su aplicación.
- Se ha desprendido del presente estudio monográfico la duda acerca de los profesionales que existen capacitados o no, o que dispongan de conocimientos suficientes para aplicar Estimulación Cognitiva en Adultos Mayores, valentes y no valentes, por el hecho de que una gran limitación fue encontrar especialistas en Chile, que estuvieran disponibles.
- Se observó el interés de otros países y de organizaciones internacionales por mejorar la calidad de vida de A.M., observando empíricamente la estimulación cognitiva como una de las llaves para el proceso de envejecimiento de la población.

- Los A.M. en general no logran tener acceso a mejoras en su vida cotidiana, más que por terceros.
- Los Adultos mayores mantienen interés en opinar y ser parte del contexto social, sin embargo, no lo logran por si mismos cuando tienen dificultades físicas, y sus anhelos no son tomados en cuenta.
- A pesar de que se encuentra publicado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor la implicancia de la salud integral, además de la participación social y otros factores, no existe la adecuada implementación de establecimientos o de profesionales aptos para promover dichas estipulaciones.
- La revisión empírica de la presente investigación ha sido escueta, sin embargo sabemos que existen estudios, aunque no todos son publicados, puesto que en Chile las investigaciones han sido más bien como la presente, en postgrados realizados en otras universidades y no se encuentran a disposición de todos los interesados.
- En Chile faltan estudios actualizados acerca de los A.M., comparados con países desarrollados, cuyo ejemplo podría servir para investigar y eventualmente, aplicar.
- En todos los estudios encontrados, habiendo o no patología asociada, existe un notorio cambio cuando se interviene tempranamente.
- Desafortunadamente los estudios realizados no se encuentran publicados para un fácil acceso dentro de los profesionales de país.

VII. SUGERENCIAS.

- Se sugiere principalmente implementar programas de estimulación cognitiva para adultos mayores públicamente, y sin tener necesariamente que contar con alguna patología.
- Se podrían plantear programas a los familiares o cuidadores de adultos mayores quienes eviten un envejecimiento patológico.
- Las familias deberían contar con herramientas de apoyo hacia los adultos mayores dependientes a fin de fomentar su autonomía, porque esto permitiría, dentro de otras cosas, mayor inclusión.
- Bibliográficamente existe como limitación el acceso a información actualizada, más bien de la práctica en Chile, por lo que debería existir apoyo de parte de las universidades grandes cuyas facultades imparten una malla curricular que incluye inducción en estos temas, a fin de volverlos masivos.
- Los profesionales de salud debería ser calificados y perfeccionados en temáticas de estimulación cognitiva, y no netamente hacia aquellos A.M. no valentes, puesto que la calidad de vida de ellos se ve directamente beneficiada con estos procesos tempranamente.
- Se ha comprobado en otros países ya mencionados los beneficios de implantar programas de estimulación cognitiva, por lo que debería ser promovido tempranamente a los profesionales de la salud o de cualquier ámbito ligado a nuestros adultos mayores.
- La bibliografía chilena es escasa, y aquella que se encuentra orientada al tema es más bien genérica y poco práctica por lo que se sugiere para futuras investigaciones mayor praxis.
- Se sugiere capacitar a más profesionales en torno a la Gerontología ya que las falencias presentes son principalmente porque faltan líderes en el tema, bien formados que sepan como canalizar la información hacia el resto, y como aplicarla.
- A pesar de los cambios demográficos, y el aumento significativo de

adultos mayores, no existen medios de atención tan significantes como para la población nueva.

- Se ha demostrado que la estimulación cognitiva es una herramienta de mayor implicancia para los adultos mayores que como anteriormente se creía, por lo que se sugiere mayor estudio en torno a esta idea.
- Se sugieren congresos o seminarios en torno al tema, invitando a extranjeros que sean especialistas, puesto que en Chile no existe la posibilidad o el lugar donde especialicen en torno al tema de los Adultos Mayores.
- Se sugiere la formación adecuada de profesionales que incluyan la gerontología, puesto que son múltiples las carreras que en su desempeño se relacionan con adultos mayores y no cuentan con los adecuados conocimientos.
- Se sugiere la formación de Gerontólogos, cuya necesidad no parte solo de las cifras, sino que de parte de los mismo profesionales que no cuentan con todas la herramientas que necesitan para ayudar a nuestros Adultos Mayores.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Apóstolo, Cardoso, Apóstolo, João Luís Alves, Cardoso, Daniela Filipa Batista, Marta, Lilia Marisa Gonçalves Amaral, Inés de Oliveira Taciana, *Efecto de la Estimulación cognitiva en los Ancianos*, Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem; Dez2011, vol. 3, número 5, p193-201, 9p, 2 Cartas.
- Ávila Oliva, Marcia M.; Vázquez Morales, Edgar; Gutiérrez Mora, Mónica, *Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor*, Ciencias Holguín, vol. XIII, núm. 4, octubre diciembre, 2007, pp. 1-11, Instituto de Información Científica y Tecnológica Holguín, Cuba
- Bass, Caro y Chen, *Later Life Social Engagement and Health*. The Florida State University. ProQuest, 2008.
- Shaie. *Análisis de Calidad de Vida relacionada con la Salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España). Editorial Imsero, 2006.
- Beltrán Llera, Jesús. *Psicología de la Educación*, Editorial Boixareu, 1995.
- De Vega, Manuel. *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Editorial Alianza, 1998.

