

Instituto Nacional
de Salud Pública

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

“Estimulación cognitiva en adultos mayores para fortalecer la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en una casa hogar de Cuernavaca, Morelos”

Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Pública con
área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento

Presenta:

Guadalupe Martínez Mena

Generación 2014-2016

Directora

Dra. Lorena Elizabeth Castillo Castillo

Asesora

Mtra. Margarita Márquez Serrano

Cuernavaca, Morelos. Agosto 2016

*Cuando yo llegue a vieja
-si es que llego-
y me mire al espejo
y me cuente las arrugas
como una delicada orografía
de distendida piel.
Cuando pueda contar las marcas
que han dejado las lágrimas
y las preocupaciones,
y ya mi cuerpo responda despacio
a mis deseos,
cuando vea mi vida envuelta
en venas azules,
en profundas ojeras,
y suelte blanca mi cabellera
para dormirme temprano
-como corresponde-
cuando vengan mis nietos
a sentarse sobre mis rodillas
enmohecidas por el paso de muchos inviernos,
sé que todavía mi corazón
estará -rebelde- tictaqueando
y las dudas y los anchos horizontes
también saludarán
mis mañanas.*

Desafío a la vejez.

Gioconda Belli

Agradecimientos

Al pueblo mexicano que paga sus impuestos, por lo cuales he podido acceder a una educación de alta calidad.

A mi H. Comité, por su apoyo en la realización de este trabajo.

A las participantes de este proyecto, así como a las autoridades de la Casa Hogar, que me permitieron trabajar con ellos

Al Colegio de Ciencias Sociales del INSP, que me aceptaron en el programa, y que, gracias a eso, he comprendido y he podido dar nombre a una serie de fenómenos que me permiten comprender un poco más los sucesos que me rodean y me han brindado herramientas que, sin duda alguna, han enriquecido mi vida.

A mis padres y hermanos que, aunque nunca comprendieron por qué no me gusta la clínica ni entendieron nunca a qué me dedicaré, siempre estuvieron apoyándome.

A mis tíos Rosio y Carlos, que me apoyaron en este proceso.

A mis amigos, mi gran fortaleza.

A mi cactus, fuente de inspiración constante.

Tabla de contenido

Introducción	5
I. Antecedentes	6
II. Planteamiento del problema	12
III. Justificación	13
IV. Objetivos	14
V. Marco conceptual	15
VI. Método	20
Descripción del método	21
Paso 1. Evaluación de necesidades.....	21
Paso 2. Desarrollo de objetivos de la iniciativa	22
Paso 3. Selección de métodos teóricos y estrategias prácticas	22
Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales de la iniciativa	22
Paso 5. Implementación de la iniciativa.....	23
Paso 6. Evaluación de la iniciativa	23
VII. Procesamiento y análisis de la información.....	25
VIII. Consideraciones éticas	25
IX. Resultados.....	25
Paso 1. Evaluación de necesidades.....	25
Paso 2. Desarrollo de objetivos de la iniciativa	30
Paso 3. Selección de métodos teóricos y estrategias prácticas	33
Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales de la iniciativa	34
Paso 5. Implementación de la iniciativa.....	35
Paso 6. Evaluación de la iniciativa	39
Evaluación cualitativa	42
Evaluación de proceso	43
X. Discusión.....	44
XI. Conclusiones.....	48
XII. Limitaciones	49
XIII. Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas.....	51
Anexos	58

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada.....	58
Anexo 2. Fichas y cartas descriptivas	59
Anexo 3. Instrumento Pre y post.....	70
Anexo 4. Instrumento de evaluación de proceso.	72
Anexo 5. Evaluación de proceso para los participantes.....	73
Anexo 6. Lista de asistencia	75
Anexo 7. Consentimientos ética.....	76

Introducción

El grupo poblacional formado por los adultos mayores se encuentra en franco crecimiento, y a medida que se observa la inversión de la pirámide poblacional, se han detectado situaciones que afectan la calidad de vida de las personas en la última etapa de su vida. El estado funcional, es uno de los rubros más afectados.

El presente trabajo aborda la problemática de la disminución de la realización de las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor que pueden ser originadas por el deterioro cognitivo. La mayor parte de las alteraciones cognitivas afectadas, suelen ser la memoria, el lenguaje, la habilidad visoespacial y el pensamiento abstracto, impactando directamente en la funcionalidad del adulto mayor.

Por ello en esta iniciativa en promoción de la salud, se buscó incidir en el fortalecimiento de la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), mediante la estimulación cognitiva en adultos mayores, con el fin de contribuir a que continúen realizando sus actividades cotidianas. Para ello, se empleó el marco de la metodología de Intervention Mapping, se realizó un diagnóstico integral, y a partir de éste se realizaron diversas actividades encaminadas a la estimulación cognitiva.

En México, existen pocas iniciativas documentadas que aborden esta problemática, por lo que el presente trabajo pretende ser de gran ayuda para próximas investigaciones con este enfoque metodológico basado en promoción de la salud y con el tipo de abordaje que incorpore elementos integrales.

I. Antecedentes

Envejecimiento poblacional y funcionalidad de los adultos mayores

La proporción y el número absoluto de personas mayores de 60 años, han presentado un aumento significativo durante las últimas décadas. Este fenómeno obliga a realizar una identificación de las necesidades y de la situación de los Adultos Mayores (AM), para determinar las áreas de oportunidad y adaptación de las políticas de las regiones en donde se observa la inversión de la pirámide poblacional. ¹

Una forma para identificar la situación y necesidades de los AM, es mediante la valoración de su estado funcional, la cual se realiza por medio de la evaluación de las ABVD, relacionadas principalmente con el autocuidado. Estas actividades engloban la alimentación, el aseo, el uso del sanitario, control de esfínteres, vestido y movilidad. ¹

Se han llevado a cabo una serie de investigaciones enfocadas en identificar el estado funcional y la disminución de éste durante el proceso de envejecimiento. Los resultados obtenidos no permiten precisar la tendencia de su deterioro. Mientras que, algunos estudios reportan un aumento en la disminución de la funcionalidad en mayores de 60 años, otros sugieren un mantenimiento de ella; sin embargo, reportan un aumento de enfermedades crónicas. ¹⁻¹⁰

Esta disparidad de resultados puede ser consecuencia de las diferentes características prevalecientes en las regiones en donde fueron realizadas las investigaciones. Resulta conveniente tomar en cuenta los determinantes sociales que existen en las zonas estudiadas, ya que la situación política, económica y social es diferente e influye en el estado funcional de su población.¹⁻

10

En un esfuerzo por identificar los patrones del envejecimiento y la tendencia de la disminución leve de la funcionalidad en los AM, la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un análisis de estudios longitudinales de países ricos, y

encontró que, la prevalencia de la disminución en la realización de ABVD en esta población, a lo largo de los años estudiados, ha disminuido levemente, sin embargo, este fenómeno no ha ocurrido de manera uniforme en todas las zonas; además, dicho análisis, no permitió concluir si esta tendencia se mantiene en los países de ingresos medios y bajos, ya que en estos últimos, no existen estudios recientes que evalúen esta situación.¹

En el Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud 2015, la OMS, realiza una reflexión acerca de la ambigüedad de estos resultados, y se advierte la necesidad de definir la capacidad funcional, como resultado de la capacidad intrínseca y los cambios en el entorno.¹ Encuentra también que, los datos obtenidos de disminución de la funcionalidad en AM, suelen ser en los casos más graves y durante los últimos años de vida.¹

El deterioro funcional en los AM, es un proceso que sucede de manera tenue y gradual. Las investigaciones relacionadas con su valoración se han llevado a cabo cuando la transición poblacional ya estaba presente. Estas limitaciones no permiten realizar un análisis mayor de los datos obtenidos a partir de ellas. ¹

Deterioro cognitivo en la vejez

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que han sido relacionados con déficits en diversos dominios: fisiológicos y neurológicos. Los segundos, están relacionados con un déficit conductual y cognitivo, ya que son secundarios a alteraciones neurológicas. ¹¹

El deterioro cognitivo, modo en el que es denominado el déficit neurológico, en la mayoría de las veces, no es bien delimitado. Su existencia supone una reducción en alguna o varias capacidades cognitivas como lo es la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, lenguaje, aprendizaje y habilidad visoespacial,² esta disfunción, suele reflejarse en una disminución del estado funcional y en la realización de las ABVD. ^{1-9,11}

El decremento de las capacidades cognitivas es denominada demencia, quien la padece, son personas que ya han perdido su autonomía y su funcionalidad.

Debe diferenciarse la presencia de deterioro cognitivo leve del estado demencial.^{5, 6}

Para efectos del presente trabajo, se hace referencia al término demencia, puesto que la mayor parte de la investigación científica relacionada con el deterioro cognitivo y su impacto en la pérdida de funcionalidad en las ABVD, han estado enfocadas en el tratamiento e intervención de esta patología.^{1, 12}

Es fundamental observar el deterioro de las funciones cognitivas en el envejecimiento como parte de un contexto mayor, tomando como referencia los determinantes sociales,¹³ y la presencia de enfermedades crónicas.¹⁻¹³ Se deben identificar las características del entorno del AM, ya que las condiciones en las que vive, se divierte y trabaja son determinantes del deterioro cognitivo. Existe información que sugiere que, las personas que son constantemente estimuladas no llegan a padecer un deterioro cognitivo importante.¹¹

El término envejecimiento saludable, surgido en tiempos recientes, retoma las características ambientales y las personales como factores indiscutibles en el estado funcional del AM.^{1,14} Su aplicación va referida a oportunidades en salud, a la participación y la seguridad de los AM, y que persigue una mejora en la calidad de vida de dicha población a partir de diversas estrategias integrales.¹⁴

Envejecimiento saludable

La salud durante la vejez está influenciada por los determinantes sociales, puesto que, en un contexto multifactorial, se establecen las capacidades físicas y mentales de los individuos.^{1,13} Es decisiva la comprensión de los niveles que lo conjuntan para definir qué función y efecto tienen sobre los AM.¹⁻⁴ Cambios tenues en la capacidad individual o en el entorno, pueden producir consecuencias importantes en plazos largos.¹

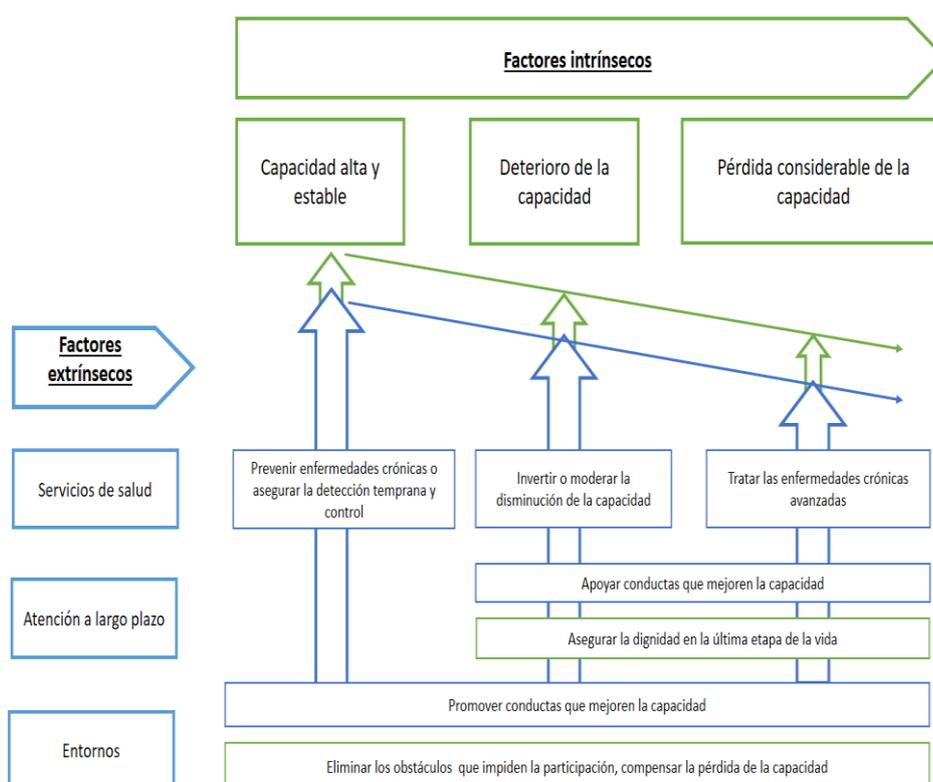
En este contexto surge el término envejecimiento saludable, el cual es definido por la OMS como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional de los AM que permite el bienestar en la vejez.^{1,14} Para que ésta suceda se necesita

de la capacidad intrínseca y extrínseca: la interacción entre ambos determina la capacidad funcional de la persona.¹

La capacidad intrínseca, de tipo individual es retomada en el modelo de envejecimiento saludable, como el nivel de capacidad funcional que presenta el AM, si está respetada, si existe un deterioro moderado, o si presenta una pérdida del estado funcional total. La capacidad extrínseca, tiene una connotación ambiental e incluye, los servicios de salud, la atención a largo plazo y las características del entorno donde el AM se desenvuelve.¹

La OMS propone un modelo de atención temprana que pretende la reducción del deterioro de la capacidad como parte del envejecimiento saludable (Figura 1). Define las acciones a realizar en las diversas etapas de funcionalidad, así como los rubros que deben trabajarse. La presente iniciativa se inserta en la atención del AM cuando presenta una capacidad funcional alta y estable y cuando se observa una disminución de la capacidad funcional.¹

Figura 1. Modelo de envejecimiento saludable de la OMS



Fuente: OMS. Modificado del marco de envejecimiento saludable.¹

Actualmente el 9.03% de la población mexicana tiene más de 60 años, y se calcula que esta proporción aumentará a 28% durante el 2050.¹⁵ En las últimas décadas al igual que otras regiones del mundo, México, vive de manera acelerada una transición demográfica importante.^{1,15}

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), refiere que una cantidad importante de AM presenta niveles de alta vulnerabilidad social.¹⁶ Durante el 2010, en México, se reportó que el 25.7% de los AM era analfabeta, la mitad de ellos vivía en situación de pobreza y únicamente el 30.6% tenía algún tipo de pensión.¹⁶

En lo referente al estado funcional de los AM, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en su edición del 2012,¹⁷ midió la realización de las ABVD, (comer, bañarse, levantarse de la cama y controlar esfínteres); en sus resultados arrojó que, el 26.9% de la población adulta mayor del país presentaba, al menos, una limitación para realizar cualquiera de estas actividades.^{17,18}

Adultos mayores en Morelos.

