

“ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y TERAPIA DE REMINISCENCIA. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS: CLAVE PARA LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO”



Alumna: M.^a del Cristo Dóniz Rodríguez

Titulación: 4º Grado Trabajo Social

Asignatura: Trabajo Fin de Grado

Tutora: Asunción Cívicos Juárez

Curso académico: 2016/2017



"El cuerpo se me arruga, es inevitable, pero no el cerebro. Mantén tu cerebro ilusionado, activo, hazlo funcionar y nunca degenerará"

Rita Levi – Montalcini (22/04/1909)

Premio Nobel de Medicina

Índice

Resumen	1
Abstract	1
1.JUSTIFICACIÓN	3
1.1. Justificación personal	3
1.2. Justificación técnica	3
2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
2.1. Envejecimiento demográfico	4
2.2. Factores que repercuten en el aumento del envejecimiento: bajas tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida.....	6
2.3. Evolución del concepto de envejecimiento.....	10
2.4. Marcadores inmunológicos	13
2.5. Emociones y recuerdos	13
2.5.1. terapia de la reminiscencia	13
2.6. Deterioro cognitivo y Demencia	14
2.6.1. Técnica de la estimulación cognitiva	15
2.7. Envejecimiento activo	16
3.OBJETIVOS.....	17
4.METODOLOGÍA	17
5.RESULTADOS	19
6.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	36
Anexo 1. GDS, Reisberg (1982)	36
Anexo 2: Actividades del proyecto según grado de deterioro	37
2.1. Deterioro leve.....	38
2.2. DETERIORO moderado.....	41
2.3. Deterioro severo	44
Anexo 3: Instrumentos	46

RESUMEN

El envejecimiento demográfico a nivel mundial constituye uno de los principales fenómenos que cobra especial relevancia en nuestra sociedad actual. Este hecho ha provocado un cambio en la pirámide poblacional que desde comienzos del siglo XXI está marcada por el aumento de población mayor. Aún es más significativo el crecimiento de personas mayores de 80 años (envejecimiento del envejecimiento), edad a partir de la cual, aumenta el riesgo de sufrir o padecer algún tipo de demencia o deterioro cognitivo. El Alzheimer es un tipo de demencia neurodegenerativa, que comienza a manifestarse como deterioro cognitivo y es la más común entre los mayores.

Debido a esto, el presente documento es el resultado de una revisión bibliográfica exhaustiva de técnicas no farmacológicas, cuya última finalidad es demostrar los beneficios de dichas terapias por su contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Estas técnicas son la terapia de reminiscencia y la estimulación cognitiva.

La búsqueda bibliográfica se ha centrado en el periodo temporal de 1974-2017. En las diversas fuentes consultadas resaltan los beneficios y efectos positivos que produce la técnica de la reminiscencia y la estimulación cognitiva en este sector poblacional, siendo herramientas fundamentales para la prevención de enfermedades como la demencia y para la ralentización del deterioro cognitivo, ambas contribuyen al envejecimiento activo.

Palabras clave: demencia, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva, terapia de reminiscencia, persona mayor.

ABSTRACT

The demographic aging worldwide constitutes one of the principal phenomenon that receives special relevancy in our present society. This fact has caused a change in the population pyramid that from beginning of the 21th century is marked by the increase of aged population. Still there is more significant the growth of 80-year-old major persons (aging of the aging), age from which, it increases the risk of suffering some type of dementia or cognitive deterioration. The Alzheimer is a type of dementia, is a neurodegenerative disease, and is the most common between the aged persons, which one begins to demonstrate as cognitive deterioration.

Due to this, this document is the result of a bibliographical exhaustive review of non-pharmacological treatment which last purpose is to demonstrate the benefits of these treatments for his contribution in the improvement of the quality of life of the elderly people. These technologies are the therapy of reminiscence and the cognitive stimulation.

The bibliographical search has centered on the temporary period of 1974-2017. In the consulted sources, the benefits and positive effects that reminiscence and cognitive stimulation techniques have in this population are underlined. These techniques are essential instruments to prevent the diseases like dementia and the cognitive deterioration, influencing to the achievement of an active aging.

Keywords: dementia, cognitive deterioration, cognitive stimulation, therapy reminiscence, elderly.

1.JUSTIFICACIÓN

1.1. Justificación personal

Tras conocer la realidad del centro Socio-sanitario San Juan de la Rambla, institución donde he realizado mis prácticas de tercero y cuarto de carrera, se plantea la realización de dicha revisión bibliográfica, cuyo fin trata de corroborar que el aspecto emocional (recuerdos positivos) en combinación con una adecuada estimulación cognitiva influyen en la ralentización del proceso de deterioro cognitivo y en el estado de ánimo de los mayores (se muestran más activos, alegres, optimistas y felices). Esto repercute paralelamente en el bienestar de los mismos, consiguiendo beneficios positivos para alcanzar un envejecimiento saludable y exitoso.

1.2. Justificación técnica

El envejecimiento es uno de los temas que está cobrando, cada vez más, mayor importancia a nivel mundial. En palabras de Ortiz (2006) el aumento de personas mayores de 65 años con respecto al resto de la población. Es decir, el envejecimiento demográfico, es uno de los retos que afrontan las sociedades modernas desde hace mucho tiempo. En palabras de Malagón (2003):

“La población crece constantemente y lo hará durante todo el siglo XXI, esperándose que la población mundial complete la transición demográfica, lo que significa que deje de crecer hacia el año 2020. Pero dentro de ella, el número de ancianos es cada vez más importante”. (pp.36-37).

Debido al aumento de la esperanza de vida, se considera interesante trabajar el aspecto emocional (recuerdos positivos) y cognitivo para conseguir una mejor calidad de vida en los mayores, puesto que en el envejecimiento se producen una serie de cambios que conllevan a una declinación de las funciones fisiológicas, afectando a las áreas cognitivo-emocional (Mariana y Alba,2005). Siendo el deterioro cognitivo uno de los grandes problemas más comunes en la población mayor que da lugar a una pérdida de autonomía (IMSERSO,2005).

Para trabajar ambos aspectos, La American Psychiatric Association (APA) (citado en Tárraga,2003) sostiene la eficacia de las terapias no farmacológicas, como la estimulación cognitiva y los tratamientos psicosociales específicos que se destacan en su

Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad del Alzheimer y otras demencias del anciano. En esta misma línea, Carvallo, Arroyo, Portero y Ruíz (2012) añaden la terapia de la reminiscencia y la musicoterapia como otras técnicas no farmacológicas, considerándolas como instrumentos preventivos en aspectos cognitivos y emocionales. En este trabajo nos centraremos en la terapia de la reminiscencia y la técnica de la estimulación cognitiva.

2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Envejecimiento demográfico

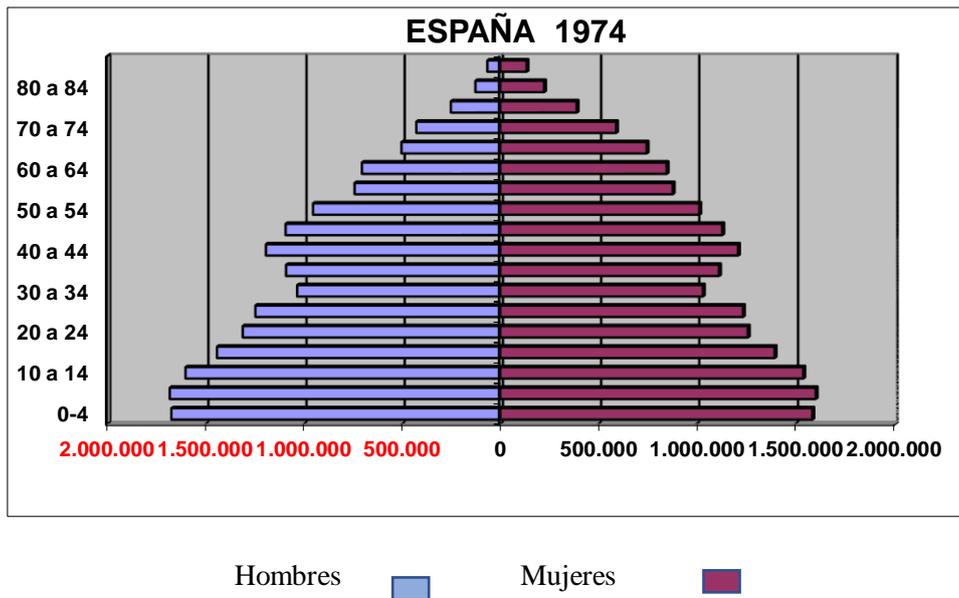
En las sociedades actuales el incremento de la población mayor ha alcanzado un notable protagonismo, convirtiéndose en un fenómeno de gran extensión a nivel internacional. Tal y como señala García (2003):

“La sociedad mundial está envejecida. La humanidad se enfrenta al mayor envejecimiento de la historia. Hemos pasado de muchos niños y pocos abuelos a pocos niños y muchos abuelos. El “mapa sociológico” ha cambiado en este principio de siglo”. (p.15).

El envejecimiento de la población implica un cambio en la estructura de edad de la misma, provocando una fuerte preocupación social, debido al miedo por la alteración de la pirámide poblacional. Este hecho, da lugar al fenómeno que Wallace (citado en Carrascosa, 2001), llama *como seísmo demográfico* o *envejecimiento demográfico*.

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (2014), España ocupa el cuarto puesto de países con mayor población envejecida, detrás de Alemania, Reino Unido e Italia. De acuerdo a los datos del Padrón Continuo del INE, a 1 de enero de 2015, en España había 8.573.985 personas mayores (65 y más años), representando, de esta forma, el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). De esta manera, el mismo organismo indica que la pirámide poblacional ha sufrido modificaciones sustanciales desde comienzo de siglo XX, en la cual, se puede observar (*ver gráfico 1*), cómo su estructura se ensancha por la parte inferior de la pirámide, siendo los jóvenes el grupo de edad más predominante, comprendidos entre los 15 y 19 años y los 20 y 24 años, acentuándose con la llegada del fenómeno *baby-boom*.

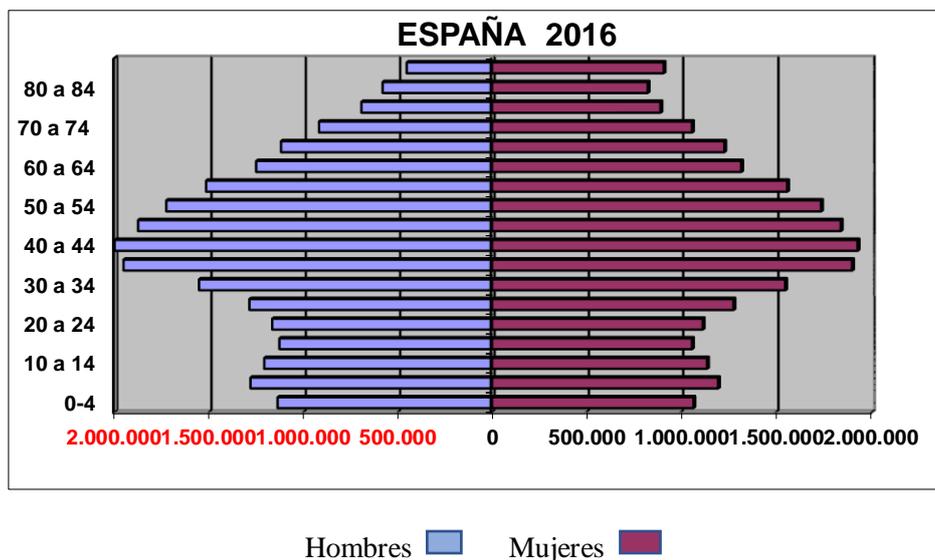
Gráfico 1. Pirámide de población, año 1974.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE 1974. Consulta enero 2017.