- Domínguez, Óscar. *Recordar es Vivir*. Editorial Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. 1998.
- Fuentes Sonia, “Evaluación y Estimulación del Aprendizaje Mediado”, 2000, Chile.
- Gómez, José Fernando y Curcio Carmen, *Valoración Integral de la Salud del Anciano*, Editorial Artes Gráficas Tizan, Primera edición, Manizales, Colombia, abril 2002.
- Hernández, Sampieri y Roberto (et-al). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw-Hill. Segunda edición, México 2000.
- Llanero y otros, *Resultados de la Estimulación Cognitiva Grupal*. Universidad de Madrid. 2010
- Martínez Vizcaíno, Vicente. Lozano Muñoz, Ana. *Calidad de Vida en Ancianos*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1998.
- Martínez Rodríguez, Teresa. *Estimulación Cognitiva, Guía y Material para la intervención*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales, 2002.
- Marcos Llanero Luque, Pedro Montejo Carrasco, Mercedes Montenegro Peña, Miguel Ángel Fernández Blázquez y José María Ruiz Sánchez de León. *Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar*. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. 2010.

- Peironnet, Mireiye. Prevenir el Alzheimer, Editorial Hispano Europea. 2011.
- Quirós, M. y cols., “Buscando alternativas. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar”, Dirección Seccional de Salud de Antioquía, Medellín, Colombia, septiembre 1995.
- Reed Shaffer, David. Psicología Del Desarrollo: Infancia Y Adolescencia, Cengage Learning Editores. 2007.
- Resultados Encuesta Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.
- Rey, Canales, Parálisis cerebral: acercamiento a la intervención multidisciplinar. FCA Formación Sanitaria, 2012
- Ruipérez Cantera, I y Llorante Domingo, P, “Los malos tratos”, capítulo 22 en *Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano. Fundamentos y Procedimientos*. Mc Grawhil-Interamericana de España, Madrid, 1996.
- Santrock John, “Psicología de la Educación, 2001, Edit. Mc Graw Hill, México.
- Stassen Berger, Kathleen Psicología del desarrollo: Adultez y Vejez Ed. Médica Panamericana, 2009.

- Sardinero Peña, Andrés. Estimulación Cognitiva para Adultos (Guía general). Gesfomedia, 2010.
- Santrock John, "Psicología de la Educación, 2001, Edit. Mc Graw Hill, México.
- Tárraga, Boada, eds. Volver a Empezar, Ejercicios Prácticos de Estimulación Cognitiva para enfermos de Alzheimer. Novartis, Barcelona.
- Yuni, Urbano. La Estimulación Cognitiva de Adultos Mayores desde la Perspectiva de la Ecología de la Vejez. 2008.

IX. WEBGRAFÍA.

1. Canales, Rey : <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/04.pdf>
2. Duarte,2008:<http://alimentacionantiestres.blogspot.com/2011/10/estimulacion-cognitiva-en-la-tercera.html>
3. Revista del Adulto Mayor, revisada por última vez en Enero de 2014. <http://www.viviendomejor.com.ar/CuidarALosQueCuidan/AreaInformativa/DeterioroCognitivo/2>
4. Tesis de Gerontología, Duarte, 2008, revisada por última vez, Enero de 2014.<http://magistergerontologiasocial.wordpress.com/2008/01/25/estimulacion-cognitiva-en-la-tercera-edad/>
5. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. <http://www.senama.cl/>

6. SENAMA, Envejecimiento Activo

<http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>

7. INE 2007

http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf

X. ANEXOS

ANEXO 1.