De modo similar al promedio nacional, en Morelos, el 10.2% de su población es mayor de 60 años. En Cuernavaca, la capital del estado, el 23% de la población se encuentra en ese sector poblacional.^{19,20}

En la actualidad no se cuenta con información referente al estado funcional de los AM en el estado; sin embargo, si se emplean los datos nacionales, se puede inferir que la situación morelense es similar. De acuerdo a lo descrito en ENSANUT 2012, la realización de las ABVD, están mermadas en uno de cada tres adultos mayores en el estado.¹⁷

El gobierno del estado de Morelos, se sumó a la iniciativa federal sobre el envejecimiento saludable, la cual tiene como objetivo el proteger, controlar o retardar la aparición de enfermedades o discapacidades, y elevar la calidad de vida de los AM.²⁰ Esta política, denominada Desarrollo Integral Gerontológico, implica, entre otras cosas, la estimulación cognitiva que fortalezca la realización

de actividades básicas de la vida diaria y con ello elevar la calidad de vida, en la medida de lo posible, de los AM morelenses. ²⁰

La política de desarrollo integral gerontológico incluye cuatro esferas: la prevención, atención integral, formación e investigación. La presente iniciativa se inserta en la primera, que tiene como fin identificar necesidades de información sobre el proceso de envejecimiento, el autocuidado y el cuidado del AM, fortalecer actividades de educación para la salud, identificar redes de apoyo y brindar orientación familiar. ²⁰

La casa hogar donde se llevó a cabo el proyecto, se presentó como un lugar idóneo para realizarla, puesto que, además de tener una población cautiva, está inmersa en esta política y busca promover el bienestar de manera integral, buscando mejorar la calidad de vida de los usuarios procurando protección física, mental y social a los AM usuarios de la institución. Además, se tuvo una experiencia previa por parte de la facilitadora, lo que permitió acceso al lugar y se conoció la situación de los AM y la necesidad de implementar un programa enfocado en la estimulación cognitiva y el impacto de ésta en las actividades básicas de la vida diaria de los usuarios del lugar.

II. Planteamiento del problema

El envejecimiento eleva el riesgo de padecer una afectación del estado funcional el cual, ha sido relacionado al deterioro de la funcionalidad cognitiva; y conduce a limitaciones en la ejecución de actividades cotidianas en mayor o menor grado.^{2, 5-7} Se calcula que el 26% de las personas mayores de 60 años, presenta alguna limitación en la realización de sus ABVD.¹⁷

El impedimento total o parcial para la realización de las ABVD de los AM, incrementa la posibilidad de necesitar un cuidador primario o un aumento del riesgo de padecer alguna complicación de otras patologías.¹⁰ El incremento del sector poblacional que conforman los AM, obliga a implementar medidas preventivas y de promoción de la salud dirigidas al mantenimiento y fortalecimiento del estado funcional en este grupo.

Investigaciones relacionadas con el deterioro cognitivo en el AM, han reportado la existencia de una denominada plasticidad neuronal residual en sus sujetos de investigación,²² la cual, al ser estimulada previene y rehabilita el estado cognitivo de este sector poblacional. Con este antecedente, la presente iniciativa busca contribuir al fortalecimiento de la realización de las ABVD empleando un enfoque de promoción de la salud.²⁵

El lugar de aplicación del proyecto, una casa hogar, dirigida a la atención de AM, por el tipo de población a la que atiende se presentó como un lugar pertinente para realizar la iniciativa y encontrar respuesta a la pregunta que la originó:

¿La estimulación cognitiva de los adultos mayores puede contribuir a la realización de las actividades básicas de su vida diaria?

III. Justificación

El estado de bienestar de los AM representa uno de los mayores retos en materia de salud. El fenómeno del envejecimiento poblacional obliga a realizar investigaciones relacionadas con el estado funcional que permita obtener resultados útiles para alcanzarlo.

La iniciativa realizada se sumó al modelo de envejecimiento saludable¹ y la política de Desarrollo Integral Gerontológico del país.²⁰ En un enfoque de promoción de la salud, buscó fortalecer el estado funcional de los AM, enfocándose en las ABVD, mediante la estimulación cognitiva.

El fortalecimiento del estado funcional, permite a los AM, realizar actividades de manera autónoma, y disminuye el riesgo de requerir un cuidador primario. Se buscó potencializar habilidades que les permitan un envejecimiento en el que puedan comer, bañarse, vestirse y levantarse de la cama, en la medida de sus limitaciones, impactando de manera positiva en su bienestar general.

La iniciativa implementada en una casa hogar en Cuernavaca, Morelos, busca convertirse en referencia para futuras iniciativas que estén enfocadas a la realización de las ABVD del AM. Con datos cualitativos y cuantitativos, ofrece una opción de un abordaje integral para el fortalecimiento del estado funcional de los AM.

IV. Objetivos

Objetivo general:

Fortalecer mediante la estimulación cognitiva la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores usuarios de una casa hogar de Cuernavaca, Morelos.

Objetivos específicos:

- Identificar el grado de realización de las ABVD de los usuarios de la casa hogar.
- Analizar los factores que influyen en la realización de las ABVD en los adultos mayores usuarios de la casa hogar.
- Implementar una iniciativa educativa que emplee la estimulación cognitiva dirigida a fortalecer las ABVD en usuarios de la casa hogar.
- Evaluar los resultados de la iniciativa mediante el análisis pre y post sobre la realización de las ABVD de los AM usuarios de la Casa Hogar.

V. Marco conceptual

Determinantes sociales

Las circunstancias en donde las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, son denominadas determinantes sociales.¹³ Los cuales son producto de factores económicos, políticos, y sociales, que provocan un reparto inequitativo de dinero y recursos. Estas diferencias, asumidas como injustas, implican situaciones desfavorables que pueden ser evitadas.^{1, 13}

Los determinantes sociales son empleados para explicar el proceso salud-enfermedad ya que éste se ha relacionado con factores ambientales y sociales. El primero en proponer una relación entre estos fue Lalonde,¹³ quién en 1974 propuso un nuevo modelo en donde la enfermedad se postulaba como un proceso multicausal. Para él, el estilo de vida, el ambiente y la organización de los servicios de salud tienen un papel preponderante en el estado de salud de los individuos.¹³

Los determinantes sociales relacionados con la salud, son denominados determinantes sociales en salud. Estos incluyen la pobreza e inequidad en el acceso a educación, la alimentación, servicios básicos, trabajo formal, etc.²⁴ La mayoría son determinantes que típicamente eran atribuidos a otros ámbitos no relacionadas con la salud.¹³ Este modelo recomienda que se realicen acciones intersectoriales que estén basadas en la integralidad para que puedan impactar en la salud de las poblaciones.

Para alcanzar la intersectorialidad, es necesario un trabajo multidisciplinario que sume esfuerzos por parte de diferentes áreas, y así lograr una modificación de las condiciones negativas en las que se pueda encontrar algún grupo poblacional. El abordaje de esta multisectorialidad es denominado promoción de la salud.²⁵

Promoción de la Salud

La promoción de la salud tiene como principal función, proporcionar a los pueblos los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus determinantes en salud y poder mejorarla. Desde un enfoque macro, dirige sus acciones a la modificación de condiciones sociales, ambientales y económicas.²⁵

La promoción de la salud surge con fuerza a partir de 1986, en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. En donde, entre los acuerdos a los que llegaron las naciones pertenecientes a la OMS, se encontró el reconocimiento de la importancia de abordar políticas, crear ambientes saludables, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios sanitarios hacia un enfoque de promoción y la estimulación del desarrollo de las aptitudes y habilidades personales.²⁵

Cada uno de los cinco ejes propuestos en el documento final de dicha conferencia, la denominada Carta de Ottawa, tiene como fin el dotar a los individuos del mayor control posible en su salud.²⁵ En años posteriores se ha refrendado lo estipulado en el documento final, y sus postulados son el eje rector de la salud pública.²⁶⁻³¹ En este sentido, el fortalecer la realización de las ABVD de los adultos mayores se alinea con lo propuesto en el manifiesto de la carta de Ottawa, puesto que evitar la disminución de la funcionalidad les permite tener un mayor control sobre ellos mismos, desarrollando aptitudes personales.

No se puede abordar promoción en salud sin hacer referencia a la educación para la salud.²⁶⁻³² que es, sin duda, una de las principales herramientas en cualquier iniciativa que pretenda el cambio de algún comportamiento. Por ello, la presente iniciativa, emplea una educación mediante el aprendizaje significativo aplicado en AM.

Educación para la salud

La salud es un proceso multifactorial y la promoción de salud está enfocada al conjunto de determinantes sociales en salud que tienen posibilidad de ser

modificables, desde el nivel micro hasta el nivel macro. En dicho contexto, la educación para la salud se convierte en un pilar fundamental para poder promover los posibles cambios.²⁴⁻³¹

Son varias las definiciones de educación para la salud; sin embargo, prácticamente todas coinciden en que es un proceso dinámico que insta a mantener y adoptar estilos de vida saludables. Para que ello suceda se debe informar, ofrecer conocimiento y promover cambios en el medio ambiente en la comunidad, por tanto, es fundamental que el proceso de aprendizaje sea voluntario.³¹

De entre las definiciones más importantes, encontramos la de Anne Sommers: " La educación para la salud debe ser un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos".³¹

La OMS, ofrece una definición un poco más amplia, que sigue la línea de lo propuesto por Sommers, y postula que "Representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones que impliquen en todo momento la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven."³¹

Como se observa en las definiciones, más allá de la mera transmisión de conocimientos relacionados con la salud, la educación en salud pretende motivar el desarrollo de habilidades personales. Tratando de incidir en la reducción de comportamientos de riesgo, busca modificar estilos de vida dañinos, incluyendo las condiciones sociales y ambientales, esto de acuerdo a lo propuesto en la Carta de Ottawa.^{24,31}

Desde el ámbito de salud, específicamente el relacionado con la salud pública y la promoción de la salud, la educación para la salud ha sido ampliamente utilizada. Forma parte de diversas metodologías, una de ellas es la de Intervention Mapping (IM).³²

Intervention Mapping

La metodología denominada IM, es una herramienta útil para ser empleada en el desarrollo e implementación de iniciativas de salud.³² Por ser un modelo dinámico, cíclico y ecológico, permite una toma de decisiones adecuada al problema de salud seleccionado.³² Estas características resultaron muy útiles para alcanzar el objetivo planteado en esta iniciativa ya que el estado funcional del AM, está determinado por determinantes ambientales y personales.