Un siglo después, marcado por una nueva etapa demográfica española, se produce una transformación en la estructura de la pirámide, visualizándose un crecimiento en la parte central y superior, correspondientes con los grupos de edades entre 65 y más años tal como se puede ver en el *gráfico 2*.

Gráfico 2. Pirámide de población, año 2016,



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE 2016. Consulta enero 2017.

Así pues, la preocupación por este hecho comienza a ser significativa en las sociedades desarrolladas a mediados del siglo XX, comprobando la certeza de las hipótesis que se sustentaban sobre el crecimiento de la población mayor desde los años cincuenta, cuando este sector poblacional representaba el 7% del total, hasta principios de este siglo, representando el 18'4% (Pérez,2006).

2.2. Factores que repercuten en el aumento del envejecimiento: bajas tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida

En relación a lo anterior, existen distintos factores que inciden directamente en la explicación de la aceleración de dicho proceso. Uno de ellos, se debe al descenso de la fecundidad que, según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, ha pasado de una media de 2,8 en 1975 a una media de 1,6 hijos en 2002 (Carrascosa, 2001).

En definitiva, la combinación de las bajas tasas de fecundidad y el descenso de la mortalidad es el resultado del surgimiento del envejecimiento en las sociedades.

Unido a esto, la Organización Mundial de la Salud (2012) sostiene que:

“Es un acontecimiento sin precedentes en la historia, puesto que, la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores, tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días, significando que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso bisabuelos, en especial sus bisabuelas”. (p.1).

Esta afirmación de la OMS lleva a destacar otro factor que se relaciona con dicho fenómeno, el aumento de la esperanza de vida, el cual se ha visto incrementado en España a lo largo de los últimos años. En la actualidad, las personas pueden alcanzar una media de esperanza de vida de 82,1 años. Sin embargo, es significativo hacer una distinción por sexo, resaltando el crecimiento de este factor en las mujeres españolas, logrando una esperanza de vida de 85,6 años, aspecto que la posiciona en la cabeza de la Unión Europea, sólo por detrás de Chipre y Francia (Abellán y Pujol,2016). Así pues, se observa la supremacía de la figura femenina sobre la masculina, situándose este último en los 80,1 años. Esto se debe a dos cuestiones fundamentales. Por un lado, a la exposición por parte de los varones a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, estrés en el trabajo etc.) (Abellán y Pujol,2016; García y

Martínez,1999). Y, por otro lado, al predominio femenino sobre todo a partir de los 65 años como se puede observar en la *tabla 1*, datos que refuerzan los planteamientos que han sostenido y sostienen De la Fuente (citado en Cívicos, 2012) y el Portal de Envejecimiento en Red del Csic (2016) sobre la feminización de la vejez.

Tabla 1. Población residente en España a 1 de enero de 2016, por sexo, categoría de edad.

	<u>Ambos sexos</u>	<u>Varones</u>	<u>Mujeres</u>
<i>Población Total</i>	46.445.828	22.809.420	23.636.408
<i>Población mayor (+65 años)</i>	8.699.897	3.752.713	4.947.184
<i>% Población mayor (+ 65 años)</i>	18,73%	8,07%	10,66%
<i>Población mayor (+65año) por categoría de edad:</i>			
<i>65-79 años</i>	5.907.991	2.723.282	3.184.709
<i>80-90 años</i>	2.428.334	928.721	1.499.613
<i>91-99 años</i>	347.108	96.954	250.154
<i>100 y más años</i>	16.464	3.756	12.708

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE (2016). Consultado en enero 2017.

Asimismo, en esta tabla se puede observar un crecimiento importante de la población octogenaria y nonagenaria que comprende a individuos entre 80 y 90 años (siendo mayor en las mujeres), y que, según datos proporcionados por el INE, representaba en el año 2016 un 5,22% de la población total española. A este hecho se le denomina el *envejecimiento del envejecimiento*, y la OMS (s.f.) estima que se cuadruplica a nivel mundial hasta alcanzar los 395 millones en 2050.

En esta misma línea, y, de acuerdo con las proyecciones de este mismo organismo, se estipula un crecimiento perpetuo de la población mayor, duplicando las cifras actuales (18,73%) en 2046, y ocupando aproximadamente un 33% del total, llegando a alcanzar los más de 15 millones de personas mayores (*ver tabla 2*). No obstante, en dichas proyecciones también se puede observar un descenso de este sector poblacional a partir de los años 2056 y 2066, representando en torno al 30% de la población total, cuya explicación se puede deber al declive de la fecundidad (ausencia de nacimientos) lo que

implicaría que, las personas que actualmente se sitúan en la franja de 65 y más años, morirán.

Tabla 2.- Evolución de la población mayor en España. Proyecciones INE 2016-2066.

	2016	2026	2036	2046	2056	2066
65-79 AÑOS	5.907.991	7.251.923	8.909.069	9.752.712	8.227.108	6.793.016
80-90 AÑOS	2.428.334	2.614.539	3.373.928	4.504.775	5.389.950	5.138.277
91-99 AÑOS	347.108	574.689	695.610	1.026.399	1.557.311	2.039.998
100 Y MÁS AÑOS	16.464	28.265	53.299	81.276	130.229	222.104
TOTAL, POBLACIÓN MAYOR (+65 AÑOS)	8.699.893	10.469.416	13.031.904	15.365.165	15.307.598	14.193.395
% POBLACIÓN MAYOR (+65 AÑOS)	18,73%	22,53%	28,06%	33,08%	32,95%	30,56%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de 2016 proporcionados por el INE. Consulta en enero 2017.

Por último, me parece importante resaltar que, en España, las CC. AA más envejecidas son Castilla y León, Asturias, Galicia, País Vasco, Andalucía, Aragón y Cantabria, alcanzando proporciones superiores al 20%. No obstante, Canarias, Murcia, Baleares, Ceuta y Melilla son las comunidades con tasas de envejecimiento más bajas, situándose por debajo del 16% como se puede observar en la *tabla 3* (INE,2016).

Tabla 3. Población por comunidades autónomas y grupo de edad, España enero 2016.

	65-79 AÑOS	80-89 AÑOS	90-99 AÑOS	100 Y MÁS AÑOS	TOTAL POBLACIÓN MAYOR(+65AÑOS)	TOTAL, POBLACIÓN	% TOTAL POBLACIÓN MAYOR (+65 AÑOS)
Andalucía	1.479.965	341.374	54.622	2.505	1.878.466	8.405.303	22%
Aragón	177.296	82.672	18.117	597	278.682	1.318.738	21,13%
Asturias	163.759	74.543	15.255	463	254020	1.041.026	24,40%
Baleares	125.509	40.957	8.040	291	174.773	1.135.633	15,38%
Canarias	240.667	73.434	11.994	805	326.900	2.135.722	15,30%
Cantabria	78.936	34.096	7.377	252	120.661	582.548	20,7%
Castilla y León	369.677	183.231	42.845	1.660	597.413	2.454.858	24,3%
Castilla-La Mancha	240.452	114.532	22.914	775	378.673	2.049.147	18,47%
Cataluña	934.251	367.400	76.357	2.363	1.380.371	7.408.853	18,63%
Comunitat Valenciana	660.806	225.968	42.306	1.552	930.632	4.934.032	18'84%
Extremadura	140.036	64.115	11.373	394	215.918	1.085.115	19,89%
Galicia	430.498	190.420	38.879	1.520	661.317	2.720.544	24,30%
Madrid	711.941	281.972	60.287	2.153	1.056.353	6.424.843	16,44%
Murcia	157.697	57.700	9.362	216	224.975	1.466.507	15,3%
Navarra	81.590	33.610	7.669	272	123.141	637.540	19,3%
País vasco	315.684	128.684	24.957	588	466.913	2.164.144	21,6%
La Rioja	34.946	18.345	4.113	101	57.505	312.815	18,4%

Ceuta	6.879	2.185	311	17	9.392	84.663	11%
Melilla	6.186	1.950	292	25	8.453	84.777	10%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de 2016 proporcionados por el INE. Consulta en enero 2017.

A nivel autonómico, de acuerdo con los datos proporcionados por el INE (2016) las islas con mayor tasa de envejecimiento son El Hierro, La Gomera, La Palma superando el 20% de la población total. La explicación de la presencia de este significativo porcentaje de personas mayores en estas islas, se debe a dos importantes cuestiones. Por un lado, al descenso de fecundidad, y, por otro lado, a la emigración de la población joven hacia otras islas por motivos laborales o estudiantiles. Por el contrario, las islas menos envejecidas son Fuerteventura representando un 9,9% de la población total y Lanzarote, alcanzando un 11,7% como se puede ver en el *gráfico 4*.

Tabla 4: Población mayor de 65 años por islas, 2016.

	65-79 años	80-84 años	85 y más años	% 65 y más años	Población Total
Gran Canaria	96.703	19.960	15.363	15,40%	855.572
Lanzarote	13.108	2.099	1.656	11,70%	143.369
Fuerteventura	8.932	1.212	998	9,90%	112.119
Tenerife	108.545	22.065	17.173	16,24%	909.532
La Palma	11.746	2.840	2.768	20,90%	83.025
El Hierro	1.571	444	416	22,63%	10.741
La Gomera	3.170	798	729	21,98%	21.364

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE en enero 2016. Consulta en 2017.

2.3. Evolución del concepto de envejecimiento

Una vez expuesto el fenómeno del envejecimiento es importante profundizar sobre algunas concepciones básicas del mismo.

En primer lugar, el concepto de envejecimiento o vejez puede derivar en distintos pensamientos, según los diversos paradigmas y dimensiones. Cívicos (2012) lo define

como “es una fase del proceso evolutivo del desarrollo del ser humano. Es un fenómeno multidimensional, biopsicosocial con importantes implicaciones e influencias socioculturales, políticas, económicas, ecológicas y medioambientales”. Asimismo, la investigadora y fisióloga De la Fuente (citado en Cívicos,2012) lo explica desde una dimensión fisiológica: “*la disminución progresiva y generalizada de la función del organismo con un estado de menor adaptación al cambio y una disminuida capacidad para restaurar la homeostasis, es decir, el equilibrio entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino*”.

Además, el concepto de envejecimiento se considera desde dos enfoques o paradigmas planteados por Edward (2001), como el “Paradigma Tradicional y el “Nuevo Paradigma”.

La definición propuesta por Hayflick (citado en Fernández,2011) sobre el envejecimiento se enfoca desde el primer paradigma, definiéndolo como “*la suma de cambios biológicos o pérdidas funcionales que incrementan la probabilidad de la muerte* (p.63)”. Fernández (2011) añade a esto, que el envejecimiento está ligado a la enfermedad. Estos planteamientos se apoyan en el “Paradigma Tradicional”, considerando a los mayores como una carga social por el aumento del coste social en pensiones y recursos sociosanitarios, de manera que los aíslan y apartan de la sociedad por múltiples prejuicios e imágenes inadecuadas, cargadas de estereotipos y falsas creencias (“dependencia”, “decrepitud”, “enfermedad”, “pérdida de capacidades y habilidades” etc.). Todo ello provoca sentimientos de exclusión y soledad y se asocia con la *Teoría de la Desvinculación o Desconexión social*, propuesta por Cumming y Henry (1961), Henry (1964) y Talmon (1963) (citado en Bazo y Maiztegui, 1998), quienes afirmaban que la desconexión de la persona con la sociedad y la actitud de rechazo hacia ésta, se ve como algo natural.