<p>Ejercicios de Estimulación Cognitiva Sugeridos, Autor: Fundación “La Caixa” Divididos en 2 capítulos, incluye las sesiones y soluciones.</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>1. Juegos de mesa Scrabble Tabú Ajedrez Damas Parchís Dominó Juegos de cartas Juegos de emparejamiento 2. El mundo de los pasatiempos Sudoku Sopa de letras ¿Cuántos hay? Crucigramas y autodefinidos Laberintos Buscar diferencias El juego de las «palabras maleta» El buscador de palabras Dichos y refranes Parrilla de cien Tangram Rueda matemática</p>	<p>El beneficio y el perjuicio del juego pueden estar separados por una frágil frontera si no se hace un uso adecuado de él. En sí mismo, el juego debe ser una diversión inofensiva que pueda contribuir a la ejercitación de las capacidades cognitivas, a la vez que potencie las relaciones familiares y sociales.</p> <p>Ahora bien, el juego <i>nunca</i> debe condicionar el resto de aspectos de una vida sana y activa.</p> <p>A veces, apostar algo de dinero en una partida puede favorecer una mayor implicación en la actividad. En pequeñas dosis y de manera controlada no tiene por qué ser perjudicial. A fin de cuentas, mucha gente rellena quinielas o bonolotos, mucha gente compra lotería, etc. y no se observa nada malo en ello. Del mismo modo, la visita a un bingo o a un casino puede ser una oportunidad para compartir una entretenida velada con amigos o conocidos, pero se torna en un arriesgado acto cuando está relacionada con una necesidad, con una acción casi compulsiva y, en cualquier caso, cuando relega a un segundo plano toda una vida personal, escapando a la voluntad de control de quien está implicado en una forma de juego patológico.</p> <p>El juego se considerará como una actividad saludable siempre que quien</p>

	<p>en él participe...</p> <ul style="list-style-type: none">- Dedique al juego unos momentos concretos de su vida cotidiana, sin descuidar nunca obligaciones u otros hábitos saludables.- En caso de apostar dinero en alguna ocasión, sea con conocimiento de la puntualidad del acto y, en cualquier caso, el gasto sea mínimo con respecto a su nivel de ingresos.- No tenga problemas en interrumpir la actividad siempre que las circunstancias así lo requieran o cuando sea necesario volver a rutinas cotidianas.- Perciba el juego como una posibilidad más del conjunto de actividades sociales, recreativas y, en definitiva, de estilo de vida saludable que existen, como las que se proponen en este material. <p>El juego se considerará como una actividad patológica y perniciosa, que debe ser interrumpida o sometida a consulta y/o tratamiento profesional, siempre que quien en él participe...</p> <ul style="list-style-type: none">- Experimente un intenso placer o una inusual satisfacción que le lleve a evadirse de cualquier problema que le afecte.- Llegue a desarrollar una dependencia emocional del juego que afecte de forma negativa a su vida personal, familiar y profesional y/o social.- Se muestre preocupado por el juego (reviviendo experiencias pasadas de juego, planificando constantemente la próxima partida o, si es el caso, pensando en la forma de conseguir dinero para seguir jugando).
--	--

	<ul style="list-style-type: none">-Se muestre intranquilo o irritable si no puede jugar o si intenta disminuir la frecuencia de juego.- Sacrifique obligaciones familiares, sociales u ocupacionales para poder jugar.- Llegue a mentir a familiares, amigos y demás para ocultar su grado de implicación en el juego.
--	--

ANEXO 2.

Fichas de ejemplo del Taller de Atención:

Los cuadernos del bloque de **Atención** se fundamentan en los modelos clínicos (Sohlberg & Mateer) y en otros modelos teóricos más actuales (Posner & Petersen) que especifican científicamente las bases psicológicas de un proceso cognitivo muy complejo, como es la atención. Además, los dos modelos instruyen sobre cuáles son los métodos y técnicas más eficaces para la rehabilitación.

Siguiendo ambos modelos, desarrollamos las actividades enfocadas a **mejorar y mantener la capacidad de concentración** y atención de la persona en todas sus modalidades: atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida; orientación espacial de la atención, nivel de alerta y atención ejecutiva.

Además, facilitamos al terapeuta un abanico de fichas con una alta **validez ecológica**, es decir, que simulan el funcionamiento de la atención en el ámbito cotidiano: buscar objetos en una habitación, buscar información en un ticket de compra, localizar una calle en un mapa, etc.

En todo caso, el experto terapeuta puede utilizar abiertamente las tareas y elegir entre el amplio repertorio de los cinco niveles de dificultad de esta colección, para ajustar así las características de la tarea al nivel atencional de la persona que recibe la intervención.

Puede complementar y ampliar el entrenamiento de la atención utilizando los bloques de **Funciones ejecutivas** y **Percepción** de esta misma colección.

En este cuaderno de ejemplo, encontrará a continuación solamente una muestra pequeña de las actividades que constituyen el amplio **Taller de Atención** de nuestra colección.



ANEXO 3.

Fichas de ejemplo del Taller de Funciones ejecutivas:

Con los cinco cuadernos del bloque de **Funciones ejecutivas** estimulamos el proceso intelectual más complejo y avanzado en el ser humano, el cual se relaciona estrechamente con las facultades cognitivas de razonamiento, control atencional y toma de decisiones.