El método IM, comienza con la identificación de necesidades y finaliza con la evaluación de la iniciativa propuesta. Requiere que el problema de salud seleccionado para trabajar sea vigente y que desemboque en un resultado positivo en la salud de los participantes al finalizar el proyecto. Ofrece como ventaja el proveer, al aplicador de la iniciativa, de una visión amplia que aborda desde el nivel individual hasta el nivel ambiental.³²

La metodología adopta la educación para la salud como parte de ella, contempla la modificación de estilos de vida poco saludables y la implementación de políticas públicas que pudieran lograr un cambio a nivel macro. En ese sentido, es necesario que los implementadores de la iniciativa sean de diversas áreas de dominio, para garantizar la integralidad de la iniciativa.³²

Las características del IM, resultaron adecuadas para abordarla en la presente iniciativa: estimulación cognitiva en el adulto mayor para fortalecer la realización de las actividades básicas de su vida diaria. El método condujo a la elección de las teorías o modelos de comportamiento, que de acuerdo a los constructos que describen, se adecuaron al objetivo planteado en este proyecto: la teoría de cambio de comportamiento Social Cognitiva, y el Modelo de Creencias en Salud.

33,34

Teoría Social Cognitiva

La Teoría Social Cognitiva, es una teoría de cambio de comportamiento, que postula que los cambios de conducta se basan sobre todo en la capacidad de la persona para lograr la conducta deseada.³³ Esta capacidad de alcanzar lo propuesto es denominada autoeficacia percibida. La persona al sentirse capaz de realizar alguna conducta propuesta es más fácil que adopte tal o cual comportamiento. En ese sentido, para el presente proyecto, el trabajar con la autoeficacia de los adultos mayores, ofrece una manera viable de continuar con estimulación cognitiva en su vida cotidiana al término de la iniciativa.

Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud se fundamenta en que, la probabilidad de ejecutar una acción que evite una enfermedad está relacionada a un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Estas creencias son los constructos que lo conforman: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida y beneficios percibidos.³⁴

La susceptibilidad percibida, se refiere a la percepción que tiene el sujeto de contraer una situación que ponga en riesgo su salud. Para que esto exista es fundamental que la persona conozca el riesgo de presentar algún evento nocivo. La severidad percibida, hace referencia a la percepción que tiene el individuo de que tan grave es el evento o la enfermedad cuando éste se presenta. Los beneficios percibidos, son aquellos que el sujeto identifica como favorables al realizar acciones preventivas. Existe el constructo de barreras percibidas, las cuales hacen referencia a aquellas situaciones que el sujeto observa como una limitación para realizar un comportamiento.³⁴

Con todos los elementos anteriores, la iniciativa parte desde una perspectiva integral de promoción de la salud, emplea herramientas y conceptos de gran utilidad en la práctica de la salud pública. Aborda una problemática vigente en cuanto a las necesidades de atención de un importante sector de la población.

Estimulación cognitiva en el adulto mayor

La atención dirigida al fortalecimiento del estado funcional del adulto mayor, debe estar enfocado en intervenciones no farmacológicas, ya que estas suelen dejar fuera las características del entorno, en donde este se desarrolla. El trabajar con estimulación cognitiva dirigida específicamente a mantener la autonomía permite alcanzar mayores y mejores cambios de comportamiento. Se recomienda emplear un programa que permita conservar las funciones cognitivas que no han sido afectadas, y cuya afectación pudiera estar relacionada con el desuso.³⁵

Al hablar de funcionalidad cognitiva se hace referencia a la capacidad de realizar ciertas actividades mentales, necesarias en el ser humano para lograr una relación adecuada con el medio que lo rodea. Se ha documentado que la aparición del deterioro cognitivo no suele ser igual en todos los adultos mayores.³⁵

La aplicación de un programa que emplee actividades para estimular cognitivamente al AM, son útiles para disminuir la posibilidad de deterioro en lo que respecta a la capacidad funcional, y evitando que exista un déficit o en caso de que este ya exista; aumente. La edad, representa un factor de riesgo para presentar deterioro cognitivo, el cual ha sido relacionado por diversos autores con la degeneración de tejidos, pero no es el único factor relacionado con la aparición de un deterioro importante, ya que también se le ha relacionado con una falta de estimulación cognitiva.³⁵

VI. Método

Tipo de estudio

Estudio cuasi-experimental que incluyó una iniciativa educativa, con evaluación pre y post en un mismo grupo de AM, con un diseño basado en promoción de la

salud, de acuerdo a la metodología de Intervention Mapping ³² (IM) durante el periodo de febrero a junio 2016.

Población de estudio

La presente iniciativa se llevó a cabo en una casa hogar dirigida a la atención de adultos mayores. Contó con la participación de 16 usuarias de dicha institución. Las participantes, cumplieron con los criterios de inclusión: tener más de 60 años, no padecer debilidad visual severa, no contar con un diagnóstico previo de demencia y saber leer y escribir. La asistencia de las usuarias, fue voluntaria y se solicitó un consentimiento informado oral, secundario a que, si bien querían participar, no estaban dispuestas a firmar un consentimiento informado escrito, como originalmente estaba planeado. El consentimiento oral fue sometido al Comité de Ética del INSP

Descripción del método

La metodología IM, hace uso de un modelo ecológico que permite el análisis de problemas, que brinda un marco para el diseño y evaluación de iniciativas enfocadas en la promoción de la salud. ³² Es un proceso que consta de seis pasos que conforme van sucediendo, permiten el desarrollo natural tanto del diseño como la evaluación del programa en que se trabaja. Cada uno conlleva la realización de diversas actividades, las cuales son descritas a continuación.

Paso 1. Evaluación de necesidades

Se llevó a cabo una investigación formativa sobre las ABVD y su relación con el deterioro cognitivo en el adulto mayor. Se hizo una revisión bibliográfica, observación no participante que abarcó el reconocimiento de la casa hogar y el tipo de convivencia que en ella sucede. Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas dirigidas a usuarias de la casa hogar, que exploraron la capacidad y el modo de realización de las ABVD. (Anexo 1)

La revisión bibliográfica abarcó artículos de divulgación científica enfocada en tópicos de envejecimiento, ABVD, estado funcional y efectos de estimulación cognitiva en AM.

Se caracterizó a las participantes, tomando en cuenta su edad, escolaridad, empleo, situación civil y tipo de usuario de la casa hogar, y con la información obtenida de la investigación formativa, se elaboró un modelo lógico de riesgo y un modelo lógico de cambio diferenciando los factores ambientales e individuales que inciden en el comportamiento del AM.

Paso 2. Desarrollo de objetivos de la iniciativa

A partir de la información obtenida, se determinó el comportamiento de riesgo relacionado con el deterioro del estado funcional y los determinantes implicados en éste. La identificación de estos fue mediante el modelo lógico de riesgo y el modelo lógico de cambio. Se estableció el objetivo de acción y de desempeño, también llamados de cambio.³²

Paso 3. Selección de métodos teóricos y estrategias prácticas

Con los objetivos de desempeño establecidos e identificados los determinantes implicados en ellos, se seleccionó la teoría de cambio de comportamiento que mejor se ajustaba para alcanzar los objetivos planteados. Se eligieron dos teorías de cambio de comportamiento: la Teoría Social Cognitiva, con énfasis en el constructo de autoeficacia y el Modelo de Creencias en Salud con el de severidad percibida.^{33,34}

Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales de la iniciativa

Se elaboró el plan de las sesiones, así como los objetivos que se abordaron en cada una. Se programaron diez sesiones educativas, con una duración de una hora cada una. Se agendaron semanalmente (Anexo 2).

Paso 5. Implementación de la iniciativa

Se realizó la invitación a la iniciativa en los usuarios de la casa hogar, a la hora en que la dirección del lugar permitió y comunicándoselo a las participantes.

Paso 6. Evaluación de la iniciativa

Se llevó a cabo un registro etnográfico empleado para el registro de los avances y la descripción de las situaciones acontecidas con los AM. Este se efectuó durante la realización de las entrevistas semiestructuradas y en todas las sesiones.

Se definió el instrumento pre y post, el cual fue el índice de Barthel ³⁹ (Anexo 3). La escala evalúa la capacidad de realización de las ABVD, mediante un puntaje obtenido en un cuestionario que describe el modo de realización de estas actividades. Su elección se debió a que este instrumento tiene sensibilidad a pequeños cambios en ABVD.

El instrumento, valora las actividades de comer, bañarse, vestirse, arreglo personal, deposición, micción, uso del sanitario, traslado cama-sillón, deambulación y subir y bajar escaleras (Tabla 1). Los puntajes obtenidos en cada parámetro son, finalmente sumados, y de acuerdo a lo obtenido, la funcionalidad en lo referente a las ABVD, es clasificada como:

1. Incapacidad funcional severa: puntaje menor a 45 puntos.
2. Incapacidad funcional grave: puntaje de 45 a 59 puntos
3. Incapacidad funcional moderada: puntaje de 60 a 80 puntos.
4. Incapacidad funcional leve: de 80 a 100 puntos.

La evaluación de proceso fue realizada mediante el cumplimiento de actividades mediante una lista de chequeo (Anexo 4). Se incluyó, además, un cuestionario de satisfacción de las sesiones dirigido a las participantes de la iniciativa (Anexo 5) y lista de asistencia en cada sesión (Anexo 6).

Tabla 1. Ítems del instrumento pre y post

PARÁMETRO	CARACTERÍSTICAS DE LA REALIZACIÓN			
Comer	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Bañarse	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión		
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	Dependiente. Necesita ayuda	
Arreglo personal	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, lavarse las manos etc.	Dependiente. Necesita ayuda		
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por si mismo	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	Incontinencia. Más de un episodio diario	
Uso del sanitario	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	
Traslado sillón-cama	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	Dependiente.
Subir y bajar escaleras	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisión	Necesita ayuda o supervisión	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	

Fuente: Índice de Barthel 38

VII. Procesamiento y análisis de la información.

La información obtenida a través de los instrumentos descritos fue capturada en el paquete Office 365. En Excel se recopilaron los datos obtenidos, y se realizó una comparación entre los resultados de la evaluación pre-test y post-test. De este modo, se analizaron mediante medidas de tendencia central la posible variación de la realización de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores participantes en la iniciativa, así como el proceso de la misma.

La información cualitativa fue analizada mediante matrices realizadas en el programa Excel, estableciendo los ítems de realización de ABVD, con quién lo hacían, conocimiento sobre estimulación cognitiva, percepción del envejecimiento y percepción de autosuficiencia. Estas matrices fueron obtenidas al transcribir las entrevistas semiestructuradas en Word, ya que fueron primeramente grabadas. El registro etnográfico, fue transcrito en Word, y trasladado a Excel, para su análisis mediante matrices.

VIII. Consideraciones éticas

El proyecto de titulación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. A todas las participantes se les solicitó consentimiento informado oral para participar en la iniciativa (Anexo 7).

IX. Resultados

La descripción de resultados está estructurada con base en los pasos establecidos por la metodología de Intervention Mapping.³²

Paso 1. Evaluación de necesidades

La iniciativa contó con 16 participantes, destaca que el 100% (n=16), fueron mujeres, con rangos de edad de 72 a 91 años, con una mediana de edad de 79 años. Resalta que ninguna tiene primaria completa, solo saben leer y escribir. El 87.5% (n=14) fueron desempleadas. En cuanto al estado civil, ninguna tenía pareja, 56% (n=9), eran viudas, y el 44% solteras (n=7). Además, 56% (n=9), fueron personas usuarias de día de la casa hogar, mientras que el 44% (n=7), eran residentes del lugar (Tabla 2).

Tabla 2. Características de las participantes (n=16)

Edad		Ocupación		Situación en la casa hogar		Estado civil	
70 a 75 años	31.25%	Sin empleo	87.5%	Residentes	43.75%	Soltera	18.75%
76 a 80 años	25%						
81 a 85 años	31.25%	Con empleo	12.5%	Usuarías de día	56.25%	Viuda	81.25%
86 años y más	12.5%						

Fuente: Elaboración propia

A partir de la revisión bibliográfica y de los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas se procedió a realizar un análisis del comportamiento y sus determinantes. Se estableció que el deterioro del estado funcional referente a las ABVD, está relacionado con el deterioro cognitivo, y que está determinado por factores personales y ambientales¹ (Figura 2. Modelo lógico de riesgo).

Determinantes personales

Los determinantes personales fueron diferenciados en predisponentes, reforzadores y facilitadores, empleando el modelo precede-procede, tal como lo indica la metodología IM.^{32,36} Los primeros hacen referencia a aquellos que predisponen a cierta situación. Los reforzadores, son aquellos que su existencia supone un aumento de probabilidad de que la situación negativa suceda. En tanto que los facilitadores, son factores positivos para implementar un cambio de comportamiento.