No obstante, desde el Nuevo Paradigma, se sostiene que la vejez o envejecimiento es una etapa más de la vida del ser humano, la cual, puede estar llena de posibilidades y oportunidades si se asume de forma positiva. Las personas mayores siguen aportando en positivo en todos los ámbitos y dimensiones de la vida del ser humano, haciendo hincapié en que el 70% -80% de los mayores son autónomos e independientes, y actualmente, se implican con mayor facilidad en la vida social y comunitaria realizando distintas actividades culturales o sociales (IMSERSO,2011). Estos planteamientos se ligan a la *Teoría de la Actividad o Envejecimiento Exitoso*, cuyos pioneros son, Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhammer (1949), Havighurst y Albrecht (1953), Havighurst, Neugarten

y Tobin (1968), y defienden que la capacidad de permanecer activo es una de las condiciones principales para afrontar y vivir con éxito el periodo post-laboral y el envejecimiento, encontrándose más satisfechas y mejor adaptadas. La actitud que predomina en esta teoría es la aceptación (Agulló,2001).

Frente a estos dos enfoques, surge una visión más integradora y holística del individuo, que va más allá de los planteamientos anteriormente comentados. Este enfoque se inspira en investigaciones realizadas por Ellen Langer (2010), De la Fuente (2007;2011;2012), Pia Barenys (1991;1993) y Teresa Bazo (1991;1992), en las cuales, se esbozan las grandes posibilidades y potencialidades de vivir esta etapa de la vida, abarcando las distintas dimensiones de su esencia y su existencia (Cívicos,2012).

Por otra parte, Bazo (1991) relata en su artículo “*La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos*”, que la vejez es una realidad dinámica, de rápido y constante cambio, en la cual aparecen contradicciones con respecto a la siguiente afirmación: “las personas ancianas son cada vez más viejas cronológicamente y más jóvenes culturalmente”. Esto se relaciona con la distinción que hace Mónica de la Fuente a través de sus investigaciones, recalando desde los años 80 que la edad cronológica no coincide con el reloj biológico del ser humano, y que éste, puede controlar su ritmo de envejecimiento (De la Fuente citado en Cívicos,2012).

En relación a esto, son varios los autores que abordan la distinción de la vejez, considerándose como resultado inevitable del proceso de envejecimiento del ser humano. En primer lugar, Moragas (1991:21-23) plantea la vejez cronológica como aquella edad que marca el calendario (ejemplo 65 años); la vejez funcional refiriéndose a la medición por niveles de funcionamiento, teniendo en cuenta tanto las áreas físicas y psicológicas y, por último, define la vejez como “etapa vital” como una fase positiva de desarrollo individual y social (Martín y Bravo,2013). Además, Chopra (2008) (citado en Cívicos, 2012) añade tres maneras de entender la edad de un individuo, la edad cronológica (misma definición que plantea Moragas), la edad biológica, entendida como aquella que depende de nuestro sistema inmunitario, y la edad psicológica, refiriéndose a aquella edad que sentimos.

2.4. Marcadores inmunológicos

Recuperando la idea anterior, De la Fuente (citado en Cívicos,2012) hace una distinción entre la edad cronológica y la biológica, siendo esta última, la más importante e influyente en el aumento de la longevidad de los mayores, fenómeno con bastante repercusión en nuestro país. Unido a esto, la misma autora, centra sus investigaciones en la búsqueda de marcadores inmunológicos del envejecimiento y relata que, para medir la edad biológica y la longevidad de los individuos, se deben tener en consideración distintos parámetros de función inmunológica y del estado de redox de los leucocitos, siendo éstos el mejor marcador de salud (células oxidativas), que dependen fundamentalmente de una dieta rica en antioxidantes. También afirma que no solo podemos quedarnos con un único marcador, ya que son muchos los factores que influyen en un mismo biomarcador o en el organismo como es la dieta, la actividad física, la personalidad y el aspecto emocional de la persona (Alonso y De la Fuente, 2008). El último factor se relaciona estrechamente con dicho trabajo, resaltando que la ayuda psicológica y el estado emocional de las personas contribuyen a disminuir el estrés oxidativo (Salomone, 2007).

2.5. Emociones y recuerdos

En el envejecimiento los estados emocionales ocupan el motivo más importante para mantener la satisfacción con la vida. De ahí la importancia de trabajar esta esfera emocional con este colectivo. Ligado a las emociones se encuentran los recuerdos que forman parte importante en la vida de las personas y sobre todo de los mayores. Por este motivo, se hace necesario romper con un mito que asocia el recuerdo del pasado como algo nocivo para los sujetos, en especial para los mayores, puesto que, gracias a los recuerdos, los individuos mantienen su propia identidad personal y reafirman tanto la confianza como la seguridad para hacer frente a cambios relacionados con el envejecimiento (Navarro, 2016).

2.5.1. TERAPIA DE LA REMINISCENCIA

La terapia de la reminiscencia es la técnica más utilizada para evocar los recuerdos positivos de los mayores. Fue planteada por Latorre et. al.; (2003) en sus investigaciones, como una estrategia de intervención, a través de la cual, se pretenden promover y entrenar los recuerdos autobiográficos de tipo específico y de carácter positivo. Éstos, son

planteados por Williams y Dritschel (1992) como aquellos recuerdos que se refieren a momentos concretos que se dan en un momento y periodo determinado (ej. un examen). La incapacidad de recuperar los mismos, en las situaciones en las que se necesitan, es lo que estos autores denominan la sobregeneralización del recuerdo. Asimismo, Navarro (2016) propone una definición más concreta de esta técnica, “técnica que favorece la evocación de recuerdos y sucesos del pasado de la persona conectándolos con el presente, y estimula la expresión de vivencias pasadas, así como la capacidad de auto-reconocimiento” (p.6). En definitiva, se trata de que el sujeto experimente emociones vinculadas a los recuerdos, y que estos resulten gratificantes para las personas. En otras palabras, se basa en el esfuerzo intencionado para la recuperación de recuerdos autobiográficos, influyendo en la mejora de la memoria y de los estados de ánimo (Navarro,2016).

De acuerdo con Navarro (2016) algunos de los beneficios que se obtienen con esta técnica son los siguientes:

- Incrementa la sensación de bienestar
- Aumenta la autoestima
- Supera las emociones negativas
- Aumenta las relaciones interpersonales
- Reduce la sintomatología depresiva
- Reduce conductas problemáticas
- Ralentiza el deterioro cognitivo

El último de los beneficios de dicha técnica está relacionado estrechamente con el otro pilar fundamental de este trabajo, el deterioro cognitivo, que como se mencionó con anterioridad, conforma uno de los problemas más comunes ligados al envejecimiento que padecen algunas personas mayores (El Instituto de Mayores y Servicios Sociales,2005).

2.6. Deterioro cognitivo y Demencia.

Así pues, el deterioro cognitivo es definido por Delgado y Delsler (citado en IMSERSO,2005) como “*un descenso del rendimiento cognitivo de la persona desde un nivel previamente normal (o un retraso mental estacionario) más allá de lo atribuible al declinar de la edad o a otros factores funcionales*” (p.12). A esta definición, Peña (citado en IMSERSO,2005) añade que el deterioro puede ser de dos tipos, por un lado, focal,

refiriéndose a aquel deterioro que afecta a una operación mental aislada o a un conjunto de ellas que se relacionan; y, por otro lado, difuso, aquel que afecta a una extensa gama de capacidades mentales. En los primeros, aparece la afasia, apraxia, agnosia o función ejecutiva, y en los segundos, las alteraciones de la memoria, del juicio y del razonamiento abstracto. Asimismo, la demencia que se relaciona con el deterioro cognitivo es descrita por Boada (2003) como un problema de salud que afecta al cerebro, y que, de forma progresiva y crónica provoca una disminución global de las funciones cognitivas (corticales y subcorticales), e incapacita funcionalmente a la persona. La enfermedad del Alzheimer es la forma más habitual de demencia, que comienza a presentarse en mayores de 65 y más años, siendo los 80 la edad más frecuente para padecerla. Se considera una enfermedad neurodegenerativa, crónica e irreversible, cuyo origen no se asigna a una única causa, sino que en ella influyen distintos factores (Boada,2003).

Tal y como señala Tárrega (2003): *“punto de partida con base científica en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias, y especialmente la estimulación cognitiva, es la capacidad plástica del cerebro conocida como neuroplasticidad”* (p.22). Esta es definida por Geschwind (citado en Tárrega,2003) como *“la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión”* (p.22).

De ahí radica la importancia de trabajar con técnicas no farmacológicas en el proceso de envejecimiento y sobre todo con mayores que presentan demencias, ya que éstas son un conjunto de acciones orientadas a la estimulación cognitiva, mejorando la afectividad y potenciando la autonomía, incidiendo, por tanto, en el incremento de la calidad de vida.

2.6.1. TÉCNICA DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Aparte de la técnica no farmacológica comentada con anterioridad, la terapia de la reminiscencia se encuentra la estimulación cognitiva, siendo ambas las más utilizadas con personas mayores (Carvallo, Arroyo, Portero y Ruíz,2012). Esta última es definida por García, Martínez, Rodríguez y Rascón (2002), como:

“Conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo, estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados [...] Esta se dirige de un modo más específico a mejorar el funcionamiento

cognitivo de las personas con deterioro cognitivo o demencia, potenciando las capacidades y habilidades cognitivas.” (p.14).

Como bien se refleja en esta definición, esta técnica trata de reforzar y/o mantener las distintas áreas y capacidades cognitivas de las personas a través de las diversas actividades que abordan el trabajo de las áreas. Para que la técnica sea efectiva, cada actividad se adaptará al nivel o estadio de deterioro de la persona mayor.

Ambas técnicas comentadas con anterioridad (terapia de la reminiscencia y estimulación cognitiva) inciden en mejorar de forma global la vida de las personas, favoreciendo un envejecimiento activo.

2.7. Envejecimiento activo

Ligado con lo anterior, el envejecimiento activo es definido por la OMS (citado en Regato, 2002) como un *“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”* (p.78). Dicho concepto fue adoptado por esta institución a finales de los noventa para referirse al envejecimiento saludable y cuyo objetivo es conseguir la calidad de vida y productividad en la población mayor. Asimismo, sostiene que no solamente es importante estar activo físicamente sino también emocional y socialmente y para conseguirlo es imprescindible participar en actividades educativas, sociales, culturales, recreativas etc. (Regato,2001). A esto, el IMSERSO (2011) añade que con el envejecimiento activo las personas mayores tienen la posibilidad de mejorar y cambiar las formas de relacionarse, desempeñando roles activos y auto determinados en la sociedad.

Regato (2001) establece que el envejecimiento activo es un enfoque que *“está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización”* (p.6). Asimismo, la OMS (2002) establece que los tres pilares fundamentales que contribuyen a un envejecimiento con éxito son la salud, la seguridad y la participación.

3.OBJETIVOS

- Conocer investigaciones relacionadas con el papel que ejercen las emociones-recuerdos en las personas mayores.
- Indagar en proyectos y estudios sobre la estimulación cognitiva y su relación con las emociones en los mayores.
- Investigar técnicas no farmacológicas que aborden el aspecto emocional y cognitivo en las personas mayores.
- Averiguar los beneficios de las técnicas no farmacológicas que repercuten en un envejecimiento activo para los mayores.

4.METODOLOGÍA

El proceso metodológico a seguir en este trabajo ha resultado un poco complicado debido a la escasa información sobre el asunto a tratar.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica con la utilización del Punto Q de la Universidad de La Laguna, siendo un portal de acceso a los recursos electrónicos y en formato papel disponibles en dicha universidad. En esta búsqueda se han analizado un total de siete libros: en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación se ha consultado el libro *Trabajo Social en Gerontología* de Manuel A. Martín García y *La práctica del trabajo social con las personas mayores* de Marion L. y Don A. Miller; en la biblioteca situada en la Facultad de Educación, el libro *Emociónate. Programa de educación emocional* de Soldevila Benet, y, en la biblioteca central del Campus de Guajara, se consultaron los libros de Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional de Teresa Bazo y *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer* de Pérez-Ortiz. Además. Por otra parte, la tutora de este Trabajo de Fin de Grado me ha proporcionado el libro titulado *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo leve* del IMSERSO, y “*Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*” de la Fundació ACE. Institut Catalá de Neurociències Aplicades.