Siguiendo los cuadernos de **Funciones ejecutivas** entrenamos las facetas más relevantes de este proceso como son: la planificación temporal de la propia conducta, la capacidad de secuenciar y organizar la información, la supresión de los datos irrelevantes, la comprensión del lenguaje abstracto y el razonamiento sobre la información visual. Incluimos un repertorio amplio de tareas de índole verbal y de índole visual dado que las funciones ejecutivas, más que trabajar con contenidos propios, lo que hacen es supervisar y someter a control al resto de procesos cognitivos (la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción, etc.)

Los distintos cuadernos de **Funciones ejecutivas** ordenados por nivel de dificultad han de ser utilizados con flexibilidad por el terapeuta, y constituyen un refuerzo excelente para el bloque de Atención de nuestra Colección, pues con ellos entrenamos y mantenemos la capacidad de concentración.

En este cuaderno de ejemplo, encontrará a continuación solamente una breve muestra de las actividades que constituyen el **Taller de Funciones Ejecutivas** de nuestra colección.



ANEXO 4.

Fichas de ejemplo del Taller de Memoria:

Los cuadernos del bloque de **Memoria** han sido desarrollados específicamente para entrenar y mejorar el rendimiento mnésico partiendo de los modelos de la neuropsicología cognitiva sobre los diferentes sistemas de memoria (por ejemplo, Schacter y Tulving; Squire) y teniendo en consideración los programas de intervención más consolidados para la rehabilitación de la memoria. En ellos, facilitamos las estrategias y técnicas efectivas que potencian el aprendizaje, mantenimiento y recuperación de la información y que consiguen preservar la capacidad de memoria de la persona durante más tiempo.

El repertorio de tareas es necesariamente amplio para reflejar la naturaleza multi-factorial de la memoria. Esto es, incluimos actividades para mejorar el recuerdo de información verbal, de la información visual, de los rostros, de historias y acontecimientos, de las localizaciones espaciales, de escenas visuales, de grupos de palabras y objetos, etc. Y todas las actividades se pueden encontrar en diferentes niveles de dificultad, desde un nivel inicial básico hasta el nivel cinco, con mayores exigencias de memorización.

El terapeuta puede desarrollar un programa adaptado al nivel de memoria de cada persona y seguir un entrenamiento progresivo desde el primer nivel de dificultad hasta el quinto nivel, pasando por todos los niveles intermedios.

En este cuaderno de ejemplo, encontrará seguidamente una muestra muy breve de las actividades que constituyen el extenso **Taller de Memoria** de nuestra Colección.



ANEXO 5.

Fichas de ejemplo del Taller de Percepción:

Con los cuadernos del bloque de **Percepción** estimulamos la capacidad de la persona para identificar los objetos del entorno. Mediante las actividades propuestas, podrá mejorar la habilidad para interpretar el significado de la información que recibe visualmente y detectar los objetos con mayor rapidez.

Trabjará el reconocimiento de las características más importantes de los estímulos visuales: la forma, el color, el tamaño, el contorno, la posición en el espacio, los detalles aislados, las líneas y los bordes.

Gracias a la amplia y cuidada selección de las imágenes y tareas que hemos desarrollado, podrá rehabilitar y preservar la capacidad gnósica visual. Además, puede desarrollar un programa adaptado a las capacidades de cada persona y seguir un entrenamiento progresivo desde el primer nivel de dificultad hasta el quinto nivel, pasando por todos los niveles intermedios.

En este cuaderno de ejemplo, le facilitamos sólo una muestra muy resumida de las actividades que constituyen el extenso **Taller de Percepción** de nuestra Colección.



ANEXO 6.

Fichas de ejemplo del Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción:

Nuestra colección incluye cinco cuadernos de **Lectoescritura y Visoconstrucción** para lograr así una estimulación cognitiva integral de la persona, que contempla los procesos intelectuales más relevantes.

Se han desarrollado para rehabilitar y entrenar diversas funciones y aspectos cognitivos, entre ellos: la capacidad práxica y visoconstructiva, la grafomotricidad junto con el control motor de la escritura, la mecánica de la lectura y el cálculo simple.

Los cinco cuadernos se ordenan según su nivel de dificultad y están específicamente adaptados a la población de referencia. En ellos encontrará ejercicios de dibujo de objetos con significado y sin significado, ejercicios de conteo, ejercicios con pautas de escritura y ejercicios para el entrenamiento de los procesos cognitivos implicados en la lectura.

En todo caso, el terapeuta podrá seleccionar las actividades entre los cinco niveles de dificultad de esta colección, para ajustar así la tarea a los requerimientos clínicos de la persona que recibe la intervención.

En este cuaderno de ejemplo, le proporcionamos sólo una muestra muy pequeña de las actividades que constituyen el extenso **Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción** de nuestra Colección.