Los factores predisponentes encontrados en la revisión bibliográfica, engloban características fisiológicas como la edad avanzada y el género. Se encontró que, a mayor edad, existe una mayor posibilidad de padecer algún tipo de dificultad para realizar las ABVD, y que las mujeres son más susceptibles a ello. En cuanto a factores sociales, se determinó que el ser un AM sin ocupación, el tener una baja escolaridad y encontrarse en situación de pobreza tiene un alto impacto en la funcionalidad del adulto mayor. Además, se identificó que el no conocer las implicaciones del deterioro cognitivo sobre la funcionalidad es un factor de riesgo.^{1-14,18, 21,36}

Los factores predisponentes detectados en las entrevistas semiestructuradas fueron similares en algunos puntos, sobre todo en lo referente al género: todas las participantes fueron mujeres, la baja escolaridad y el desconocimiento sobre el deterioro cognitivo. Sin embargo, se observó una diferencia en cuanto a la edad y el estado funcional: las participantes de edades mayores no mostraron mayor diferencia funcional en comparación con las más jóvenes.

De los factores reforzadores, se identificó que la percepción negativa del envejecimiento y la apatía hacia la inclusión de los AM por parte de la sociedad aumenta el riesgo de padecer una disminución en la realización de ABVD. Como hallazgo importante, se determinó que las redes sociales son vitales, ya que el estar rodeado de pares apáticos y poco colaborativos, que desconocen el deterioro cognitivo y las implicaciones de este en la funcionalidad, fungen un papel importante en la vida del AM.^{1-14,18, 21,36}

Los factores reforzadores detectados en las entrevistas semiestructuradas reflejaron una percepción negativa del envejecimiento, pero mostraron discordancia en lo revisado teóricamente en cuanto a sentirse poco incluidos en la sociedad, esto por que formaban parte de una institución: la casa hogar, en la que se sentían aceptados. Situación especial en las participantes ya que no se puede generalizar entre todos los AM.

Como factores facilitadores para la implementación de esta iniciativa se encontró la disponibilidad de tiempo por parte de los AM, su acceso a la participación por ser sujetos cautivos en la casa hogar en donde se trabajó. Además, se revisó

acerca de la plasticidad neuronal residual presente en los AM, que funcionará como medio para el aprendizaje. ^{1-14,18, 21,36}

Determinantes ambientales

De igual modo, los hallazgos de los determinantes ambientales fueron divididos de acuerdo a las capas sugeridas en el modelo precede-procede. ^{32,37} Se determinaron los factores interpersonales, organizacionales, comunitarios y sociales.

En los factores interpersonales se identificó que la modificación de rutinas y de relaciones familiares durante la adultez mayor representa un factor de riesgo para la funcionalidad. Además, se encontró que el tener un cuidador primario aún sin padecer alguna disminución de la funcionalidad podría tener un impacto negativo en la salud del AM. ^{1-14,18, 21,36}

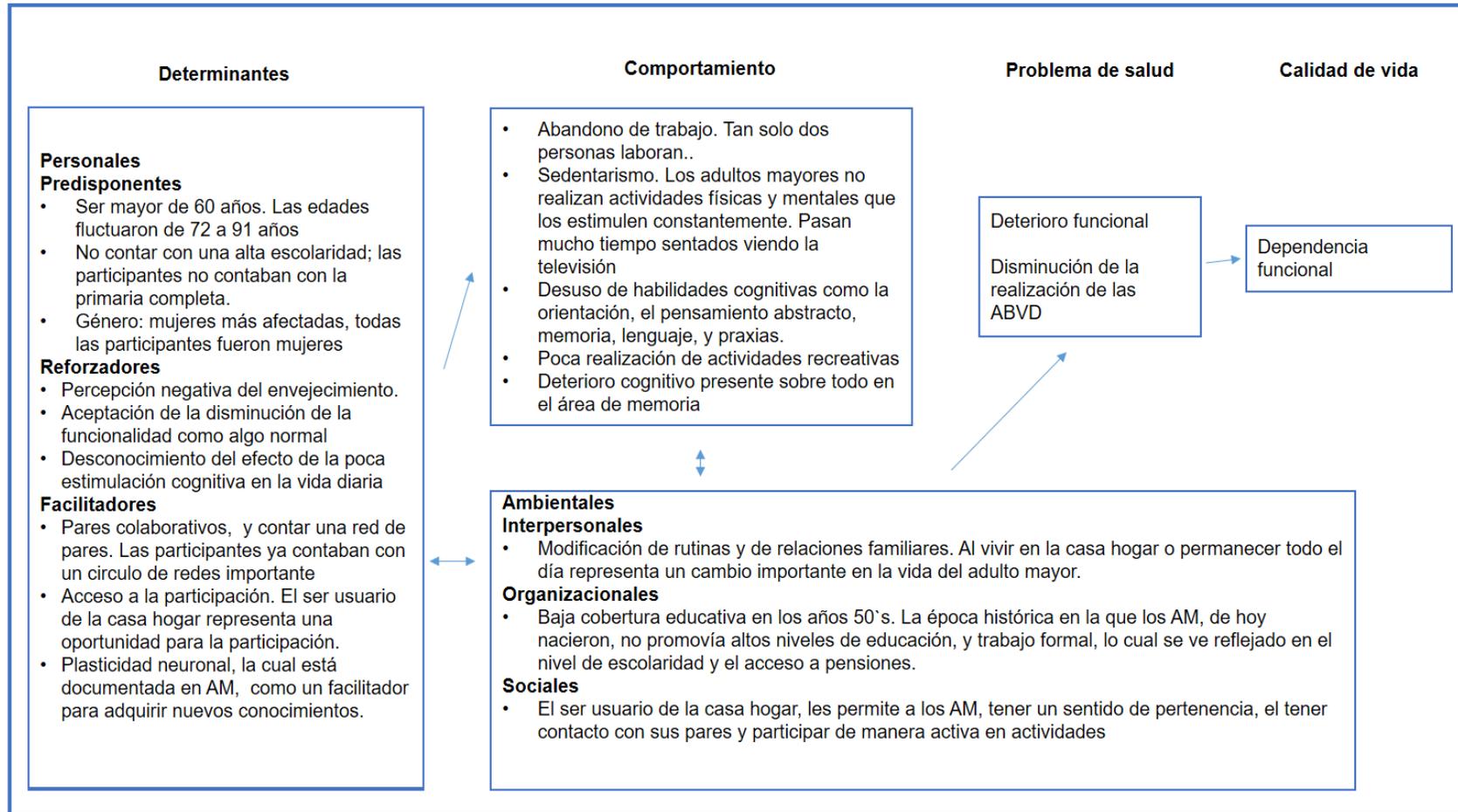
"Mi hija ya no me deja hacer mucho, le digo que todavía puedo, pero ella dice que ya estoy viejita y que tiene que cuidarme, y pues no me gusta, yo todavía puedo."
(Entrevista 7)

Las participantes entrevistadas, refirieron que antes de asistir a las actividades de la casa hogar, permanecían todo el tiempo en casa, con poca oportunidad de realizar trabajos, puesto que los familiares no se los permitían. Esta situación fue reportada como algo que no era agradable, porque les hacía sentir inútiles.

"Pues antes andaba mucho de arriba para abajo, ya no puedo tanto, pero no quiero llegar a ser una viejita que tengan que ayudarle para ir al baño." (Entrevista 2)

En los factores organizacionales, se determinó que las situaciones de vida previas de los ahora AM, tienen impacto directo en el bienestar presente y futuro. La baja cobertura educativa en los años 50`s, la baja participación laboral formal de la población ahora adulta mayor en sus años económicamente activos; tener bajos ingresos, un sistema de pensiones inequitativo que no permite a todos los AM tener acceso a servicios de salud, representan un riesgo para el bienestar de los AM en lo que respecta a la funcionalidad. ^{1-14,16}

Figura 2. Modelo lógico de riesgo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión bibliográfica y de las entrevistas semiestructuradas.

En los factores comunitarios, se determinó que la baja participación de los AM, en actividades públicas o asociaciones implica un riesgo de aislamiento y pérdida de funcionalidad. En lo referente a situaciones sociales, se encontró que las instituciones de salud dirigidas a ellos son insuficientes desde el primer nivel de atención.^{1,16}

En este sentido, el ser usuaria de la casa hogar, y tener acceso a los servicios que ésta ofrece se observa como un factor positivo que permite que los adultos mayores tengan menor riesgo de aislamiento. Las participantes refirieron en las entrevistas el realizar actividades con miembros de la casa hogar.

"Con las personas de aquí, todos somos igual de lentas" (Entrevista 4)

Con lo anterior determinado, y continuando con la aplicación del modelo precede-procede, se realizó el modelo lógico del problema de salud empleando únicamente los factores encontrados en la población participante. Se establecieron los determinantes personales, ambientales, y el comportamiento relacionado con el problema de salud, y se estableció el impacto del problema de salud en la calidad de vida de los AM (Figura 2). Con la información recopilada se eligieron los determinantes que se podrían abordar, y se realizó el modelo lógico de cambio (Figura 3). Los factores seleccionados fueron aquellos que podían ser modificados por la iniciativa, además de los que facilitarían el conseguir los resultados planteados en el tiempo de duración que tuvo el proyecto.

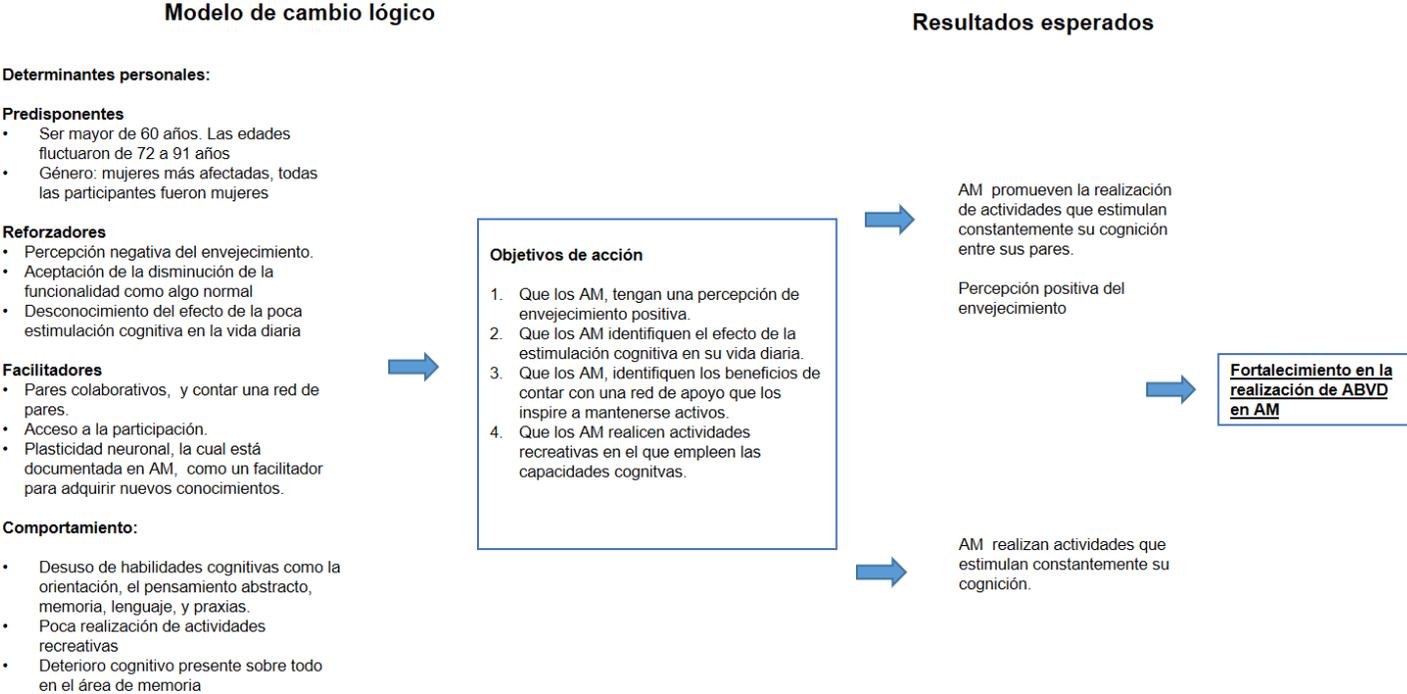
Paso 2. Desarrollo de objetivos de la iniciativa

El paso uno de la metodología IM, permitió evaluar las necesidades y con base en lo identificado, se definieron los objetivos de cambio. En este caso, fue la realización de actividades que estimularan cognitivamente a los AM para fortalecer las ABVD. Para lograrlo, se requieren cambios en el comportamiento y en los factores personales y ambientales. Estos fueron identificados y son denominados objetivos de acción (Figura 3).

Con la identificación de ellos en el modelo lógico de cambio, se procedió a realizar una matriz que permitió definir los determinantes relacionados con los objetivos de acción (Tabla 3. Los constructos identificados fueron: conocimiento, autoeficacia y severidad percibida.