En segundo lugar, se realizó una búsqueda extensiva a través del buscador *Google Academy*, con la utilización de los booleanos “AND” Y “OR” en ítems como: personas mayores AND emociones, personas mayores AND recuerdos, personas mayores AND estimulación cognitiva, Trabajo Social AND personas mayores, Gerontological AND Social Work, envejecimiento AND emociones, emociones AND recuerdos positivos en personas mayores, Trabajo Social OR Gerontología, emociones OR demencia, estimulación cognitiva OR demencia, personas mayores OR alzheimer.

En tercer lugar, se consultaron diversas páginas webs oficiales como La Organización Mundial de la Salud (OMS), El Instituto Nacional de Estadística (INE), El Instituto Canario de Estadística (ISTAC), El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Psicode, El Portal de Envejecimiento en Red del Csic. También se examinaron dos bases de datos *Dialnet* y *Scielo*, donde se obtuvieron numerosas revistas electrónicas como: Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Revista Española Geriatria -Gerontológica, Revista Iberoamericana de Educacion, Revista Clínica,médica y familiar, Revista de Ciències Socials Aplicades, Revista de Trabajo Social y Acción Social y Revista TS nova: trabajo social y servicios sociales,Neurología, entre otras.

Entre todas estas fuentes se obtuvieron más de 7.583 resultados, de los cuales, se seleccionaron alrededor de 55 fuentes correspondientes a las áreas de Trabajo Social, Psicología,Neurología y Gerontología. De ellas, se eligieron 22 artículos, dos de ellos en inglés, encontrados en las revistas electrónicas comentadas anteriormente, los 7 libros mencionados precedentemente y un total de 26 fuentes de páginas webs oficiales (OMS, ISTAC,IMSERSO,INE...). El periodo temporal de la búsqueda abarca desde el año 1974 hasta el año 2017.

Tras la selección de las distintas fuentes, posteriormente se procedió a una revisión y análisis exhaustivo del contenido de las mismas sobre el asunto a tratar.

5.RESULTADOS

Varios son los resultados hallados respecto a los estudios, investigaciones y proyectos que abordan los recuerdos y la estimulación cognitiva.

A pesar de que el aspecto emocional en el ámbito de la Gerontología apenas comienza a cobrar fuerza, existen autores que aportan planteamientos valiosos desde principios de siglo XX acerca de la importancia del trabajo emocional en la población mayor.

Ekman (1992,2003) es considerado el autor más significativo en cuanto a los estudios hallados sobre las emociones, afirmando que determinadas emociones implican una gran importancia para lograr una mejor adaptación al entorno. Dicho autor hace hincapié en la diferencia entre emoción positiva y negativa; la primera representa la forma relativamente estable de concebir la vida de forma positiva; mientras que la segunda, expresa sentimientos desagradables como la tristeza, miedo, asco e ira.

Los primeros en ahondar sobre la efectividad del estado emocional fueron Richman, Kubzansky, Maselko et al (2005), que señalaron que un correcto estado emocional es de gran importancia para la mejora de la calidad de vida, siendo un elemento preventivo de dificultades psicológicas, médicas etc. que puedan suceder a lo largo de la vida. Navarro, Bueno y Buz (2013) realizaron un estudio que corroboró las hipótesis que planteaban Isaacowitz y Smith en el año 2003 y Lyubomirsky, King y Diener en el 2005, sobre la importancia de las emociones tanto negativas como positivas y su repercusión en la vida de las personas mayores, resaltando las primeras como las más frecuentes e influyentes.

Dicho estudio se realizó a 400 personas mayores con edades comprendidas entre los 75 y los 104 años en Salamanca, donde se extrajo una diferencia sustancial en cuanto a edad y género; con respecto a la primera, los mayores entre 75 y 84 años afirmaron que se sentían más activos, entusiasmados e inspirados que el resto, con relación a la segunda diferencia, las mujeres muy mayores relataron sentirse inquietas, nerviosas y asustadas. A pesar de esta diferencia, los resultados hallados en el estudio manifestaron la relevancia de las emociones positivas en las personas mayores, siendo las más frecuentes, estar alegres, activos, fuertes y las menos frecuentes, estar inspirado o entusiasmado. Estos mismos autores destacan que las emociones positivas son útiles para prevenir enfermedades, reducir la intensidad y duración, para alcanzar un bienestar personal y una satisfacción con la vida (Navarro, Bueno y Buz ,2013). Unido a esto, la *Fundación María Wolff* ha desarrollado una técnica no farmacológica alternativa, “La Terapia de Estimulación

Emocional”, la cual, se dirige a personas mayores con deterioros cognitivos y demencias leves-moderadas, que a través de la estimulación de sentimientos y emociones positivas (amor, alegría, optimismo, ternura) evoca sentimientos y emociones olvidadas reequilibrando la emotividad de las mismas. Dicha técnica fue implantada hace poco más de un año por la psicóloga Nuria Muñoz, en el Centro Residencial Albertia Moratalaz, ya que forma parte del Proyecto Internacional de Terapias No Farmacológicas liderado por el Dr. Javier Olazarán, neurólogo del HGM. Algunos de los beneficios más relevantes de esta técnica es la mejora de la comunicación verbal y no verbal, mejora de la atención, atenúan los estados depresivos, mejora el estado de ánimo de los/las usuarios/as, mejora del nivel cognitivo e incrementa el bienestar físico, social y mental de los residentes (Ruiz, 2017).

Por otro lado, emociones y recuerdos son aspectos que se relacionan estrechamente, considerando a los últimos, como recursos potenciales para la resiliencia psicológica en la vejez y herramientas fundamentales para conseguir un envejecimiento saludable (Pochintesta, 2010).

Aunque los estudios realizados por Davis, Trussel y Klebe (2001) (citado en Simón, Ruíz y Suengas,2009) indican la probabilidad de que el rescate de información pasada (memoria autobiográfica) de una persona mayor, genere un esfuerzo cognitivo debido a problemas de salud, los trabajos ejecutados por Mather y Cartensen (2005) (citado en Simón, Ruíz y Suengas,2009) afirman que la evocación de recuerdos positivos reduce, por un lado, las emociones negativas, y, por otro lado, aumenta la presencia de las positivas. Martínez y Avia apoyan esto último, ya que en el año 2009 ejecutaron un proyecto “¿Ser feliz en la vejez?”, donde mostraron que la emoción no disminuye con la edad, sino que puede ser beneficiosa en el proceso de envejecimiento a través del recuerdo de experiencias positivas. Este proyecto se orientó hacia la mejora del bienestar psicológico de personas mayores que vivían en residencias, mediante la evocación de recuerdos. De esta manera, la activación de los recuerdos positivos generaba un estado de ánimo positivo en los pacientes, contribuyendo a una mejora del bienestar físico, psíquico y social (Martínez y Avia, 2009).

En esta misma línea, Davis (2004), Serrano, Latorre y Montañés (2005) y Bohlmeijer, Roemer, Cujipers y Smit (2007) (citado en Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015) fueron los primeros en proponer dos técnicas esenciales para la evocación de recuerdos, la reminiscencia y la revisión de vida, afirmando los beneficios que ambas sustentan,

detectando, por un lado, la disminución en los síntomas depresivos en los mayores, y, por otro lado, la repercusión que tienen en el aumento de la satisfacción con la vida y en la recuperación de recuerdos específicos. En consonancia, Res, Williams y Hermans (citado en Ortega, Ramírez y Chamorro, 2015), además de corroborar los beneficios comentados con anterioridad, añaden en sus investigaciones que estos beneficios ejercen como factor protector de la depresión y producen una satisfacción con la vida.

A todo ello, Márquez (2008) añade que el estado emocional de las personas sustenta una estrecha relación con la salud física y mental, ya que se encuentra en una interacción continua con los procesos cognitivos. No obstante, fue Piaget (1977) el primero en resaltar la conexión existente entre aspectos cognitivos y emocionales (Bentosela y Mustaca, 2005). Pero en 1991, Labouvie Vief y Devoe hablaron sobre dichos aspectos, afirmando en su enfoque neo-piagetiano del desarrollo que, *“las emociones intervienen en el desempeño cognitivo, posibilitando soluciones mucho más eficaces en los problemas de la vida cotidiana”* (p.13). A partir de estos momentos, se empieza a indagar en la importancia de la elaboración de herramientas para potenciar el área cognitiva de los mayores. Uno de los trabajos que mejor muestra este aspecto son los proyectos de estimulación cognitiva que han demostrado su eficacia en la conservación del funcionamiento cognitivo en los mayores, llevando a una mejora de la calidad de vida (Pochintesta, 2010).

Desde 1990, los talleres de estimulación cognitiva forman parte del Programa de Psicoestimulación Integral que se desarrollan en el Centro de Día Terapéutico: Alzheimer Centre Educational en Barcelona donde semanalmente participan alrededor de 90 usuarios/as. Estos talleres se clasifican en ocho niveles de dificultad atendiendo al estadio de deterioro (según la clasificación propuesta por Reisberg (1982) en la Global Deterioration Scale de Reisberg (*ver anexo 1*), el grado de escolaridad y de aceptación, tipo de respuesta y la conservación del lenguaje que presenta cada paciente. Todos los talleres y actividades tienen una finalidad común: mantener y/o recuperar las funciones cognitivas y mentales (Boada, 2003).

En el año 2000, Anna Puig Alemán realizó un estudio cuasi experimental en 24 pacientes adultos mayores de 65 años en la residencia geriátrica Puig d' en Roca de Girona, cuyo objetivo era comprobar la eficacia del Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP) para preservar las funciones cognitivas de dichos pacientes. Para la realización del programa se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo y dividió a los participantes

en dos grupos, un grupo control (GC) y uno experimental (GE), aplicándose a este último el PPP al GE durante 54 sesiones de 45 minutos de duración, con una frecuencia de 2 veces por semana. Los resultados obtenidos revelaron la eficacia del programa, resaltando la mejora de los/las mayores en las áreas cognitivas y la ralentización del deterioro cognitivo (Garamendi, Delgado y Amaya,2010). Poco después, en la Universidad Autónoma de Madrid se llevó una investigación por la Fundació ACE. Institut Catalá de Neurociències Aplicades, que abordaban los efectos de la estimulación cognitiva y la capacidad de aprendizaje en personas mayores sanas, con deterioro cognitivo leve y enfermos de Alzheimer. Los resultados de esta investigación pusieron de manifiesto una mejora de las capacidades de aprendizajes en los tres grupos anteriormente mencionados, siendo menos efectivos en el último grupo, reafirmando la necesidad de utilizar esta estrategia al inicio de la enfermedad. Esta necesidad, también se vio reforzada por lo dicho en el artículo *Einstein Aging Study* publicado en la revista *New England Journal of Medicine* en el año 2003, en el que se afirma que es conveniente la utilización de actividades cognitivas (tales como, leer, escribir, participar en grupos de discusión, jugar a juegos de mesa, hacer puzzles y crucigramas) puesto que, además de asociarse con un bajo riesgo de padecer demencia, es ventajoso utilizarlas desde el inicio de la misma, teniendo más efectos positivos que en etapas avanzadas de la enfermedad (Boada,2003).

Asimismo, en este mismo año, Tárraga et al. (2003) realizaron un cuaderno sobre estimulación cognitiva, *Cuaderno de Repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Este cuaderno no se dirige exclusivamente a enfermos de Alzheimer en fase moderada, sino que recoge distintas actividades de acuerdo a los distintos niveles de deterioro cognitivo. Entre los objetivos que persigue este cuaderno se encuentran, la ralentización del proceso de deterioro cognitivo, la mejora del estado funcional de la persona para que le permita vivir de manera autónoma, la restauración de las habilidades cognitivas partiendo de las funciones conservadas y la promoción de la actividad (Tárraga et al.,2003).