Posterior a su definición, fue necesario realizar nuevamente una revisión bibliográfica, esta vez referente a las teorías de cambio de comportamiento que pudieran ajustarse al presente proyecto. Como resultado, se identificó la necesidad de emplear dos teorías: la Social Cognitiva y el Modelo de Creencias en Salud.^{33,34}

Figura 3. Modelo de cambio lógico



Fuente: Elaboración propia

Paso 3. Selección de métodos teóricos y estrategias prácticas

Con la información recabada hasta este paso, fue necesario revisar intervenciones documentadas que emplearan la estimulación cognitiva para promover la realización de ABVD. En ellas se encontró que las promociones de cambios de comportamiento resultaban útiles para lograr el fin.

Si bien, la mayor parte de las investigaciones referentes a este tema están enfocadas en personas con diagnóstico de demencia, se encontró que el incremento de conocimientos a partir de demostraciones y prácticas resultaba útil. Además, se identificó una relación positiva en la realización de este tipo de actividades en centros dedicados a AM con los resultados obtenidos.²¹

Con la información recopilada, se optó por hacer un diseño de sesiones educativas que emplearan prácticas guiadas y modelamiento, en donde se emplearon técnicas de aprendizaje activo y aprendizaje significativo.

Tabla 3. Métodos teóricos y estrategias prácticas

Objetivo de la iniciativa: Estimulación cognitiva en adultos mayores para fortalecer las actividades básicas de su vida diaria			
Objetivos de acción:	Determinantes	Teoría o modelo de comportamiento	Estrategia didáctica
1. Los AM, tienen una percepción positiva el envejecimiento.	Susceptibilidad percibida	Modelo de creencias en salud	Aprendizaje activo
2. Los AM. Identifican el efecto de la estimulación cognitiva en su vida diaria	Conocimiento	Teoría social cognitiva	Aprendizaje activo
3. Los AM, se sienten capaces de realizar actividades que los estimulen cognitivamente.	Autoeficacia	Teoría social cognitiva	Aprendizaje activo, aprendizaje significativo
4. Los AM, invitan a sus pares a realizar actividades que los estimulan cognitivamente	Beneficios percibidos	Modelo de creencias en salud	Aprendizaje significativo

Fuente: Elaboración propia

Paso 4. Elaboración de los componentes y materiales de la iniciativa

La iniciativa se diseñó para diez sesiones educativas, con una duración de 60 minutos cada una, programada cada semana en las instalaciones de la casa hogar, en la sala de usos múltiples. Las sesiones y los materiales empleados fueron ajustados de acuerdo a los materiales con los que se contaba en la casa hogar, y fueron descritos en las cartas descriptivas (Anexo 6).

La casa hogar cuenta con materiales de tipo lúdico, que incluyen diversos juegos como la lotería, memoramas, rompecabezas, entre otros. La estructura del lugar cuenta con un salón de usos múltiples en el que hay mesas de trabajo, pizarrón y cuenta con iluminación adecuada.

Además de identificar el material con el que se trabajó, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tipo de materiales que son útiles para estimular cognitivamente al AM. La presente iniciativa se enfocó en la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, pensamiento abstracto, lenguaje, praxias y memoria, como un medio para fortalecer la realización de las ABVD.²¹

Con el fin de realizar sesiones que motivaran la participación de los AM, la iniciativa fue diseñada para que, lo que se realizara fueran actividades lúdicas, que promovieran la integración del grupo, y de este modo aportar, además, beneficios sociales. Se promovió que la experiencia de participación fuera en un ambiente de confianza.

Con lo anterior establecido, se procedió a definir las habilidades que se abordaron en cada sesión, además de las actividades que permitieron alcanzar los objetivos de acción definidos en pasos anteriores. Se eligió realizar tareas que permitieran estimular varias capacidades cognitivas al mismo tiempo, para optimizar el tiempo y tener un mayor alcance en cada sesión. (Tabla 4)

Tabla 4 . Descripción de las sesiones

Sesiones	Habilidades cognitivas estimuladas	Objetivos de acción a alcanzar
Sesión 1	Identificación del concepto, importancia y los beneficios de la estimulación cognitiva en los AM	Las participantes identifican el efecto de la estimulación cognitiva en su vida diaria
Sesión 2	Orientación visoespacial, memoria y pensamiento abstracto	
Sesión 3	Orientación visoespacial, memoria y pensamiento abstracto	
Sesión 4	Orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias	Las participantes tienen una percepción positiva del envejecimiento.
Sesión 5	Orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias	Las participantes realizan actividades que los estimulan cognitivamente.
Sesión 6	Orientación visoespacial, memoria, lenguaje, praxias	
Sesión 7	Orientación visoespacial, memoria y praxias	Las participantes invitan a sus pares a realizar actividades que los estimulan cognitivamente
Sesión 8	Orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias	
Sesión 9	Orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias	
Sesión 10	Orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias	

Fuente: Elaboración propia

Paso 5. Implementación de la iniciativa

Diseñado el programa y aprobado por el Comité de Ética del INSP, se realizó la invitación a los usuarios de la casa hogar. Se efectuó una sesión informativa en donde se presentó el proyecto.

En cada una de las sesiones se realizaron diversas actividades y se llevó a cabo un registro etnográfico. Se buscó que cada sesión estimulara ciertas capacidades cognitivas, con diversas actividades que lo permitieran.

Sesión 1

La primera sesión estuvo dirigida a que los AM, participantes identificaran el concepto, la importancia y los beneficios de la estimulación cognitiva en su vida diaria. Para ello, se empleó la técnica “*Lluvia de ideas*”. Esta sesión fue especialmente útil para identificar a los participantes y su conocimiento sobre la estimulación cognitiva, además de que permitió observar la dinámica de redes sociales que había dentro del grupo.

Las participantes comentaron lo que sabían de deterioro cognitivo y se observó que algunas sí manejaban el término, sin embargo, fueron las mínimas, la facilitadora debió explicar con detalle a qué se referían y el impacto que estas tienen en la vida del AM. Además, se mostraron más interesadas en la participación cuando se abordaron los riesgos de dependencia, sobre todo, las referentes al vestirse, bañarse y uso del sanitario. Resultó interesante que algunas tomaran nota de lo comentado en la sesión.

En cuanto a la dinámica, las participantes se acomodaron con sus pares cercanos, mostró que cada grupo tiene su mesa designada, los AM, al llegar se dirigían directamente a su grupo y mesa, sin que se definiera previamente donde debían acomodarse.

Durante esta primera sesión, además de cubrir el objetivo de acción uno y dos, el primero referente a la percepción positiva del envejecimiento y la identificación de la estimulación cognitiva y sus efectos en la vida diaria, se identificó a los participantes y sus características de participación y socialización.

Sesión 2 y 3

La segunda y tercera sesión estuvieron enfocadas en estimular las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria y pensamiento abstracto. Los materiales empleados fueron tarjetas blancas y lápices. En estas sesiones fueron realizadas las siguientes actividades:

“María Cristina me quiere gobernar” que consistió en que los participantes anotaron en tarjetas un comportamiento que evitara caídas en el baño.

Posteriormente, estas fueron comentadas en las mesas de trabajo y acomodadas en el orden de realización e importancia, de acuerdo a sus consideraciones.

“Oh que gusto de volverte a ver”, fue una actividad en la cual, las participantes acomodaron las tarjetas que habían llenado que eran similares entre sí, y fueron utilizadas para jugar memorama. Esto se llevó a cabo en cada mesa de trabajo.

En la tercera sesión, se llevaron a cabo dos actividades *“Lotería”* y *“Cuenta cuentos”*. La primera, es el juego mexicano de cartas y descarte. La segunda actividad, consistió en realizar un cuento grupal con las figuras de este juego.

En ambas sesiones, se continuó identificando el grado de participación y los medios para conseguir el interés del grupo y así alcanzar los objetivos planteados. Además, fue muy útil para determinar las actividades que son mejor recibidas, como la lotería, así como aquellas que representaron un mayor reto, como lo fue la actividad que implicaba formar un cuento.

Sesión 4 y 5

La sesión cuatro y cinco, estuvieron enfocadas en estimular las habilidades de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, y praxias. Para ello se realizaron las actividades *“Armando figuras”*, *“Sumando y restando en movimiento”*, *“Un velero llamado libertad”* y nuevamente el juego de *“Lotería”*.

Para las actividades *“Armando figuras”* y *“sumando y restando en movimiento”*, se entregó a cada participante una hoja con un número del 0-9 y una cinta de zapato. Se solicitó que pegaran la cinta encima del número asignado con cinta que había en cada una de las mesas. Al finalizar, se les pidió levantarse de sus mesas con sus hojas, acomodarse de menor a mayor – de acuerdo al número que tenían-. Después, se decía algún número y las participantes debieron acomodarse de modo que los números que tenían sumaran o restaran el número asignado.

La actividad *“Un velero llamado libertad”*, consistió en armar un barco de papel con hojas blancas. Esta actividad no se llevó a cabo por todas las participantes ya que no pudieron realizarla, por lo que se procedió a jugar *“Lotería”*.

En estas sesiones, se buscó además de la estimulación cognitiva, el que los AM tuvieran contacto con sus pares que generalmente no tenían. Esto último enfocado en alcanzar el objetivo de desempeño cuatro, que consiste en que las usuarias inviten a sus pares a realizar actividades que los estimulen cognitivamente, para fortalecer su estado funcional.

Sesión 6

La sexta sesión tuvo actividades relacionadas con el lenguaje y coordinación motora, la primera actividad denominada "*Tres tristes tigres*", consistió en la pronunciación de trabalenguas mientras abrían y cerraban los puños. La segunda actividad "*Los caminos de la vida si son como yo pensaba*", consistió en la unión de puntos para llegar a un camino.

En la actividad relacionada con el trabalenguas, además de la estimulación cognitiva, se buscó realizar un trabajo grupal, para seguir fomentando el aumento de las redes de los AM, dentro de la institución. La segunda actividad, estuvo mayormente enfocada en orientación visoespacial, utilizando laberintos en hojas de papel.

Sesión 7

En la séptima sesión se realizó una actividad, la cual estuvo relacionada con orientación visoespacial. El nombre del ejercicio fue "*Juego de manos, no es de villanos*", en donde las participantes dibujaron el contorno de su mano izquierda en una hoja y después la pintaron.

Además de la habilidad cognitiva que se planeó estimular, la actividad estuvo relacionada con la autopercepción y autoeficacia, ya que las participantes debían observarse y dibujarse.

Sesión 8

La octava sesión presentó la actividad “*Y si Adelita se fuera con otro*” que consistió en que las personas formaran una historia de modo grupal, sobre qué harían si ese personaje los abandonara. La segunda actividad constó en armar rompecabezas. Estas actividades fueron establecidas para estimular las habilidades cognitivas de lenguaje, pensamiento abstracto, orientación visoespacial y praxias.

Nuevamente, una de las actividades estuvo enfocada a realizarse de manera grupal, evitando fragmentaciones por equipos e incentivando la socialización entre las participantes de la iniciativa.

Sesión 9 y 10

Estas sesiones estuvieron enfocadas en estimular las habilidades de pensamiento abstracto, orientación visoespacial, memoria y lenguaje. Mediante las actividades “*Pájaro volando*”, una descripción personal, llamada “*Soy muy buena*”.

La primera actividad consistió en encerrar en círculos pájaros presentes en una hoja en donde había varias ilustraciones. La segunda actividad, fue una descripción personal de las cualidades de las participantes.

La descripción de las participantes, fue encaminada a cualidades positivas que permitieran a las AM, reconocerse y trabajar para una percepción positiva del envejecimiento. Con ello, se buscó trabajar la autoeficacia de las participantes de la iniciativa.

Paso 6. Evaluación de la iniciativa

Durante la primera sesión de la iniciativa, se llevó a cabo la realización del pre-test, el cual identificó el grado de realización de las ABVD, mediante un cuestionario aplicado por la facilitadora. Un mes después de la finalización de las sesiones, se aplicó el mismo instrumento a las participantes que cubrieron la asistencia a la totalidad de las sesiones.

Entre los resultados obtenidos en el pre-test y en el post-test, no se encontró aparente variación en la realización de las ABVD. Este resultado se observó como positivo ya que, entre las participantes no hubo pérdida de funcionalidad durante los meses que duró la presente iniciativa.

El nivel de funcionalidad encontrado en las participantes fue de un 87.5% (n=14) como incapacidad funcional leve y solo un 12.3% (n=2) con funcionalidad leve. Este resultado fue igual en lo reportado en el instrumento post-test,

Cabe destacar que las ABVD en las que se no se reportó dificultad para su realización fueron bañarse, vestirse y el uso del sanitario. La actividad de deposición, deambulación y el subir y bajar a escaleras si reportaron disminución en su realización. La ABVD de deposición se vio afectada en un 6.25% (n=1), la de deambulación en un 37% (n=6), y la más afectada fue la de subir y bajar escaleras con un 81.25% (n=13).

Al analizar los datos por edad y la realización de ABVD, no se encontró relación alguna. Destaca que si se encontraron diferencias en el nivel de funcionalidad entre las usuarias de día y las residentes del lugar. Las usuarias de día, el 23.3% (n=2), reportó una funcionalidad conservada vs 76.6 (n=7) reportaron una disfunción de la capacidad leve. En cuanto a las residentes, se encontró que el 100%(n=7) de las residentes, presentaron una incapacidad funcional leve.

Tabla 5. Resultado del instrumento pre y post-test

Ítem	Descripción	Porcentaje de realización Pre test	Porcentaje de realización Post- test
Comida	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	62.5	62.5
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	37.5	37.5
Lavado (baño)	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	100	100
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	100	100
Arreglo	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse la manos etc.	100	100
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	93.75	93.75
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	6.25	6.25
Micción	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por si mismo	100	100
Usar el sanitario	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	100	100
Traslado (Cama / Sillón)	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	100	100
Deambulación	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	62.5	62.5
	Necesita ayuda física o supervisión	31.25	31.25
	Independiente en silla de ruedas. Requiere ayuda o supervisión	6.25	6.25
Subir y bajar escalones	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisión	18.75	18.75
	Necesita ayuda o supervisión	81.25	81.25

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el instrumento pre-test y post-test

La realización del pre-test, tuvo una duración diferente entre cada una de las participantes, en algunos casos de 15 minutos con otros de hasta 30. Se observó

que el responder a ciertas preguntas del instrumento causaba timidez entre las participantes, sobre todo las relacionadas con el bañarse y el uso del sanitario.

Evaluación cualitativa

En el registro etnográfico, se recabó información de la evolución de las participantes durante las sesiones, así como las dificultades que se observaron en la realización de algunas actividades. Se obtuvo información acerca de varias situaciones, sobre todo lo que tiene que ver con su percepción del envejecimiento.

Se observó la poca permeabilidad que tienen los AM con sus grupos. Prefieren unirse con las personas que ya conocen y no se aventuran a socializar con los demás. Sin embargo, se mostraron colaborativas cuando se les solicitaba que ayudaran a sus pares.

Existe una diferencia importante en la rapidez con la que realizan las actividades, por lo cual es necesario, incentivar la ayuda a los demás para no perder el interés en las actividades propuestas y esto puede ser usado para promover la socialización con personas con las que no son cercanas.

Se encontró que la mayor parte de las participantes tenían miedo de sufrir caídas, puesto que ya en algún momento de su vida les había pasado, sobre todo en el baño, por lo que debían tener más cuidado. Además, se observó una normalización en la disminución de algunas funciones y que los AM, presentan problemas al reconocer cosas positivas de sí mismas. Las participantes lo referían en un tono festivo y de burla. En este sentido, se observó timidez al mostrar las deficiencias presentadas frente al grupo.

Utilizar juegos con un arraigo cultural, provocó que las actividades fueran bien recibidas, ya que el sentido de pertenencia provocó cohesión entre todas las participantes, como fue el caso del trabalenguas y de la lotería. Por otra parte, realizar actividades que les resultan difíciles les provoca frustración, como lo fue la realización de un barco de papel. Esta frustración pudiera ser resultado del miedo expresado por las participantes a no ser útiles, como se comentó con anterioridad. Armar una historia representa un problema para los AM, les cuesta

trabajo cuando el trabajo es oral, por lo que se pidió que lo escribieran, y esto resultó con mayor aceptación.

El registro etnográfico identificó que el conocimiento sobre el deterioro cognitivo y su estado funcional en las participantes tuvo un aumento y además promovió un interés por estar informados. Este interés fue observado cuando las participantes ese mostraron interesadas en realizar actividades que las estimularan con el fin de no deteriorarse.

Además, se observó una aceptación positiva del envejecimiento, ya que al final de las sesiones, ya no existían comentarios negativos sobre el envejecimiento, esto aunado a que, las redes sociales de las participantes fue ampliándose.

Evaluación de proceso

Se llevaron a cabo además del instrumento pre y post y el registro etnográfico, listas de asistencia en cada una de las sesiones, en donde se recabaron los datos de las asistentes. Este instrumento funcionó para determinar el grado de aceptación, midiendo la participación constante y nueva de las usuarias de la casa hogar en la iniciativa y si bien se tuvo una variación en la asistencia diaria, la sesión con menos participación contó con 19 participantes y la más alta fue de 24. El presente proyecto utilizó para su análisis solo a 16 usuarias, las cuales participaron en todas las sesiones y a las cuales se les aplicó tanto el instrumento pre-test, como el post-test.

En cuanto a la evaluación de proceso en lo que respecta al cumplimiento de las actividades propuestas vs las realizadas se realizó en cada sesión una lista de chequeo. En cada una de las sesiones se sobrepasaron los 60 minutos estipulados, quedando en 75 minutos aproximadamente cada una. Esta situación se debió a que, además de explicar las instrucciones de manera grupal, se debió repetirlas en cada mesa. Ello provocó la adaptación de varias de las actividades estipuladas en el diseño inicial. Un ajuste de tiempo necesario por las características de las participantes.

En cuanto a la evaluación de satisfacción, esta se llevó a cabo en la sexta sesión mediante un cuestionario en el que se respondía de forma anónima la opinión de las participantes sobre la iniciativa. El resultado global del cuestionario fue un 100% de satisfacción con los materiales, facilitadora y trato en cada sesión. En lo que respecta a las preguntas abiertas del instrumento, la respuesta más referida fue que no les gustaba armar cosas, como el barco de papel, pero que en general las actividades les habían gustado.

“La doctora (así se referían a la facilitadora) es muy amable, tiene mucha paciencia y las actividades que nos pone son divertidas.” (P 12)

X. Discusión

Los resultados obtenidos reportan dificultad en la deambulaci3n y el subir y bajar escaleras; sin embargo, estos resultados no son referidos por las participantes como una deficiencia sino como algo normal para su edad. Esto resulta importante, puesto que, con base en su percepci3n se asumen como autosuficientes.

Esta percepci3n de funcionalidad en lo que respecta a las actividades b3sicas de la vida diaria, resulta favorecedora para el desarrollo funcional de los AM, ya que se ha demostrado que existe una relaci3n entre la percepci3n positiva y el nivel de funcionalidad en las ABVD.⁴²⁻⁴³

Esta referencia de autosuficiencia de las participantes, puede ser resultado de pertenecer a un grupo, en este caso, la casa hogar, y el sentido de pertenencia que esta les da, teniendo una red de apoyo en la que se comparten las deficiencias.

En este sentido, tambi3n resulta pertinente hablar de la autoeficacia percibida, ya que su capacidad de llevar a cabo una actividad se ve como algo posible.⁴⁴ Esta situaci3n se ve fortalecida por las redes de apoyo con las que se cuenta en la casa hogar, dado que se concibe como parte normal y se ve reflejado en los pares. Esto ha sido reportado en varios estudios, que asocian la soledad y la carencia de redes con un sentido pobre de autoeficacia.⁴⁵

La percepción de autosuficiencia puede verse afectada cuando se enfrentan a situaciones que no pueden manejar, y representa un problema en los trabajos enfocados en AM, ya que se puede afectar de modo importante la percepción de autosuficiencia por una percepción negativa. Esto se vio reflejado en la actividad “*Un velero llamado libertad*”, ya que, al no poder realizarlo, las participantes se mostraron frustradas y renuentes a seguir realizándolo.

Lo anterior muestra una sensibilidad importante en los AM hacia las actividades que pueden resultar negativas en su autopercepción y que se ha relacionado con resultados no exitosos en iniciativas en esos grupos.^{45,46}

En cuanto a la funcionalidad de los AM y el entorno, diversos autores coinciden en que la disminución de la funcionalidad en la realización de las ABVD, son atribuidas a la inactividad, baja comunicación, pero sobre todo con la pobre interacción social.^{47,48} También se coincide en que la funcionalidad percibida es resultado de un entorno que facilite la socialización con sus pares y la seguridad social.^{43, 47}

Se sabe que el contar con redes de apoyo compensa en gran medida las pérdidas que se han tenido a lo largo de la vida. De este modo, la socialización trae consigo beneficios importantes en la vida de los AM, otorgando herramientas de afrontamiento, y algunos autores mencionan que mejora la autopercepción del adulto mayor.⁴⁹

El grupo donde se trabajó, reporta que las participantes tienen redes sociales definidas. Y de acuerdo a la literatura esta situación pudiera ser factor para la percepción de funcionalidad que tienen las participantes sobre las ABVD.⁴⁹

Con lo anterior, se expresa la importancia de que existan instituciones que brinden programas a AM, puesto que se facilita la interacción social. Esta interacción social se convierte en un factor protector para la funcionalidad del AM.⁴⁹

La existencia de instituciones como esta casa hogar, en donde el trato al adulto mayor es de manera amplia, pues ofrece programas que incluyen actividades

recreativas y de salud se convierten en un medio de prevención para la disminución de la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Ante esta situación de causalidad, el abordaje sistémico resulta vital para realizar intervenciones en AM. Se debe destacar el trabajo con los pares y con el concepto propio de funcionalidad, ya que esto se convierte en un factor predictor de autonomía.⁵⁴ Con este panorama, el adulto mayor puede desarrollarse durante los últimos años de su vida de modo satisfactorio, y el término envejecimiento saludable se convierte en una condición.

Diagnóstico de la funcionalidad

La información que se tiene a nivel nacional sobre funcionalidad pertenece a dos encuestas nacionales: ENASEM y ENSANUT.^{17,23} Los reportes obtenidos a partir de ellas, han dado origen a gran parte de la información bibliográfica recabada sobre la situación de funcionalidad referente a las ABVD de los AM en México. Por ello, se esperaba que los resultados obtenidos sobre funcionalidad de ABVD, en la presente iniciativa presentaran similitudes con esos datos, sin embargo, no fue así.

Se encontraron diferencias en la prevalencia de realización de ABVD y en las actividades mayormente afectadas. Las encuestas nacionales reportan una prevalencia de dificultad para realizar ABVD menor al 30%, y arrojan que la actividad más afectada es el uso del sanitario.^{17,23} La evaluación pre-post en este trabajo reporta en cambio, que existe una prevalencia de 87.5% de dificultad para realizar ABVD y que lo más afectado es la deambulación y el subir y bajar escaleras.

La marcada diferencia entre estos resultados debe observarse con cautela ya que es resultado de los instrumentos aplicados para su evaluación. Las encuestas nacionales emplean el índice de Katz,^{17, 23} y esta iniciativa utilizó el índice de Barthel.³⁸

Si bien ambas escalas son útiles para detectar el nivel de funcionalidad del AM en lo referente a las ABVD, presentan diferencias en los ítems revisados. El índice de Katz, valora el grado de continencia en un solo ítem, mientras que Barthel, lo divide en continencia anal y continencia vesical. En la valoración de la movilización también presentan diferencias, ya que Katz solo valora movilidad y Barthel, traslado, deambulación y subir y bajar escaleras.^{38,39}

En este punto, es válido preguntarse la razón de la elección del instrumento en este trabajo. Durante la investigación teórica, en la elección de métodos e instrumentos, se revisó literatura al respecto, y se encontró que el índice de Katz, además de ser un instrumento que necesita mayor capacitación para quien dirige la investigación e implementa la iniciativa, es recomendado para pacientes hospitalizados, mientras que Barthel, es un instrumento sencillo, empleado en casas de día de AM, y que, por su diseño, presenta una mayor sensibilidad a pequeños cambios.³⁹

Otro punto importante de mencionar es que la duración de la iniciativa, por las limitaciones de tiempo, no permitió plantearse como objetivo aumentar la realización de ABVD, sino su fortalecimiento, y en su caso detectar un posible cambio. En este sentido, el instrumento que más se adecuó fue el índice de Barthel.³⁸⁻⁴⁰

A pesar de las discrepancias descritas en los resultados obtenidos en esta iniciativa y lo reportado por las encuestas nacionales, existe una similitud importante: la movilidad está relacionada con la incontinencia urinaria. La primera, reportada como mayormente afectada en este trabajo y la segunda, en la revisión bibliográfica, es que, en varios estudios, se ha relacionado el uso del sanitario con la incapacidad de llegar a él.^{13, 41}

XI. Conclusiones

La realización de esta iniciativa mostró que el trabajo con AM, es una labor compleja, sobre todo cuando se abordan temas sensibles para ellos, como lo es la dependencia, en este caso en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Esta situación reportada y observada por los AM, resalta la necesidad de un abordaje integral que incluya la interacción del entorno e individuo.