En el año 2012, Carballo, Arroyo, Portero y Ruiz, realizaron un estudio sobre la eficacia de un programa de técnicas no farmacológicas en el envejecimiento. La muestra representó un total de 217 usuarios/as mayores de 64 años con y sin deterioro cognitivo, cuyos resultados revelaron que la realización de dichas técnicas produce efectos positivos en ambos grupos, siendo más eficientes en la muestra con deterioro cognitivo. Un año después, los mismos autores llevaron a cabo otro estudio sobre el entrenamiento de la

memoria en acianos, donde participaron 98 mayores que presentaban o no deterioro cognitivo, realizándose en 14 sesiones. Los resultados también fueron positivos, se apreció una mejora del rendimiento cognitivo después del entrenamiento (Carballo, et al., 2012: Álvaro,2016).

Aunque, hasta el momento, el estudio de las emociones y la estimulación cognitiva han sido detalladas por separado, debido a la escasez de investigaciones sobre la combinación del trabajo con ambos aspectos en el campo de la Gerontología, existen algunos programas y proyectos que acentúan la importancia del trabajo con los mismos. En 2009 se realizó un programa por Soldevila, “*Emociónate*”, en el cual se proporcionan las herramientas necesarias y adecuadas para paliar los efectos del envejecimiento a través del trabajo con las emociones y los beneficios que estas pueden otorgar en relación a la estimulación cognitiva. Otro ejemplo es el PECE-PM, programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores, el cual combina técnicas de estimulación cognitiva con la intervención y estimulación sobre aspectos relacionados con la inteligencia emocional. Este proyecto tiene una doble finalidad, por un lado, trata de elaborar estrategias para el manejo de las emociones y por otro, trabaja en la mejora del rendimiento de los mayores (Pérez, Molero, Gázquez y Soler,2014).

En consonancia con esto, se ha realizado un proyecto de estimulación cognitiva, combinándolo con técnicas para evocar recuerdos. Este proyecto se ha realizado en el campo de prácticas por dos alumnas de cuarto de carrera en el grado de Trabajo Social durante septiembre de 2016 a enero de 2017 con los usuarios/as del Centro Socio-sanitario San Juan de la Rambla. El proyecto estaba orientado a la mejora de la calidad de vida mediante la ralentización del deterioro cognitivo y el trabajo con las emociones. Se seleccionó una muestra de 14 personas que se han clasificado según su nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a la “Global Deterioration Scale de Reisberg” mediante el “Mini examen cognoscitivo Lobo (1979)”. Para trabajar con este grupo se ha realizado un cuadernillo de actividades de estimulación cognitiva y funcional, así como la ejecución de actividades centradas en la terapia de la reminiscencia. Tras la realización del mismo, se experimentó una notable mejoría sobre las áreas cognitivas trabajadas en los grupos con nivel de deterioro leve y moderado. En el grupo de mayores con deterioro grave, sólo en 2 de los 4 usuarios/as se notó una leve mejoría. Además, todos los participantes del proyecto, mostraron efectos positivos (alegres, amables, felices, optimistas, activos etc.)

después del desarrollo de las actividades. Las actividades que se llevaron a cabo en dicho proyecto se adjuntan en el anexo 2.

En esta misma línea, cabe destacar, que la *Fundación María Wolff*, fue una de las principales instituciones que comprobó la efectividad de las terapias no farmacológicas en centros de días y residencias de mayores. Su principal objetivo consiste en facilitar tanto a personas mayores con demencia como a cuidadores y a profesionales, técnicas y herramientas para mejorar la calidad de vida de los mismos. Además, esta institución ha creado los “Criterios Chrome” que tratan de promover un uso racional de los fármacos (sujeciones químicas), evitando los efectos secundarios que de ellos se derivan, como, por ejemplo, las caídas, los infartos, neumonías etc., los cuales, implican un deterioro de la calidad de vida y una mayor mortalidad. De esta manera, la *Fundación María Wolff* junto con otros profesionales de distintas áreas se han comprometido a implantar poco a poco, en todos los centros de día y residencias dichos criterios (desde la supervisión del suministro de los fármacos hasta la aplicación de terapias no farmacológicas) para lograr un incremento de la calidad de vida de los usuarios/as (Fundación María Wolff, 2017). En definitiva, existen pocos estudios, programas y proyectos que profundizan sobre la efectividad y eficacia de los dos aspectos básicos que se abordan en este documento y que son esenciales para conseguir un envejecimiento exitoso. Sin embargo, aunque existan autores como Zamarrón y Ballesteros (2008), que señalan que dicha efectividad solo es posible en mayores sin deterioro o con un deterioro leve-moderado, es importante aplicarlos también en deterioros avanzados, ya que, estos programas se consideran terapéuticos y tienen un carácter rehabilitador (Álvaro,2016).

Paralelamente, a pesar de los insuficientes estudios que manifiestan la relevancia de la figura de los profesionales del Trabajo Social en gerontología, se hace imprescindible resaltar su papel en dicha área debido al aumento considerable de población mayor durante los últimos años y a la gran preocupación que genera enfermedades como las demencias tipo Alzheimer (Tiernes,2010).

Como ya afirmaba Beaver (1998) el objetivo primordial de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito gerontológico es garantizar la calidad de vida de los mayores, tanto en la comunidad como en las instituciones. Asimismo, la presencia de los mismos en residencias, así como sus contribuciones, están adquiriendo un papel fundamental y enriquecedor para el desarrollo físico, psíquico y social del mayor. Las funciones de los/las trabajadores/as sociales en este ámbito, van más allá de las funciones jurídicas y

burocráticas expuestas en las legislaciones, creando un clima cercano y de confianza con los/las usuarios/as (Marcos,2011).

En esta misma línea, Filardo (2011) añade que el principal objetivo de la intervención gerontológica es *“conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar subjetivo”* (p.2013). Zamarrón (citado en Cuadros, 2013) sostiene que el bienestar subjetivo *“es la evaluación que una persona hace de su vida en términos cognitivos (...) y emocionales (...)”* (p.113).

En definitiva, la intervención del/la trabajador/a social en este ámbito tiene un carácter rehabilitador, por un lado, trata de reforzar las capacidades funcionales preservadas y, por otro, restaura las pérdidas evitando una mayor declinación funcional (Beaver,1998). De esta manera, se trata de transformar la realidad de los mayores, contribuyendo a la promoción de sus potencialidades y bienestar de los mismo (Filardo,2011). Para una adecuada intervención en materia cognitiva es preciso planear una serie de actividades adaptándolas al nivel de deterioro de cada usuario/a. Para detectar el nivel de deterioro se suelen realizar una serie de pruebas por especialistas (neurólogos), no obstante y debido a la ausencia de las mismas en residencias, el/la trabajador/a social y/o el/la integrador/a social pueden apoyarse de distintos instrumentos como la Escala de Reisberg, Test de Pfeiffer, Mini-examen cognoscitivo Lobo, Escala de depresión geriátrica de Yesavage (1982), Set-test de Isaacs (ver anexo 3), para planificar las actuaciones en función de las necesidades de cada persona y darle una respuesta adecuada (Tárraga et al.,2003).

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las demencias, tal y como se ha relatado al inicio de este documento, configuran un problema de salud pública en los mayores, siendo una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las distintas áreas cognitivas (memoria, atención, orientación, cálculo, lenguaje etc.). Debido a la gran repercusión que han ido adquiriendo las demencias, se ha profundizado en estudios e investigaciones que abordan la importancia que tienen distintas técnicas para paliar dicha enfermedad y ralentizar el deterioro cognitivo. Así pues, se ha abogado por la eficacia de las técnicas no farmacológicas, ya que han contribuido en la mejora de la salud, calidad de vida, y en los estados emocionales de las personas mayores y, han permitido, por tanto, que éstas contribuyan a un envejecimiento activo.

De esta manera, y de acuerdo con los resultados obtenidos y lo expuesto en el marco teórico, se pone de manifiesto el peso que alberga el trabajo emocional ligado a técnicas terapéuticas para los mayores. A pesar de los escasos estudios que abordan dicho aspecto, recientemente se ha desarrollado la “Terapia de Estimulación Emocional” por la *Fundación María Wolff*, que contribuye a una mejora de los estados emocionales repercutiendo también en la mejora de la salud de los mayores que poseen un deterioro cognitivo leve-moderado.

Algunos autores como Davis (2004), Serrano, Latorre, Gatz y Montañés (2004) y Bohlmeijer, Roemer, Cujipers y Smit (2007) Res, Williams y Hermans (2009) han indagado desde principios de siglo en la esfera emocional de los mayores y manifiestan que ésta se encuentra estrechamente relacionada con los recuerdos positivos (evocación de recuerdos), argumentando que la evocación de recuerdos disminuye las emociones negativas e incrementa las positivas, previniendo enfermedades psicológicas y médicas. Los mismos autores sostienen que las técnicas que abordan dichos aspectos son esenciales para los adultos mayores, ya que, técnicas como la terapia de la reminiscencia y/o la terapia de revisión de vida, ejercen un papel fundamental en la mejora del bienestar físico, psicológico y social, siendo un factor protector frente a la depresión, un elemento esencial para el aumento de la autoestima, y un potenciador de la satisfacción con la vida.

En esta misma línea, existen otros autores como Labouvie Vief y Devoe (1991) Piaget (1997) y Márquez (2008) que señalaron la conexión entre los aspectos comentados con anterioridad con el aspecto cognitivo en los mayores, siendo, también, claves

primordiales que repercuten en la mejora de la salud física y mental de los mismos. A raíz de los estudios e investigaciones realizadas por los autores mencionados, se comienza a profundizar y a trabajar sobre el funcionamiento cognitivo en las personas mayores a través de programas, proyectos y talleres de estimulación cognitiva que se orientan por un lado a ralentizar el deterioro cognitivo, por otro lado, a mantener y/o recuperar las funciones cognitivas y mentales preservadas y, por último, permite al adulto mayor vivir de manera autónoma. Dichos efectos han sido comprobados científicamente por autores como Anna Puig (2002), la Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades (2003) y Tárraga et al. (2003) entre otros, quienes han afirmado que son efectivos tanto en mayores con o sin presencia de deterioro en cualquiera de sus estadios. Estos argumentos surgen para cuestionar los planteamientos que sostuvieron Zamarrón y Ballesteros en el año 2008, corroborando en sus investigaciones las hipótesis que ya se habían planteado en 2003 por la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*, sobre la reducida eficacia de la estimulación cognitiva en mayores con deterioros severos y/o con enfermedad de Alzheimer. Además, la Fundación María Wolff recalca que la efectividad de la “Terapia de Estimulación Emocional” es mayor en personas mayores con deterioro y demencias leves-moderadas, pero no aporta los mismos resultados en personas mayores con algún tipo de deterioro o demencias en fases más graves, ejemplo, enfermedad del Alzheimer.

A pesar de dichos cuestionamientos sobre la eficacia o no de las técnicas no farmacológicas en deterioro y demencia avanzada, todos los autores dedicados al ámbito de la Gerontología, Psicología, Trabajo Social entre otros, inciden en la importancia de aplicar dichas técnicas en cualquier estadio de deterioro (incluidos los más severos), porque reiteran que, aunque sean mínimos los efectos positivos que producen, contribuyen a una mejora de la calidad de vida por su carácter terapéutico y rehabilitador.

Aunque, en la mayoría de los estudios e investigaciones sobre el asunto a tratar (técnicas no farmacológicas= envejecimiento exitoso), se destaque la figura de los/as psicólogos/as, es muy importante resaltar la presencia de los/las trabajadores/as sociales, puesto que la intervención de los mismos con este sector de población es primordial y enriquecedora, ya que ejercen un papel fundamental en el desarrollo físico, psíquico y social, contribuyendo en la mejora de la calidad de vida, a través de técnicas no farmacológicas cuyas actividades se adaptan al deterioro y/o demencia de cada persona, orientadas a lograr un envejecimiento exitoso, pilar principal de este trabajo.