Es importante comprender la situación de los AM, en su cotidianidad, y el trabajar con un enfoque mixto resulta muy enriquecedor. Sin embargo, es fundamental el contar con una capacitación teórica y técnica importante, que permita conocer y tener las herramientas para el trato que se debe ofrecer a los AM.

Esto fue observado durante las sesiones llevadas a cabo y en la identificación del estado funcional en lo referente a las ABVD, realizadas en la presente iniciativa. Ello se reflejó en la aceptación del proyecto y en los resultados obtenidos.

La comprensión en distintos niveles de la problemática abordada, fue fundamental para alcanzar un mayor entendimiento sobre la situación abordada, ya que permitió identificar las necesidades y situaciones percibidas por la población trabajada. La metodología Intervention Mapping, resultó ser muy útil, ya que por sí misma, exige realizar una imagen amplia de la situación en la que se trabaja y permite realizar un diagnóstico integral de salud del problema abordado.

Es importante también, evaluar los resultados de modo cuidadoso, ya que deben de ser observados desde diversos ángulos. En este caso, el efecto de la iniciativa contribuyó al fortalecimiento de las actividades básicas de la vida diaria del AM, y el grado de interacción que se logró entre las participantes aumentando las redes sociales de los AM.

Por esta razón, se debe ser meticuloso en la selección de los instrumentos de evaluación, y tener presente que pequeños cambios de actitud pueden desembocar en modificaciones importantes. Es vital tomar en cuenta que los adultos mayores presentan situaciones físicas y sociales que no deben darse por hecho.

Por lo anterior, la metodología empleada resultó ser favorecedora, no solo para implementar la iniciativa, sino para observar el fenómeno del envejecimiento desde diversos ángulos, y, por tanto, favorecer la propuesta de un abordaje integral con los recursos con los que se contó.

XII. Limitaciones

La implementación de la iniciativa no contempló el emplear un instrumento que valorara la capacidad cognitiva, puesto que se enfocó en evaluar la realización de las ABVD. Esta situación, no permitió identificar el grado de capacidad cognitiva o la detección de áreas cognitivas con déficits en el grupo blanco.

Existió una limitación referente a los recursos, ya que los materiales empleados en las sesiones, fueron en general, materiales con los que contaba la casa hogar por los recursos para la implementación de la presente iniciativa. En la revisión bibliográfica, se encontró que materiales tecnológicos como consolas de videojuego, televisiones inteligentes, entre otros aparatos electrónicos resultaban mejor aceptados.²¹

El total de las participantes fueron mujeres, por tal razón la presente iniciativa no puede definirse como útil en hombres. Además, las personas participantes son usuarias de una casa hogar con acceso a diversas actividades y con un enfoque holístico, que abarca desde la espiritualidad hasta la salud.

Finalmente, el tiempo fue la principal limitación. Se requiere más tiempo de trabajo con el AM, ya que existen cambios en las usuarias que deben trabajarse en plazos mayores a lo abarcado en este proyecto para valorar el impacto en la calidad de vida en esta población. Diez sesiones no son suficientes para lograr grandes cambios.

XIII. Recomendaciones

A nivel federal resulta vital impulsar la aplicación de la política de Desarrollo Integral Gerontológico, ya que, en ella, de manera teórica ya se encuentran abarcadas una serie de necesidades identificadas en la población adulta mayor mexicana. La aplicación, evaluación y continuidad de ésta, permitirá a largos plazos investigaciones y mejora calidad de vida de este sector poblacional. Esta debe llevarse a cabo en todo el país, y debe buscar que alcance, si no a la totalidad a un porcentaje mayor de AM.

Como parte de ella, es necesario identificar el grado de funcionalidad del AM, y, además, establecer los índices que se emplearán para su medición para ofrecer un panorama más amplio y claro, sobre todo en lo referente a la deambulación. Esto para ofrecer mayor certeza en los datos empleados para futuras investigaciones.

En la Casa Hogar, se sugiere realizar un programa de capacitación continua para el personal que labora con AM, que abarque la temática de estimulación cognitiva y el impacto de esta en la vida de esta población. Esta capacitación debe dotar de herramientas al personal para que se realicen programas de estimulación cognitiva de manera constante dirigida a AM.

Es necesario, que los grupos de trabajo enfocados en AM, pertenezcan a diversas áreas profesionales, como medicina, rehabilitación, psicología, terapia física y administradores, para formar equipos multidisciplinarios en el enfoque preventivo.

Se sugiere la apertura y promoción de espacios dirigidos a AM, que no sean necesariamente casas de día, si no que estén enfocados en generar condiciones que estimulen la interacción social entre pares, para ya sea fortalecer las existentes o generar nuevas redes.

Referencias Bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.: 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1 (revisado el 20 de septiembre 2015).
2. Pérez V. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Revista Cubana Med. Gen Integr [revista en Internet]. 2005 Abr; 21(1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es (Revisado el 30 oct. 2015)
3. Corrales E, Tardón A, Cueto A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de 70 años. Psicothema 2000; 12(2): Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2007649> (Revisado el 29 de oct. 2015)
4. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered v.16 n.3 Lima Jul./set. 2005. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf> (Revisado el 30 de octubre del 2015)
5. Secretaría de Salud México. Guía de Práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México, Secretaría de Salud 2009. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf (Revisado el 02 de noviembre del 2015)
6. Secretaría de Salud México. Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México, Secretaría de Salud 2012 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf (Revisado el 2 de noviembre del 2015)
7. Barrantes-Monge M, García-Mayo E, Gutiérrez-Robledo L, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2007 Ene; 49(Suppl

- 4): s459-s466. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004&lng=es [Revisado el 2015 Oct 30];
8. Vallejo J, Rodríguez M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [revista en Internet]. 2010 Dic; 21(4): 153-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es [Revisado el 2015 Oct 30];
9. Mundet X, Sitjas E, San José A, Armadans G, Villardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. Atención Primaria, Vol. 32, 5, páginas 282-288. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0212656703792762/1-s2.0-S0212656703792762-main.pdf?_tid=762fd10a-7f59-11e5-a7bc-00000aacb361&acdnat=1446245971_c2a299e34d90f689f9364e606eed8466 (Revisado el 02 de noviembre 2015)
10. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AI, "Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States" BMC Geriatric, 2011 Aug 18;11:47. doi: 10.1186/1471-2318-11-47. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/47> (Revisado el 03 de noviembre del 2015)
11. Bentosela, M, Mustaca, A. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. Interdisciplinaria [online]. 2005, vol.22, n.2 pp. 211-235. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-7027. [Revisado 2015-10-30],
12. Rubinstein, W. Politis, D. Estudio de actividades de la vida diaria y apraxia en pacientes con demencia tipo Alzheimer. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (Revisado el 22 de septiembre 2015)

- 13.Ávila ML. Hacia una Nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta médica costarricense 2009; 51(2): <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf> (revisado el 13 noviembre 2015)
- 14.Vega E, Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Saludable, Oportunidades a Futuro. <http://www.riicotec.org/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/amgvega.pdf> (revisado 10 de noviembre 2015)
- 15.INEGI. Los adultos mayores en México, perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI.: 2005. Disponible en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf (revisado el 29 de septiembre del 2015).
- 16.Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad entre 70 años y más. México: 2011. Disponible en http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2938/1/images/Diagnostico_70%20y%20Mas.pdf (revisado el 10 de noviembre 2015).
- 17.Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. (Revisado el 11 de noviembre del 2015)
- 18.Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, -Robledo LM, Téllez-Rojo MM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2: S323-S331. <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/30salud.pdf> (Revisado el 09 de noviembre del 2015)
- 19.Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 2010. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/> (revisado el 10 de noviembre 2015).
- 20.Mundo, F. Población adulta mayor en Morelos. México: 2012. Disponible en

- http://www.coespomor.gob.mx/investigacion_poblacion/adultos_mayores/Adultos%20mayores%20Morelos%202010.pdf (revisado el 10 de noviembre 2015)
21. Yanguas, J; Modelo de atención a personas con enfermedad de Alzheimer; España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=SzvjJsLHkL8C&pg=PT10&lpg=PT10&dq=modelo+de+atenci%C3%B3n+a+las+personas+con+enfermedad+de+alzheimer&source=bl&ots=gBEXnDlq7y&sig=CeEuCJYJZRdlv7fUV1HELLDgrZ0&hl=es&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAWoVChMIII7KjrryAIVS ehjCh3ebw51#v=onepage&q=modelo%20de%20atenci%C3%B3n%20a%20las%20personas%20con%20enfermedad%20de%20alzheimer&f=false> (Revisado el 11 de noviembre del 2015)
22. Redolat R, Carrasco M, ¿Es la plasticidad neuronal un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Anales de Psicología, 1998, vol. 14, no1 pág. 45-53. Disponible en http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv05v14-1.pdf (Revisado el 14 de noviembre 2015)
23. Instituto Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento. http://www.enasem.org/index_Esp.aspx (revisado el 10 de noviembre 2015).
24. Secretaría de Salud. Determinantes y compromisos de salud. México: 2012. Disponible en http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/determinantes_y_compromisos.pdf (revisado el 10 de noviembre 2015).
25. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [monografía en internet]. Ottawa, Canadá.1986. [consultado 2015 noviembre 3]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
26. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Sundsvall, sobre promoción de la salud. [monografía en internet]. Sundsvall Suecia. 1991. [consultado 2015, noviembre 3]. Disponible en:

- http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf
27. Secretaría de salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta. [monografía en internet]. Yakarta, Indonesia, 1997. [consultado 2015 junio 04]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
28. Secretaría de salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción en Salud [monografía en internet]. México, DF, 2000. [consultado 2015 junio 04]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Bangkok. [Monografía en internet] Bangkok, Tailandia: 2006 [consultado 2015, noviembre 3] Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
30. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Nairobi. [Monografía en internet] Nairobi, Kenia: 2009 [consultado 2015, noviembre 3] Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
31. Villa J, Ruiz E, Ferrer J. Antecedentes y concepto de educación para la salud. España: 2006. <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Antecedentes+y+Conceptos+de+EpS.pdf> (consultado el 10 de noviembre 2015).
32. Bartholomew L. Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs with PowerWeb, 2006. USA (Revision el 22 de septiembre 2015)
33. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2007 mayo [citado 2016 Ene 12]; 135(5): 647-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>

34. Cabrera G, Tascón J, Tucumi G. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 91-101
35. Jara, M, La estimulación cognitiva en adultos mayores. Revista Cupula, Cuba 2008.
36. Giraldo, C, Franco, G. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Life Quality among Family Carers. Aquichán [Internet]. 2006 Oct [citado el 17 julio del 2016]; 6(1): 38-53. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en.
37. García J, Owen E, Flores-Alarcón L. Aplicación del modelo precede-proceed para el diseño de un programa de educación en salud. Revista de salud, Universidad Veracruzana, Vol. 15 Núm. 1 2005
38. Cid J, Damián J. Valoración de la Discapacidad Física: el Índice de Barthel. Rev. Esp Salud Pública 1997; 71():
39. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16
40. Cabañero-Martínez J, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza C. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Revista española de Geriátría y Gerontología, Vol. 43 Núm. 5 Oct 2008.
41. Bootsma-van AW, Gussekloo J, Craen A, Exel EV, Bloem BR, Wstendorp R. Common chronic diseases and general impairments as determinants of walking disability in the oldest-old population. J Am Geriatric Soc 2002; 50:1405-1410
42. Gázquez JJ, Rubio R, Pérez MC, Lucas F. Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. IJP&PT. 2008; 8:117-26)
43. Castellano, C. Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. Revista española de geriatría y gerontología. Vol. 49, núm. 3 2014
44. Bandura, A., 1999. Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer.)

45. González A. Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriátría. 365-378 Acervo de geriatría.
46. Acosta, C.O. González-Celis, R.A.L., 2009. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Revista Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 289-293.
47. Duran, D, Orbegoz, L, Uribe-Rodríguez, A, & Uribe J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. Recuperado en 17 de julio de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100019&lng=es&tlng=.
48. Tello Y., Bayarre, H., Hernández, Y. & Herrera, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". *Revista Cubana de Salud Pública*, 27, 19-25.
49. Cáceres R. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica: 2000. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1, 1-27.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

PERFIL

Código de participante

Edad

Sexo

Estado civil

¿Cuánto tiempo lleva en la Casa Hogar?

1. ¿Qué actividades recreativas realiza durante la semana?
2. ¿Con quién las hace?
3. ¿Usted puede comer, vestirse, bañarse, levantarse de la cama y controlar esfínteres sin ayuda?
4. En caso de requerir ayuda, ¿quién lo hace?
5. ¿Cómo se siente al respecto?
6. ¿El realizar algunas actividades como el comer, el vestirse, o bañarse, o situaciones como controlar sus esfínteres son sencillos en el entorno donde vive?
7. ¿Qué cambiaría o modificaría para que le fuera más fácil realizar actividades como comer, vestirse, bañarse, controlar esfínteres y levantarse de la cama?

Cierre

Agradecemos de antemano su participación y tiempo

TEMA: Estimulación cognitiva y fortalecimiento de la realización de las ABVD **Número de sesión:** 1

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Desconocimiento sobre la estimulación cognitiva y su relación con las actividades básicas de la vida diaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los adultos mayores identifiquen el concepto de estimulación cognitiva.
2. Que los AM, identifiquen los beneficios de la estimulación cognitiva en su vida diaria

OBJETIVO OPERATIVO: Realización del instrumento Pre- test

Duración: 60 minutos

Anexo 2. Fichas y cartas descriptivas

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
1	No Aplica	<p>Bienvenida a la iniciativa</p> <p>Presentación de la facilitadora y presentación del proyecto.</p> <p>Presentación de los participantes mediante la actividad “Mi nombre es...”</p>	No aplica	15 minutos
2	Identificación del concepto, importancia y beneficios de la estimulación cognitiva en la vida de los AM	<p>Con la técnica lluvia de ideas, se pedirá a los participantes que respondan los siguientes cuestionamientos:</p> <p>¿Qué entienden por habilidades cognitivas?</p> <p>¿Cómo se estimulan las habilidades cognitivas?</p> <p>La facilitadora anotará las definiciones en un pizarrón y las enriquecerá.</p>	<p>Pizarrón</p> <p>Plumones</p> <p>Hojas blancas lápices</p>	20 minutos

Se preguntará: ¿Por qué es importante la estimulación cognitiva?

La facilitadora enriquecerá estas respuestas.

3		La facilitadora retomará lo anterior y dará una plática informativa sobre concepto, importancia y el cómo estimular cognitivamente al AM.	Pizarrón, plumones, hojas blancas lápices	20 minutos
---	--	---	---	------------

4	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
---	-----	--	-----	-----------

Cierre

Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria y pensamiento abstracto.

Número de sesión: 2

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	<p>1. "María Cristina me quiere gobernar"</p> <p>Se repartirán 5 fichas blancas a cada participante y se les solicitará que anoten una medida en cada una que prevenga caídas durante el bañarse.</p> <p>Al finalizar se solicitará a los participantes que lo digan en voz alta.</p> <p>2. "Oh que gusto de volverte a ver"</p> <p>Con las tarjetas realizadas, se solicitará a los participantes que junten las que son similares, en sus mesas de trabajo y que saquen las que no, de modo que queden solo pares.</p> <p>Se solicitará que jueguen memorama con esas cartas</p>	<p>Plumones</p> <p>Hojas blancas lápices</p>	50 minutos
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre				

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria y pensamiento abstracto.

Número de sesión: 3

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión

Carta descriptiva

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	3. "Lotería"		50 minutos
		Se repartirán cartas del juego, y la facilitadora irá sacando las cartas de mazo.	Juego de Lotería	
		4. "Cuenta cuentos"	Frijoles	
		La facilitadora sacará una carta del mazo del juego de lotería y pedirá que en cada mesa inventen un cuento sobre ello, esto será en voz alta		
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto y praxias

Número de sesión: 4

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		<p>Bienvenida a la sesión</p> <p>Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada</p>		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	<p>5. "Sumando y restando en movimiento"</p> <p>Se repartirán hojas numeradas del 1 al 9, una por persona y una cinta de zapato. Se solicitará a los asistentes que peguen la cinta de zapato en el contorno del número.</p> <p>Se solicitará que se levanten y hagan un círculo y que se unan de acuerdo a las sumas y restas que la facilitadora diga.</p>	<p>Hojas numeradas</p> <p>Cintas de zapato</p> <p>Resistol</p>	50 minutos
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto y praxias

Número de sesión: 5

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 6. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	6. "Un velero llamado Libertad" Se repartirán hojas blancas y se solicitará que armen un barco de papel, mientras la instructora les dice como realizarlo.	Hojas blancas Juego de lotería	50 minutos
		7. Se jugará el juego de lotería.		
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias y lenguaje

Número de sesión: 6

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 7. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	8. "Tres tristes tigres" Se repartirán hojas con el trabalenguas tres tristes tigres y se solicitará que los participantes lo digan en voz alta. Esto se repetirá en tres ocasiones.	Hojas con el trabalenguas Hojas con el laberinto	50 minutos
		9. "Los caminos de la vida si son como yo pensaba"	Lápices	
		Se repartirán hojas blancas con un laberinto, los participantes deberán encontrar el camino de salida		
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, praxias

Número de sesión: 7

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 8. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	10. "Juego de manos, no siempre de villanos" Se repartirán hojas blancas y se solicitará a los participantes que dibujen el contorno de su mano izquierda y luego la derecha.	Hojas blancas Lápices	50 minutos
		11. Se solicitará a los participantes que colorean su mano dibujada como ellos quieran. 12. Se presentarán las manos al pleno	Acuarelas	
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto.

Número de sesión: 8

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 9. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	13. "Rompecabezas" Se repartirán rompecabezas en cada mesa y se solicitará que lo realicen en equipo.	Rompecabezas	50 minutos
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, lenguaje.

Número de sesión: 9

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

10. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	14. "Pájaros volando" Se repartirán hojas con diversas figuras y se solicitará que encierren en un círculo las aves que vean.	Hojas con figuras de animales	50 minutos
		15. "Y si Adelita se fuera con otro" Se solicitará a los participantes que anoten en una hoja que harían si ese personaje se fuera con otro	Hojas blancas	
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se resolverán dudas y/o aclaraciones.	N/A	5 minutos
Cierre		Se les informará a los asistentes la fecha y hora de la siguiente sesión		

TEMA: Práctica guiada para la estimulación de las habilidades cognitivas de orientación visoespacial, memoria, pensamiento abstracto, lenguaje.

Número de sesión: 10

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Poca realización de actividades que estimulen cognitivamente a los AM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 11. Que los adultos mayores realicen actividades que los estimulen cognitivamente.

Duración: 60 minutos

Actividad	Competencias a desarrollar	Desarrollo de la actividad	Materiales	Tiempo
		Bienvenida a la sesión		
		Se preguntará a los asistentes que recuerdan de la sesión pasada		5 minutos
1	No Aplica		No aplica	
2	Identificación y realización de actividades que estimulan las habilidades cognitivas en el AM	16. "Qué bueno soy" Se repartirán hojas blancas y se solicitará que anoten en ella las cualidades que consideran que tienen.	Hojas con figuras de animales	50 minutos
		17. "Cuadros" Se repartirán hojas de cartón, y se solicitará que formen un marco para fotos y lo pinten como quieran.	Hojas blancas	
		18. "Soy muy bueno" Se pedirá que pongan la hoja con sus cualidades en el marco pintado y que lo guarden como un recuerdo de la iniciativa		
3	N/A	Una vez concluida la exposición del tema se agradecerá la participación en toda la iniciativa	N/A	5 minutos
Cierre				

Anexo 3. Instrumento Pre y post

ÍNDICE DE BARTHEL

Instrucciones: Complete los datos requeridos y rodee con un círculo el puntaje asignado al participante, de acuerdo a las características de la realización de las actividades referidas.

Fecha de realización: _____

Tipo de evaluación: Pre-test (___) Post-test (___)

Edad: _____ Sexo: _____

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	PUNTAJE
Comida	Totalmente independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavado (baño)	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	5
	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión	0
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
Arreglo	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse las manos etc.	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal	0
Micción	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por sí mismo	10

	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	5
	Incontinencia. Más de un episodio diario	0

Usar el sanitario	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	0

Traslado (Cama / Sillón)	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	10
	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	5
	Dependiente.	0

Deambulaci3n	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n.	15
	Necesita ayuda f3sica o supervisi3n	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda o supervisi3n	5

Subir y bajar escalones	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisi3n	10
	Necesita ayuda o supervisi3n	5
	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	0

La incapacidad funcional se valora como:	Severa: < de 45 puntos	Puntaje Total:
	Grave: 45 - 59 puntos	
	Moderada: 60 a 80 puntos	
	Leve: 80 a 100 puntos	

M3xima Puntuaci3n 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Comentarios del aplicador:

Anexo 4. Instrumento de evaluación de proceso.

Sesión 1.

Instrucciones: La facilitadora completará el formato de acuerdo a las acciones realizadas o no, durante la sesión educativa. En caso de haber comentarios, los agregará en el cuadro correspondiente.

Fecha: _____

Realizado por: _____

Ítems	Cumplió	Comentarios
Saludo inicial		
Presentación		
Instrucciones claras		
Solicitud de consentimiento		
La facilitadora trató cordialmente a los participantes		
La facilitadora mostró respeto a los participantes		
La facilitadora dio respuesta a las dudas de los participantes		
La retroalimentación de los usuarios fue atendida cordialmente		
Se realizó la evaluación pre-test		

Comentarios:

Anexo 5. Evaluación de proceso para los participantes

A continuación, le presento una serie de preguntas en relación al trato e información otorgada en las diversas sesiones. Por favor, subraye la respuesta que considere más cercana a su impresión. Este cuestionario es anónimo y no es necesario anotar su nombre. ¡Muchas gracias por su colaboración!

1.- En todo momento, he sido tratado con respeto.



2.- Cuando tengo una duda, la facilitadora me la ha resuelto adecuadamente.



3.- La información que me han brindado en estas sesiones son adecuadas para mi vida.



4.- Las actividades realizadas me parecen fáciles.



5.- Las actividades propuestas me sirven para el futuro



7.- Recomendaría estas sesiones a otras personas



8.- La facilitadora está capacitada para impartir las sesiones



9.- La facilitadora domina el tema



10.- La facilitadora utiliza un lenguaje entendible



11.- Los materiales empleados en las sesiones ayudan a entender mejor el tema



12.- En las sesiones se ha creado un clima de cordialidad y confianza que anima para que se hagan preguntas cuando se requiere



13.- Recomendaciones para mejorar las sesiones

Anexo 6. Lista de asistencia

Fecha:
Tema:
Facilitadora de la sesión.

Nombre de los Asistentes
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

Anexo 7. Consentimientos ética



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México

Anexo 8. Carta de consentimiento oral para adultos mayores usuarios de la Casa Hogar Olga Tamayo

Título de proyecto: Estimulación cognitiva en adultos mayores para el fortalecimiento de las actividades básicas de su vida diaria.

Estimado(a) Señor(a):

La iniciativa que les presento el día de hoy, está dirigida a fortalecer la realización de actividades que fortalecen las tareas del día a día de cada uno de nosotros. Para lograr ello, trabajaremos la estimulación cognitiva, en actividades que realizaremos aquí.

Las actividades que se realizarán durante el proyecto consisten en juegos que de ningún modo pondrán los pondrán en riesgo. Es importante que les comente, que algunos de ustedes podrán ser entrevistados durante el tiempo que dure la iniciativa. Las preguntas que se les realizarán serán muy breves y tienen que ver con la realización de algunas de sus actividades diarias. Si existiera alguna pregunta que les incomodara o simplemente no quisieran responder, no habrá mayor problema.

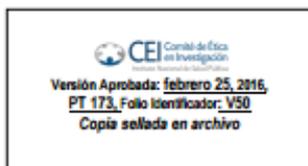
Durante las sesiones, probablemente se tomen algunas fotografías, estas serán simplemente para evidenciar el trabajo que estará siendo realizado. Se tratará de no tomar alguno de sus rostros, y solamente serán usadas por parte de su servidora durante la presentación final de la iniciativa en el instituto donde actualmente estudio.

Es importante que les comente, que ustedes no recibirán ningún tipo de beneficio en especie, sin embargo, con lo que haremos, ustedes estarán ayudando a encontrar alguna relación positiva entre la estimulación cognitiva y la mejora de diversas actividades.

Sus nombres no aparecerán en documentos relacionados con el proyecto, y los instrumentos realizados serán resguardados por el investigador responsable en un lugar seguro.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



Datos de contacto.



Si usted tiene alguna pregunta, comentario, preocupación o queja con respecto al proyecto "Estimulación cognitiva en adultos mayores para el fortalecimiento de las actividades básicas de su vida diaria", por favor comuníquese con el/la investigadora(a) responsable del proyecto:

Lorena Castillo Castillo al siguiente número de teléfono 777 3297424 ext. 1012 en un horario de 10:00 am a 16:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética en Investigación del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx.

Anexo fotográfico