7.CONCLUSIONES

No queda duda alguna de que el envejecimiento demográfico constituye un fenómeno de gran envergadura a nivel internacional. Este fenómeno ha supuesto importantes modificaciones en la pirámide poblacional, que desde finales de siglo XX y principios del XXI comienza a ser protagonizada por población mayor debido al aumento significativo de personas de 65 y más años en este período. Está claro que este aumento se debe al descenso de fecundidad, pero también, a los grandes avances médicos-científicos que inciden en la mejora de la calidad de vida, ampliando de este modo la esperanza de vida. Así pues, este incremento de la población mayor ha acaparado el debate en las agendas públicas suponiendo no solo avances, sino también desafíos para las sociedades actuales y futuras. En este sentido, el gran reto se ha centrado, por un lado, en erradicar la imagen “negativa” de la vejez, y, por otro lado, en lograr una buena calidad de vida para potenciar un envejecimiento activo y saludable.

Tradicionalmente el concepto de vejez se ha ido asociando a lo largo de los años con connotaciones negativas y peyorativas. Palabras como “enfermedad”, “dependencia” y “decrepitud” entre otras, son las más usadas cuando se habla generalmente de las personas mayores y su proceso de envejecimiento. Sin embargo, en la actualidad, estos “pensamientos” han sido más una construcción social que se desmienten con el paso del tiempo a través de varias investigaciones realizadas por profesionales reconocidos como De la Fuente, quien afirma que las personas mayores se adaptan al cambio, convirtiéndose en recursos potenciales para nuestros entornos.

Indudablemente, las personas mayores corren el riesgo de sufrir enfermedades, ya que, a medida que se va alcanzando la franja de los 65 años, aumenta paulatinamente la probabilidad de sufrir deterioro cognitivo y/o padecer algún tipo de enfermedad como el Alzheimer.

Por lo tanto, este trabajo no se ha centrado en erradicar las enfermedades de las personas mayores, sino de prevenir la heteronomía en la medida de lo posible y mantener la propia autonomía entre las limitaciones que tenga cada persona con el fin de alcanzar un envejecimiento activo con unas condiciones de vida óptimas.

Si bien es cierto que, aunque la genética tiene un peso importante en el proceso de envejecimiento, los propios sujetos juegan un papel imprescindible en el mismo, como

bien afirma De la Fuente, existen múltiples factores que están de la mano de los propios individuos y de las personas que los rodean como el estilo de vida, el ambiente donde nos desenvolvemos e incluso la comida y el ejercicio físico. Todos estos factores fisiológicos que influyen naturalmente en nuestro sistema inmunitario y por tanto en el envejecimiento son importantes, pero también lo es el sistema nervioso, ya que como sostiene Salome en 2007 es el principal responsable de emitir nuestras emociones, y éstas repercuten tanto de forma negativa como positiva en nuestra salud. En ese sentido, si nos encontramos deprimidos, tristes, ansiosos etc., nuestras defensas van decayendo y nuestro sistema inmunitario se verá más débil para defender nuestro cuerpo de infecciones y enfermedades. Si, por el contrario, estamos contentos, alegres y optimistas, nuestro sistema inmune se fortalece y nuestro cuerpo responderá mejor a determinadas enfermedades.

En este trabajo se ha querido resaltar el aspecto emocional de los mayores, porque, aunque sean escasos los estudios que aborden dicho aspecto, constituyen junto a las demencias o deterioro cognitivo piezas clave en la vida de los mayores. Ya, desde finales de siglo XX y principios del XXI autores destacados como Labouvie Vief, Devoe, Piaget y Márquez revelaban en sus investigaciones que la esfera emocional se relaciona estrechamente con la esfera cognitiva, y ambas, repercuten en la salud de las personas mayores. Por ello se ha querido indagar en herramientas terapéuticas, técnicas no farmacológicas, que brindan la oportunidad de mejorar dichos aspectos, contribuyendo en la mejora de la calidad de vida. Tanto la terapia de la reminiscencia que se relaciona estrechamente con los recuerdos y las emociones, y la técnica de la estimulación cognitiva que se enlaza con preservar y mejorar las áreas cognitivas de la persona, son técnicas no farmacológicas fundamentales para alcanzar un envejecimiento activo. En esta línea, cabe destacar que los resultados de estudios, proyectos e investigaciones por profesionales destacados de distintas disciplinas (Gerontología, Trabajo Social, Neurología, Psicología etc.) obtenidos en este trabajo, ponen de relevancia los beneficios y la efectividad que poseen dichas técnicas. Con ellas no solo se pretende mejorar los estados emocionales y cognitivos del mayor a largo plazo, sino también, conservar las capacidades preservadas, y prevenir y ralentizar el deterioro cognitivo, todo ello conlleva a promover su autonomía, previniendo la heteronomía y, por ende, la dependencia.

A pesar de existir una controversia entre autores como, por ejemplo, Zamarrón, Tárrega y Ballesteros sobre la efectividad de las técnicas no farmacológicas en pacientes con

deterioro cognitivo leve, moderado o severo, la gran mayoría de autores encargados del estudio de dichas técnicas, entre los que destacan, Anna Puig, la Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades y Tàrraga y sus colaboradores, revelan los resultados positivos de las mismas, que repercuten de manera efectiva en la vida de los mayores en cualquiera de sus estadios de deterioro. Incluso, aconsejan la aplicación de dichas técnicas a todas las personas mayores sin presencia de deterioro, ejerciendo un papel protector y preventivo ante el proceso de deterioro.

Otro aspecto clave a destacar, es la labor de nosotros/as como profesionales del Trabajo Social con los mayores y con su proceso de envejecimiento. Nuestro papel juega una pieza esencial en la prevención de la dependencia, y en el fomento de la autonomía, que repercuten en alcanzar un envejecimiento activo en unas condiciones de vida saludables y óptimas. Para conseguirlo hay que empezar por estimular a las personas para que realicen distintas actividades que comprendan las diversas áreas cognitivas y emocionales adaptadas a las capacidades de cada persona. Sin ánimo de sustituir la labor de otros profesionales especializados en esta materia, podemos elaborar actividades adaptadas con la ayuda de varios instrumentos que nos orientan e indican entre otros aspectos, el estadio o nivel de deterioro de la persona. Asimismo, nuestra labor en esta materia va un poco más allá de lo meramente profesional, debemos implicarnos como personas, ayudar a entender a la sociedad que la vejez se ve como una etapa más de la vida, una etapa de disfrute, donde los mayores deben mantenerse activos, incorporando rutinas diarias de ejercicios y actividades para lograr un envejecimiento exitoso, directriz que sostiene el nuevo paradigma.

Finalmente, a pesar de los grandes avances en materia de envejecimiento, hay que seguir investigando y profundizando en determinados aspectos como la parte emocional y cognitiva de los mayores, ya que son claves esenciales que repercuten en el bienestar físico, psíquico y emocional de los mismos. También, es importante difundir y concienciar a la sociedad sobre la imagen positiva de las personas mayores y del proceso de envejecimiento para erradicar poco a poco la visión negativa y estereotipada. Asimismo, es necesario y enriquecedor apoyar y potenciar proyectos que apuesten por el desarrollo de técnicas no farmacológicas para este sector de población, cuyo eje fundamental sea el incremento de la calidad de vida cuya finalidad sea conseguir una gran longevidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., y Pujol, R. (2016). "Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos". Madrid. Recuperado el 3 de Enero de 2017, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Afonso, R., y Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva de la vejez. 213-220. Portugal: Psicothema. Recuperado el 20 de Enero de 2017
- Agrelo, A. (16 de Julio de 2011). *slideshare.net*. Obtenido de slideshare.net: <http://es.slideshare.net/andreagrelo/metodologa-participativa>
- Agulló, M. S. (2001). *IMSERSO*. Recuperado el 2 de Enero de 2017, de IMSERSO: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/436mayor-esactrab.pdf>
- Alonso, P., y De la Fuente, M. (2008). Marcadores inmunológicos de envejecimiento. *Revista española de geriatría y gerontología*, 167-179. Recuperado el 14 de Enero de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-marcadores-inmunologicos-envejecimiento-S0211139X08711776>
- Álvaro, M. (2016). Trabajo Fin de Master. *Eficacia de los programas de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve/demencia*. Obtenido de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/165912/TFM_2016_Alvaro_Sardina_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arnanaz, L. (Abril de 2011). *Fongdcam*. Obtenido de Fongdcam: <http://fongdcam.org/wp-content/uploads/2011/04/Metodologia-participativa-y-Cooperacion.pdf>
- Bazo, M. T., y Maiztegui, C. (1998). Sociología de la vejez. En M. T. Bazo, C. Maiztegui-Oñate, & J. Martínez-Paricio, *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional* (págs. 47-67). Madrid: Médica Panamericana. Recuperado el 10 de Enero de 2017
- Bazo, T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de las teorías a los métodos. *REIS*, 75-90. Recuperado el 12 de Enero de 2017, de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_060_07.pdf
- Beaver, M. L., y Miller, A. (1998). Intervención terciaria: el anciano institucionalizado. En M. L. Beaver, & A. Miller, *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores: Intervención primaria, secundaria y terciaria* (págs. 215-172). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Bentosela, M., y Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 211-235
- Boada, M. (2003). Situación actual de la enfermedad de Alzheimer. En L. Tárraga, M. Boada, A. Morera, M. Guitart, S. Domènech, y A. Llorente, *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (págs. 13-50). Barcelona: Glosa, S.L.

- Carballo, V., Arroyo, M., Portero, M., y Ruiz, J. (2012). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 1-9.
- Cívicos, A. (2012). "La política social gerontológica y su reflejo en la prensa de Tenerife. El caso particular de la protección a la dependencia 2006-2007". (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna. Tenerife
- Cívicos, A. (2016). Trabajo social con personas mayores . *La intervención social con personas mayores*. Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Cuadros, A. D. (2013). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Revista de Trabajo Social y Acción social*, 109-132.
- Estrella, A., González, A., y Moreno, C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad. *Archivos en medicina familiar* , 127-132. México. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf084b.pdf>
- Fernández, R. (2011). Capítulo 3: Posibilidades y Limitaciones de la edad. En IMSERSO, *Libro blanco sobre Envejecimiento Activo* (págs. 116-122). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad ; Secretaría General de Política Social y Consumo; IMSERSO.
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Revista de Trabajo Social y acción Social*, 204-219.
- Fundación María Wolff. (23 de Febrero de 2017). <http://www.mariawolff.org>. Recuperado el 15 de Abril de 2017, de <http://www.mariawolff.org>: <http://www.mariawolff.org/actualidad-l/noticias-l/item/96-alzheimer-mortalidad-psicofarmacos-criterios-chrome>
- Garamendi, F., Delgado, A., y Amaya, M. A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* , 26-31.
- García, E., Martínez, T., Rodríguez, M. E., y Rascón, M. (2002). Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención. 3-40. (G. d. Asturias, Ed.) Asturias. Recuperado el 1 de noviembre de 2016, de <http://www.infocoponline.es/pdf/martinez-estimulacion-01.pdf>
- García, B., y Martínez, J. (1999). Demografía de la vejez. En M. T. Bazo, B. García-Sanz, J. Martínez-Paricio, & C. Maiztegui-Oñate, *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional* (págs. 23-53). Madrid: Médica Panamericana. Recuperado el 2 de Enero de 2017
- IMSERSO. (2005). Capítulo 1. Consideraciones teóricas en el estudio del alzheimer. En IMSERSO, *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de alzheimer con deterioro leve* (págs. 9-10). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría del Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO. (2011). Capítulo 1: Tendencias demográficas. En IMSERSO, *Libro blanco sobre el Envejecimiento Activo* (págs. 71-82). Madrid.

- INE. (2016). *www.ine.es*. Recuperado el 8 de Enero de 2017, de *www.ine.es*:
http://dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- INE. (2016). *www.ine.es*. Recuperado el 10 de Enero de 2017, de *www.ine.es*:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9663>
- Lorenzo, L. (2001). *Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones*. Recuperado el 2 de Enero de 2017, de
http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- Lorenzo, L. (2002). *INE*. Recuperado el 3 de Enero de 2017, de *iINE*:
http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- Pérez, M.M., Molero M., Gázquez, J., y Soler, F. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECE-PM. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 329-339.
- Malagón, J. L. (2003). Situación de las personas mayores a través del proceso histórico del envejecimiento. En M. Martín-García, *Trabajo Social en Gerontología* (págs. 36-37). Madrid: Síntesis.
- Marcos, P. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, 81-86.
- Márquez, M. (2008). *Emociones y envejecimiento*. Informes Portal Mayores, Madrid. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/marquez-emociones-01.pdf>
- Martínez, M. L., y Avia, M. D. (2009). *Unidad de Información Científica y Divulgación de la Información*. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de Unidad de Información Científica y Divulgación de la Información:.
https://pendientedemigracion.ucm.es/info/otri/cult_cient/infocientifica/noti_nov_09_08.htm
- Martín, M., y Bravo, J. (2003). Trabajo social gerontológico, Aportaciones del trabajo social a la gerontología. En M. Martín-García, *Trabajo social en gerontología* (págs. 41-45). Madrid: Síntesis.
- Muñiz, R., y Olazarán, J. (1 de Junio de 2009). *www.crealzheimer.es*. Recuperado el 1 de noviembre de 2016, de *www.crealzheimer.es*:
<http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapr.pdf>
- Navarro, A. B., Bueno, B., y Buz, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society, Education*, 41-57. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4489403>
- Navarro, L. (24 de Febrero de 2016). *psicocode.com*. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de *psicocode.com*: <http://psicocode.com/psicologia/terapia-reminiscencia-estimular-partir-los-recuerdos/>
- Navarro, B., Latorre, J. M., López, J., y Pretel, F. (23 de Mayo de 2008). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en

- la vejez. *Revista clínica, medica y familiar*, 171-177. Recuperado el 20 de Enero de 2017
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 74-105.
- OMS. (2012). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado el 3 de Enero de 2017 de: <http://www.who.int/ageing/es/>
- Ortega, A. R., Ramírez, E., y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. Jaén, España.
- Paula, P. (3 de febrero de 2010). *www.antropologiadelasubjetividad.com*. Recuperado el 25 de Febrero de 2017, de www.antropologiadelasubjetividad.com: http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula_pochintesta.pdf
- Pérez, J. (2006). *Demografía y Envejecimiento*. Portal Mayores, IMSERSO, Madrid. Obtenido de <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Pérez, L. (2006). La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. *Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos, Primera edición, 2006. Instituto de Mayores y Servicios Sociales*, 13-16. (IMSERSO, Ed.) Madrid.
- Portal del Envejecimiento en Red del Cisc. (Enero de 2016). *Mayoresudp*. Obtenido de Mayoresudp: <http://www.mayoresudp.org/un-perfil-de-las-personas-mayores-2016/>
- Regato, P. (13 de Noviembre de 2001). *Encuentro de la red de envejecimiento saludable*. Madrid.
- Regato, P. (2002). A propósito del <<envejecimiento activo>> y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Atención Primaria*, 77-79.
- Rivera, R. (18 de Marzo de 2011). Mónica de la Fuente: «Somos viejos desde los 18 años». *La Opinión*. Obtenido de <http://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2011/03/18/monica-fuente-viejos-18-anos/409308.html>
- Ruiz, P. (20 de Abril de 2017). *madrilanea.com*. Obtenido de madrilanea.com: <http://madrilanea.com/2017/04/20/emociones-que-reavivan-el-alma/>
- Salomone, M. (2 de Abril de 2007). *Consumer*. Recuperado el 15 de Enero de 2017, de Consumer: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2007/04/02/161266.php>
- Simón, T., Ruíz, T., y Suengas, A. (2009). Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y sesgo positivo. *Psicothema*, 409-415.
- Soldevila, A. (2009). *Emociónate. Programa de educación emocional*. Madrid: Pirámide.
- Tárraga, M., Boada, A., Morena, M., Guitart, S., Domènech, S., y A. Llorente, *Cuadernos de repaso: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (págs. 11-225). Barcelona: Glosa S.L
- Tárraga, L. (2003). Estimulación cognitiva en la enfermedad de alzheimer moderada. En L. Tárraga, M., Boada, A., Morena, M., Guitart, S., Domènech, S., y A. Llorente, *Cuadernos*

de repaso: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada (págs. 19-22). Barcelona: Glosa S.L.

Tiernes, C. (2010). El trabajo social y la educación social como pilares básicos para la atención y estimulación cognitiva de nuestras personas mayores. *Revista de Ciències Socials Aplicades*, 47-65.

ANEXOS

ANEXO 1. GDS, REISBERG (1982)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro

GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporoespacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

ANEXO 2: ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN GRADO DE DETERIORO

2.1. DETERIORO LEVE

Deterioro leve

Usuario:

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Cálculo

- Realiza estas operaciones:

$$\begin{array}{r} 236 \\ + 79 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 516 \\ + 76 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 124 \\ + 59 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 917 \\ + 47 \\ \hline \end{array}$$

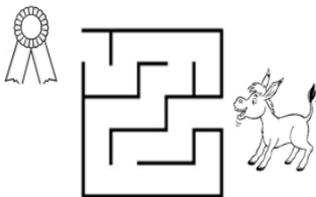


Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

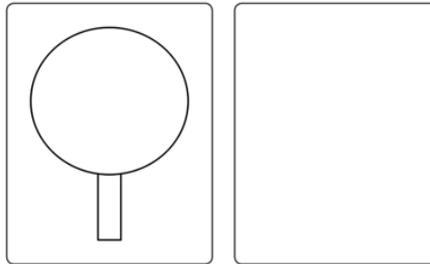
Función Cognitiva: Vio espacial

Ayuda al asno a llegar a la medalla



Función Cognitiva: Praxias

- Copia el dibujo



Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Percepción y gnosias
- Busca las 5 diferencias



Función Cognitiva: Memoria

- A) Memorice las siguientes palabras:

LIMÓN	AVIÓN
PANTERA	HORCHATA
GUITARRA	VESTIDO
PINO	CUCHARA
MÉDICO	TELEVISIÓN

- B) Responda a las preguntas:

- Había una prenda de vestir, ¿cuál era? _____
- Había un árbol, ¿cuál era? _____
- Había una fruta, ¿cuál era? _____
- Había un utensilio de cocina, ¿cuál era? _____
- Había un animal, ¿cuál era? _____
- Había un medio de comunicación, ¿cuál era? _____
- Había una bebida, ¿cuál era? _____
- Había un instrumento musical, ¿cuál era? _____
- Había una profesión, ¿cuál era? _____
- Había un medio de transporte, ¿cuál era? _____

Función Cognitiva: Lectoescritura

- Escribe palabras que empiecen por R

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función cognitiva: Visualización

- Describir la imagen



Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____



Función cognitiva: Asociación

Una con flechas los siguientes días y meses para encontrar las festividades correspondientes.



Función cognitiva: orientación personal y autobiográfica básica

- ¿Cómo te llamas? _____
- ¿Cuál es tu edad? _____
- ¿Cuál es la fecha y el lugar de nacimiento? _____
- ¿Está o estuvo casado/a? _____
- ¿Dónde vivía? _____
- ¿Tiene hijos/as? ¿Cuántos? _____
- ¿Mantiene buena relación con sus hijos? _____
- ¿Quiénes son sus personas de referencias? _____

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



Función cognitiva: Lectoescritura

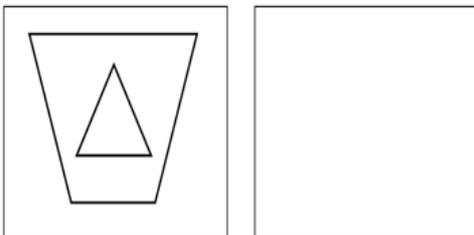
- Escriba objetos que puedan estar en un baño

Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

Función Cognitiva: Praxia

- 1- Observe durante dos minutos esta figura.
- 2- Cierre los ojos e imagínese la durante unos instantes.
- 3- Copie la figura en el recuadro de al lado.



Función Cognitiva: Percepción y gnosias

Rodea con un círculo las imágenes que se repiten en cada columna

Función Cognitiva: Cálculo

- Escribir los números restando de 2 en 2 de 23 para abajo

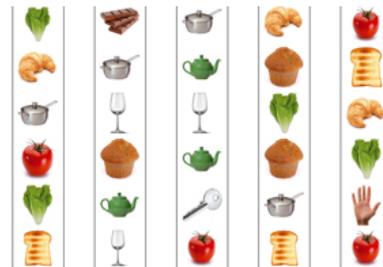
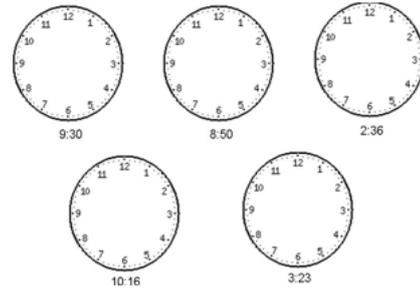
Función Cognitiva: Ejecutiva

- Escriba los meses del año

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Vio espacial

- Pon las horas en los relojes vacíos



Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Memoria

- 1- Junte con una línea cada palabra con su correspondiente color:

- | | |
|-----------|----------|
| FRESA | NEGRO |
| LIMÓN | VERDE |
| CARBÓN | NARANJA |
| MANDARINA | ROJO |
| MADERA | AMARILLO |
| MENTA | AZUL |
| NIEVE | BLANCO |
| CIELO | MARRÓN |



2.2. DETERIORO MODERADO

Deterioro moderado

Usuario:

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Cálculo

- Realiza estas operaciones:

$$\begin{array}{r} 4 \\ + 2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ + 1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ + 2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 1 \\ + 7 \\ \hline \end{array}$$



Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

Función Cognitiva: Vio espacial



Función Cognitiva: Memoria

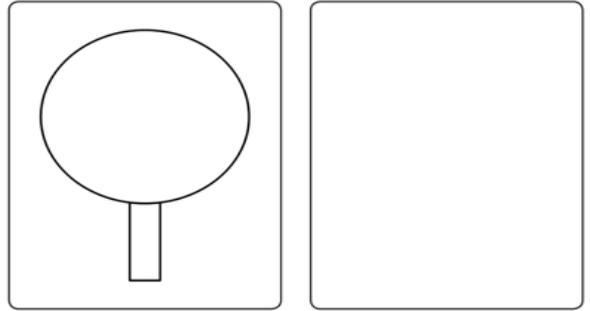
Junte con una línea cada palabra con su correspondiente color:

MAR	VERDE
PLÁTANO	NARANJA
CÉSPED	ROJO
ZANAHORIA	AMARILLO
SANGRE	AZUL
LECHE	BLANCO

2. Sin mirar el ejercicio anterior, recuerde qué palabra se asociaba con cada color y complete las siguientes frases:

- El es AMARILLO.
 La es NARANJA.
 El es VERDE.
 La es BLANCA.
 El es AZUL.
 La es ROJA.

- Función Cognitiva: Praxias



Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Percepción y gnosias

Rodea con círculos todas las teteras que encuentres como esta:



Función Cognitiva: Lectoescritura

- Escriba cosas que se puedan ver en la playa:

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Lectoescritura

- Identifique los siguientes objetos:



¿En qué lugar podemos encontrar estas prendas?

Función Cognitiva: Asociación

Clasifique las siguientes palabras en sus apartados correspondientes.

Pera	Lejía
Detergente	Naranja
Manzana	Estropajo
Jabón	Pomelo

FRUTAS	LIMPIEZA

Función Cognitiva: Cálculo

1- Observe estos billetes y monedas.



2- Responda a las siguientes preguntas:

- A. ¿Cuántos billetes hay?
- B. ¿Cuántas monedas hay?
- C. ¿Qué cantidad de dinero hay en billetes?
- D. ¿Qué cantidad de dinero hay en monedas?
- E. ¿Qué cantidad de dinero hay en TOTAL?

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



Función Cognitiva: Ejecutiva

- Repetir la serie

20, 4□, 60, 8□

Función cognitiva: orientación personal y autobiográfica básica

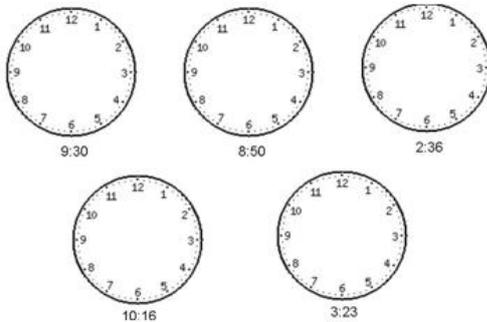
- ¿Cómo te llamas? _____
- ¿Cuál es tu edad? _____
- ¿Cuál es la fecha y el lugar de nacimiento?

- ¿Está o estuvo casado/a? _____
- ¿Dónde vivía? _____
- ¿Tiene hijos/as? ¿Cuántos? _____
- ¿Mantiene buena relación con sus hijos? _____
- ¿Quiénes son sus personas de referencias? _____

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Vio espacial

- Pon las horas en los relojes vacíos



Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

Función cognitiva: Lectoescritura

1- Observe con detenimiento la nota de abajo.

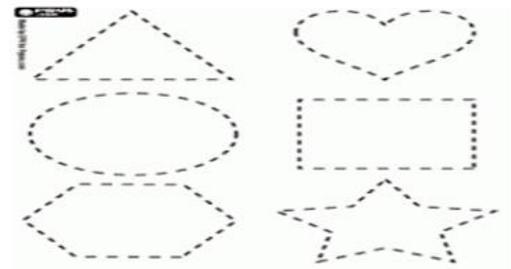


2- Escriba los artículos dentro del grupo al que pertenecen:

Verduras	Limpieza	Legumbres
Lechuga	Jabón	Lentejas

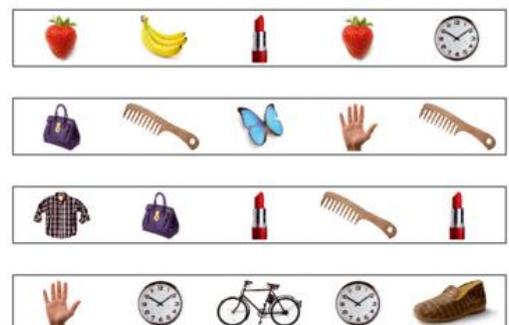
Función Cognitiva: Praxia

Realice las siguientes figuras siguiendo los puntos:



Función Cognitiva: Percepción y gnosias

Rodea con un círculo las imágenes que se repiten en cada fila:



Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



Función Cognitiva: Memoria

Recuerde unas fiestas navideñas agradables. Escriba todo lo que recuerde sobre ellas: dónde las celebró, con quién estaba, qué comieron, qué regalos recibió,...

.....

.....

.....

.....

.....

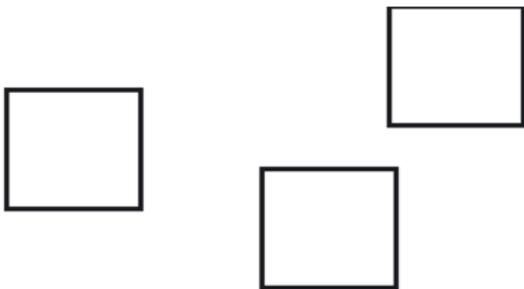
Función Cognitiva: Praxias

- 1- Observe durante dos minutos esta figura.
- 2- Cierre los ojos e imagínese la durante unos instantes.
- 3- Copie la figura en el recuadro de al lado.



Función Cognitiva: Memoria

- Parejas de imágenes idénticas vueltas del revés. Cada persona debe ir levantándolas de dos en dos, hasta hallar una pareja de imágenes. Si al levantar las dos no son iguales las debe volver a situar del revés donde estaban, y así sucesivamente, hasta ir encontrando las parejas



Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



Función Cognitiva: Asociación

Clasifique las siguientes palabras en sus apartados correspondientes.

- Champú
- Cacerola
- Espejo
- Sartén
- Frigorífico
- Ducha
- Toalla
- Olla

COCINA	BAÑO

Función Cognitiva: Cálculo

- ¿Cuántos ♡ hay?
- ¿Cuántos ♣ hay?

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

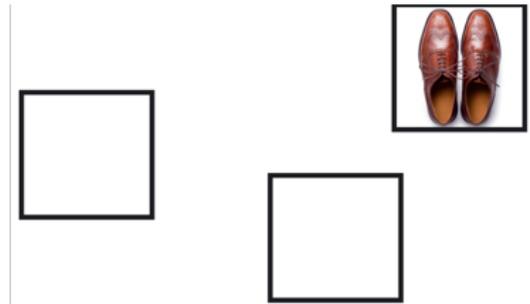
- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

Función Cognitiva Lectoescritura:

- ¿Qué objetos puede haber en un baño?

Función Cognitiva: Memoria

Fíjate qué objetos hay y en qué lugar se encuentran. Luego tendrás que recordarlos.



¿Dónde SE ENCONTRABA?



Función Cognitiva: Ejecutiva

- Ordena la serie



□



□



□

2.3. DETERIORO SEVERO

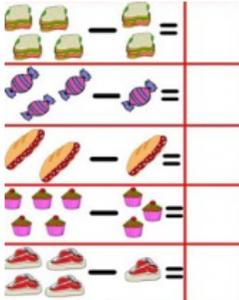
Deterioro Severo.

Usuario:

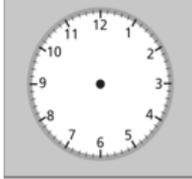
Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Cálculo

- Realiza estas operaciones:



Marque la hora en el reloj



Función Cognitiva: Orientación temporo-espacial

- ¿En qué lugar estamos? _____
- ¿En qué pueblo? _____
- ¿En qué isla? _____
- ¿En qué país? _____

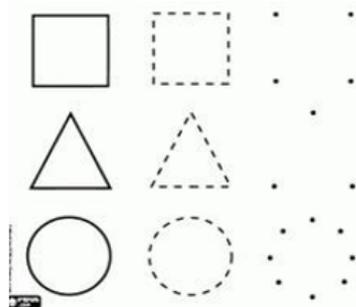
Función Cognitiva: Vio espacial

- Realización de puzles sencillos

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Praxias

- Copia las figuras



Marque la hora en el reloj



Función Cognitiva: Percepción y gnosias

Rodea con círculos todos los plátanos que encuentres como este:



Función Cognitiva: Memoria

Recodar la infancia

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Función Cognitiva: Lectoescritura

- Identifique el nombre de los siguientes objetos



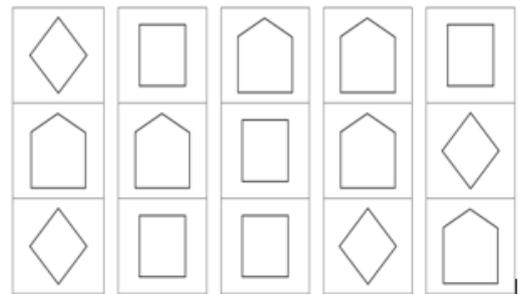
Marque la hora en el reloj



- ¿En qué lugar podemos encontrar los objetos anteriores?

Función Cognitiva: Cálculo:

Cuente el número de formas ,  y  que hay en cada columna.



Función Cognitiva: Asociación

1 - Junte con una línea los siguientes dibujos con las palabras que estén relacionadas.



TRANSPORTE



COMUNICACIÓN



VERANO

FIESTA



SALUD

DEPORTE

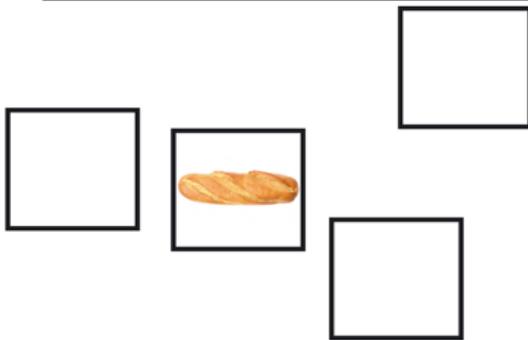




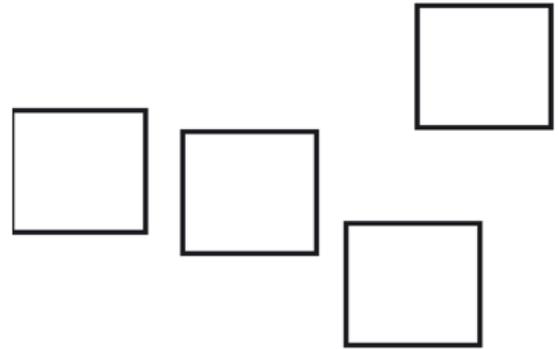
TOTAL:

Función cognitiva: Memoria

- *Observe*



¿Dónde se encontraba?



ANEXO 3: INSTRUMENTOS

SET-TEST de Isaacs

Pediremos al paciente que nombre, hasta que pueda, una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Tiene *un minuto para cada serie* y pasaremos a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la misma, sin repetir ninguno, aunque no haya agotado el minuto de tiempo. Siempre *anotaremos en la hoja los nombres que diga*, ya que las repeticiones ayudará a valorar la evolución de los pacientes. Si hay deterioro cognitivo iremos observando con el paso del tiempo una menor puntuación con más errores y repeticiones y conceptos cada vez más reduccionistas.

COLORES:

ANIMALES:

FRUTAS:

CIUDADES:

ERRORES / REPETICIONES _____

PUNTOS TOTALES _____

Normalidad: Adultos ≥ 29 Ancianos ≥ 27

Sensibilidad: 79% y especificidad: 82%.

MINI EXAMEN COGNITIVO o MEC -de Lobo et al- (1979)

1. ORIENTACIÓN:

¿En qué año estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué día de la semana estamos?.....	1
¿Qué día (número) es hoy?.....	1
¿En qué mes estamos?.....	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿Se trata de un piso o planta baja?	1

2. FIJACION:

Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta) 3
 Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuántos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas)5
 Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).
 Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) 3

4. MEMORIA:

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1
 Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1
 Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍAN CINCO PERROS" (si es correcta)..... 1
 - Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?
 ¿Qué son un gato y un perro? 1
 ¿Y el rojo y el verde? 1
 - Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.
 (1 punto por cada acción correcta) 3
 Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:
 "CIERRE LOS OJOS" 1
 Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)..1
 Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados 1

Total

Instrucciones:

1. **Orientación:** Un punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta.
2. **Fijación:** Decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se da un punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento.
3. **Concentración y cálculo.** Se da un punto por cada resta correcta. Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.
4. **Memoria.** Se da un punto por cada palabra recordada, independientemente del orden.

-
5. **Lenguaje y construcción.** Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita ("cierre los ojos"). Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado y con sentido (no se valora la caligrafía ni la ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de sus ángulos.

La puntuación máxima es de 35 puntos.

Valores normales: 30-35 puntos.

Sugiere deterioro cognoscitivo: > 65 años: < 24 puntos (24-29= borderline).

≤ 65 años: < 28 puntos.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: **Normal**.

11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Test de Pfeiffer

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

0-3 errores: Funcionamiento intelectual

4-7 errores: Sospecha de deterioro

8-10 errores: Déficit intelectual severo

Importante: En las personas con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos.