

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Trabajo Final de Maestría

Autora: Teresa Viviana Sbatella

ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE ADULTAS Y ADULTOS MAYORES

Primeros resultados de la implementación de un programa de estimulación cognitiva desarrollado con adultos mayores para los que se había solicitado internación en un hogar geriátrico

2021

Directora de Tesis: Prof. Silvia Gascón

Citar como: Sbatella, T. V. (2005). *Alternativas a la institucionalización de adultas y adultos mayores: primeros resultados de la implementación de un programa de estimulación cognitiva desarrollado con adultos mayores para los que se había solicitado internación en un hogar geriátrico.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/457>



Índice

Resumen.....	4
Palabras claves.....	5
1. Introducción.....	6
2. Problema y Objetivos.....	9
3. Metodología de Trabajo.....	14
4. Descripción Socio – Demográfica de la Población Estudiada.....	17
5. Marco Conceptual.....	20
6 El Programa Aplicado en el Hogar Sallares	38
7. Resultados	48
8. Conclusiones.....	52
9. Bibliografía.....	55
10. Anexos.....	58

Resumen

El trabajo se focalizará en la situación de los adultos mayores para los cuales se solicita internación en un hogar geriátrico ubicado en un área rural de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires. Se parte del supuesto que la institucionalización resulta generalmente innecesaria y que la implementación de actividades preventivas y alternativas a ella resultan respuestas adecuadas para las necesidades de este grupo. Específicamente se considera que las actividades de estimulación cognitiva y la implementación de dispositivos sociosanitarios con eje en los derechos y en la promoción de la autonomía resultan acciones que contribuyen al paradigma de la desinstitucionalización.

El objetivo de este trabajo es precisamente valorar los primeros resultados obtenidos a partir de la implementación de un Programa de Estimulación Cognitiva desarrollado con adultos mayores para quienes se había solicitado la internación en un geriátrico de la zona rural. Se evaluarán los efectos de este Programa, cuyo objetivo es evitar internaciones innecesarias e inadecuadas, en lo que hace a la estimulación de las capacidades cognitivas generales, al mantenimiento de las actividades de la vida diaria y a la promoción del estado de bienestar del adulto mayor y su calidad de vida.

Los instrumentos de evaluación utilizados son el Mini-Mental State Examination (Folstein et al, 1975), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984), el test conductual de memoria Rivermead (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991), el Syndrom kurztest (Erzigkeit, 1989), el Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn & Linn, 1982), la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson y Roth,1968) y el Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al, 1994).

Palabras clave: <Adultos Mayores>; < institucionalización>; <desinstitucionalización>;
<deterioro cognitivo>; <estimulación cognitiva>.

“Cuando se ha encontrado el sentido del sufrimiento entonces el sufrimiento se aligera, cobra significado, pero hoy en día ya nada tiene significado ni sentido. La vida no tiene finalidad. Cuando no se tiene una meta al caminar más vale no viajar. Es la desgracia de las ciencias modernas que por otra parte han hecho descubrimientos extraordinarios. Han explorados todos los recovecos de la cerradura humana pero han perdido las llaves”

Gustave Thibon

1. Introducción

“La enfermedad viene de lo antiguo y nada de ella cambia. Somos nosotros que cambiamos a medida que aprendemos a reconocer lo que antes era imperceptible” (Jean Martin Charcot)

En los tiempos de la alta tecnología médica, resulta especialmente significativa esta frase de Charcot del siglo pasado.

La medicina geriátrica ha nacido como consecuencia de tres grandes paradigmas: a) la gran demanda de atención de Adultos Mayores, b) el aumento del cuerpo del conocimiento acerca de las bases fisiológicas del envejecimiento y sus patologías y c) el surgimiento y la generalizada utilización de nuevos instrumentos y tecnologías en la evaluación del adulto mayor (evaluación funcional).

El continuo crecimiento de la población mayor plantea, además y fundamentalmente, la necesidad de desarrollar estudios desde una perspectiva social y sanitaria ya que este escenario resulta característico por su complejidad y multidimensionalidad. Por ejemplo, gran parte de los adultos mayores son portadores de patologías crónicas, se encuentran polimedicados y en situación de pobreza, factores que relacionados los constituyen en un grupo de alta vulnerabilidad.

La dificultad para el manejo de estos eventos se incrementa en gran medida no sólo por su presentación atípica, sino también porque ciertas manifestaciones pueden ser solamente la alteración de una función que logra afectar la capacidad funcional del adulto mayor (AM) sin alcanzar el carácter de enfermedad. En consecuencia, la calidad de vida de un adulto mayor tiene que ver con la coordinación de los aspectos funcionales y sociales más que con las patologías en sí.

Por otra parte, el incremento de la población mayor y las situaciones que frecuentemente acompañan al proceso de envejecimiento pueden afectar el vínculo con las familias y con el medio. En estos casos, suele considerarse a la institucionalización como la única solución a la problemática existente y a esto se le suma la imagen del prejuicio a la edad, esto es, “ser viejo”. Butler y Lewis (1982), se refieren al “*vejismo*” como la concepción peyorativa de alguien basada en su avanzada edad cronológica y por la cual se supone que toda persona mayor queda absolutamente excluida de la esfera social siendo la internación en un hogar la única alternativa posible.

Si bien existen en los países centrales servicios que atienden esta problemática, aún en nuestra Región no se ha desarrollado y consolidado una oferta ampliada que posibilite la cobertura y accesibilidad a servicios socio sanitarios alternativos a la internación , así como tampoco se han promovido intervenciones preventivas que desestimen la necesidad de institucionalizaciones.

La presencia de un contexto demográfico en el cual la expectativa de vida sigue incrementándose hace necesario el desarrollo de servicios con base en la comunidad y que realmente atiendan las necesidades de la población con perspectivas hacia un envejecimiento exitoso.

Reflexionar sobre nuevas alternativas sociosanitarias orientadas a la población de adultos mayores conlleva a la vez a considerar una serie de factores agudizan a la situación señalada:

- Escasa disponibilidad de profesionales capacitados en atención primaria de adultos mayores y escasa oferta de servicios preventivos;
- Sistemas de atención de salud sin plena capacidad para responder a las enfermedades crónicas;
- Escasez de políticas públicas y de financiamiento orientado a la promoción del envejecimiento activo y a la creación de servicios adecuados,
- Poco o nulo desarrollo de sistemas de atención como la teleasistencia, viviendas tuteladas, hipotecas revertidas, etc. que servirían como mecanismos alternativos la internación.

Asumiendo una postura crítica respecto al modelo institucional asistencial , sesgado por el control y la vigilancia, este trabajo tiene como propósito analizar una alternativa de intervención para la prevención de internaciones innecesarias y para la mejora en la calidad de vida de las personas mayores. Contextualmente, se focaliza en la creciente demanda de institucionalización de adultos mayores que se presenta en un hogar de larga estadía ubicado en una zona rural del conurbano bonaerense, Hogar Dr. Sallarés, de la localidad de Florencio Varela, el cual será tomado como estudio de caso y en el cual se realizará el trabajo de campo para la recolección de los datos. Según los registros de admisión del equipo técnico de esta institución, la demanda se ha incrementado en los últimos cinco años y el 75% de las personas mayores para las cuales se solicita internación traen diagnosticado un trastorno cognitivo patológico que fundamenta el ser institucionalizada.

2. Problema y Objetivos a abordar.

2.1 Formulación del Problema de la Tesis.

Este estudio parte de una serie de interrogantes iniciales: ¿Qué estrategias han resultado eficaces, tomando como caso de análisis a los AM para los cuales se había solicitado internación en el Hogar Sallarés, para evaluar y evitar, por parte del equipo de salud, una institucionalización innecesaria? ¿Qué acciones y actividades contribuyeron a evitar institucionalizaciones innecesarias, a promover acciones preventivas y a impulsar dispositivos sociosanitarios alternativos a la internación de adultos mayores?

Como fuera señalado, la presente tesis tomará como población de estudio a aquella “postulante” para el ingreso en el Hogar Dr. Sallarés, ubicado en la zona rural del Partido de Florencia Varela. Cabe considerar que Florencio Varela es un distrito de la Provincia de Buenos Aires cuya población es de 387.433, de la cual 26.388 son personas mayores de 60 años. De la población total, el 30.4 % presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el 47.7 % de la población habita en viviendas deficitarias. La explotación demográfica y los niveles socio-económicos y educacionales bajos, pareciera hacer suponer la explicación a la gran demanda de institucionalización de adultos mayores que se registra en este distrito.

Gascón (2007), basándose en las definiciones de Amartya Zen, sostiene que el principal consumo de los pobres son años de vida y la pobreza no es solo ausencia de bienes materiales, sino un estado de privación que afecta a las personas mayores ubicándolas en situación de *desvalimiento* económico, social, y psicológico.

Esta situación se refleja en la pérdida absoluta de decisión del adulto mayor a la hora de poder elegir que es lo que quiere realmente hasta el último momento de su vida, cuestión a la que refieren también los Principios de las Naciones Unidas¹, cuando señalan los derechos que tienen las personas mayores a ejercer su autonomía, incluyendo su derecho de cómo quisieran vivir y morir.

Particularmente en el Hogar Sallarés, que se toma como caso de análisis, se asiste a adultos mayores de 65 años, autoválidos, sin patologías infecto/ contagiosas, sin patologías crónicas previas y con historias familiares de alto nivel de vulnerabilidad

¹ Principios 6; 7; 9, 11; 13, 15; 20 -ver en Apéndice-.

social. En líneas generales, el perfil de internación responde al modelo de *institucionalización asistencial*, vinculada a situaciones de pobreza y exclusión social.

La relevancia de estudiar este caso se fundamenta en su contribución como una experiencia que demuestra que la implementación de acciones preventivas y la consecuente detección de institucionalizaciones innecesarias pueden resultar estrategias válidas, posibles de aplicar y que arrojan buenos resultados.

El programa alternativo a la institucionalización, y sus correspondientes actividades de entrenamiento cognitivo, que se aplicó en el Hogar Sallarés se sustentó en la idea de estimular una vejez basada en el derecho de las personas a vivir como ellos lo deseen, y si bien los resultados de los cuales se dispone resultan aún preliminares, se considera que el relevamiento y sistematización de la información obtenida resulta útil al momento de realizar análisis que consideren la posibilidad de replicar este modelo en otras instituciones con características similares a este Hogar.

2. 2. Objetivo General:

- Contribuir al desarrollo de alternativas a la institucionalización de Adultos Mayores mediante la valoración los primeros resultados obtenidos a partir de la implementación de un Programa de Estimulación Cognitiva aplicado a adultos mayores para los que se había solicitado internación en un geriátrico de la zona rural.

2. 3. Objetivos Específicos:

1. Explorar los motivos argumentados por pacientes y familiares al momento de solicitar una internación geriátrica.
2. Analizar la experiencia implementada en el Hogar Sallares.(Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires)
3. Describir los primeros resultados obtenidos considerando las actividades implementadas y las internaciones evitadas.

3. Metodología.

El abordaje general que se propone en este trabajo es de tipo cualicuantitativo y exploratorio.² Se trata de estudio de caso focalizado en el Hogar Dr. Sallarés (Fcio Varela, Pcia de Buenos Aires) y circunscrito temporalmente en el período abril 2005-diciembre 2006.

Inicialmente, a partir de abril de 2005 y durante todo el año 2006 a todos aquellos familiares que solicitaban el ingreso de un familiar adulto mayor al Hogar se le realizó una encuesta individual, que tenía como propósito explorar las ideas, creencias y argumentos que sustentaban el pedido de institucionalización.

3.1. Población:

A los fines concretos de esta tesis se considerará como población de estudio a todos los adultos mayores con solicitud de ingreso durante el período 2005-2006.

En total se analizaron 156 casos tomados por el equipo técnico de admisión del Hogar, durante el período, 14 de abril del 2005 hasta 28 de diciembre de 2006. Estos 156 son los que, como fuera señalado, tenían pedido de ingreso (presentado por un familiar) y a los cuales se les propuso el Programa de Estimulación y Entrenamiento Cognitivo como alternativa.

3.2. Instrumentos y Fuentes de Datos:

Desde un enfoque cualitativo se explorarán las ideas y creencias que subyacen, desde la perspectiva de los familiares, respecto a la internación que solicitan.³ En esta etapa del estudio, cada familiar encuestado constituye a la vez una unidad de recolección.

Se realizaron también relevamientos individuales a los adultos mayores pre ingresantes con el propósito de conocer su realidad y contrastar con las respuestas e historias que ofrecían sus familiares.

² El carácter exploratorio del estudio se justifica en tanto este trabajo posibilitaría obtener información que sustancie la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa y exhaustiva a la vez de identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o arribar a nuevas hipótesis.

³ COOK, T. y REICHARDT, CH. (1997) sostienen que para esto, se hace indispensable este tipo de metodología ya que se busca comprender el comportamiento de los sujetos implicados en el proceso, intentando captar el propio proceso en su totalidad, las interacciones y significados entre los sujetos entre sí y de los sujetos con el medio ambiental

Ejes de indagación exploratoria	
Adulto Mayor	Familiar
¿Sabe a qué vino aquí?, ¿Le comentó su familia por qué vinieron? ¿Dónde quisiera vivir y morir? ¿Con y junto a quién?, ¿Es jubilado, pensionado o tiene algún ingreso? ¿Con quién vive? ¿De quién es la propiedad? ¿Se encuentra triste?, ¿Optaría por un programa alternativo?	¿Por qué creen que es relevante internarlo?, ¿El/ella quiere internarse? ¿Sabe de la posibilidad de su internación?, ¿Usted trabaja?, ¿Cuántos hijos tiene?, ¿Dónde vive?, ¿Con quién?, ¿Cómo quisiera vivir si enfermase?, ¿Con quién quisiera estar?, ¿En qué beneficia internar a su familiar? ¿Sabe las responsabilidades de familia?, ¿Quisiera intentar para su familiar un programa alternativo?

El análisis cuantitativo se realizará para describir sociodemográficamente a la población para la que se solicita el ingreso al Hogar, así como para analizar los primeros resultados mensurables del programa aplicado.

Los instrumentos de evaluación utilizados son el Mini-Mental State Examination (Folstein et al, 1975), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984), el test conductual de memoria Rivermead (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991), el Syndrom kurztest (Erzigkeit, 1989), el Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn & Linn, 1982), la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson y Roth,1968) y el Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al, 1994). Y una encuesta dirigida al familiar y al paciente.

4. Descripción Socio – Demográfica de la Población Estudiada

Las características socio – sanitarias, educativas y poblacionales de la zona de referencia del hogar tomado como caso de estudio (área de Florencio Varela) presentan por altos índices de vulnerabilidad social y pobreza, bajos niveles educativos y poca accesibilidad al sistema de salud.

4.1 Características sociales y demográficas.

Argentina se encuentra en un proceso de envejecimiento avanzado, según el último censo (INDEC 2001) el índice de envejecimiento alcanza al 13.4%. Sin embargo, este proceso se presenta con distintas características según las regiones del país.

El departamento de Florencio Varela, ubicado en el conurbano bonaerense, albergaba en 2001 a 348.970 personas, que representaban al 2,5% de la población de la Provincia de Buenos Aires. La dinámica poblacional de este departamento - creció a una tasa anual del 3,2% entre 1991-2001- fue mucho más elevada que la de la provincia (0,9%).

La composición por edades revela una población joven. La alta presencia de menores - el 43,5% de la población no había alcanzado los 20 años – y el bajo porcentaje de la población de 65 años y más (5,0%) lo diferencia demográficamente de la provincia -y también del aglomerado- donde estos tramos etarios representaban el 35,1% y el 10,6%, respectivamente, de la población total. Como reflejo de una estructura etaria más joven, se observa que la relación de masculinidad (101,0 varones cada 100 mujeres) y la tasa de dependencia potencial (64,1%) en Florencio Varela son también superiores a las que registra la provincia (94,7 varones cada 100 mujeres y una tasa de dependencia potencia de 59,2%).

El promedio de hijos por mujer (2,3) es mayor que en la provincia (1,9), destacándose en Florencio Varela la proporción de aquellas que tuvieron 5 hijos y más (15,2%). La proporción de estas mujeres es del 8,9% en la provincia.

4.2 Salud y situación sanitaria.

La cobertura de salud de la población de Florencio Varela es muy deficitaria: sólo el 34,7% de la población está afiliada a una obra social y/o plan de salud, proporción que

se reduce al 31,7% en el caso de los menores de hasta 14 años. En la provincia el 51,2% de la población y 44,5% de los menores cuentan con este tipo de cobertura.

Las condiciones sanitarias de estos hogares son muy precarias y están por debajo de las condiciones sanitarias medias de la provincia. En Florencio Varela el 35,9% tienen inodoro sin descarga de agua o sin inodoro (14,8% en la provincia); el 32,5% no tiene agua dentro de la vivienda (13,4% en la provincia) y el 6,4% la obtiene fuera del terreno (1,9% en la provincia).

4.3 Educación.

La tasa de asistencia de los niños en edad de asistir a la Educación General Básica (de 6 a 14 años) es alta y sólo levemente inferior a la tasa de asistencia de la provincia. Entre los adolescentes en edad de cursar el polimodal (15 a 17 años) la brecha de asistencia a la educación formal es algo mayor: en Florencio Varela concurren el 80,7% y en la provincia el 84,8%.

Las diferencias en la tasa de asistencia entre el departamento y la provincia son más agudas en las edades más tempranas y en el ciclo inicial. En efecto, en Florencio Varela asiste a la escuela el 36,6% de los niños de 3 a 4 años y el 71,6% de los niños de 5 años – tasa que llega al 54,1% y al 83,7%, respectivamente, en la provincia. También en las edades teóricas de asistencia al nivel terciario el departamento registra una situación educativa más deficitaria: en Florencio Varela el 26,4% de los jóvenes de 18 a 24 años asiste a la educación formal en mientras que en la provincia la tasa de asistencia de este grupo etario es del 36,5%.

El departamento presenta, en comparación con la provincia, mayor proporción de población de 15 años y más que no ha completado la educación básica (21,0%) y el nivel medio (62,0%). La falta de completitud de la educación básica es más severa cuanto mayor es el tramo de edad. Así, la población sin instrucción o con primario incompleto llega al 9,0% entre los 20 a 24 años, pero se eleva al 44,0% entre los de 50 años y más. En cambio, la terminalidad del nivel secundario urge más entre la población de menos de 50 años. En Florencio Varela tiene primario completo ó secundario incompleto el 61,0% de los jóvenes de 20 a 24 años; el 62,0% de los jóvenes 25 a 29 años; el 64,0% de la población de 30 a 39 años y el 60,0% entre los que tienen 40 a 49 años .

4.4 Condiciones habitacionales y acceso a los servicios públicos.

El 47,7% de la población habita en viviendas deficitarias, proporción mayor en a 24,5 puntos porcentuales a la del promedio provincial (23,2%). En Florencio Varela el acceso a los servicios públicos es mucho más restringido: el 69,8% de los hogares no tienen cloacas, el 41,0% carece de agua de red y el 29,2% no tiene gas de red. Asimismo, el 19,3% de los hogares están ubicados en calles sin alumbrado público y el 31,0% no tiene pavimento. Estos déficits superan holgadamente los observados en la provincia y en Conurbano Bonaerense.

4.5 Pobreza y distribución del ingreso.

En Florencio Varela, el 26,7% de los hogares y el 30,4% de la población presentan NBI. Estas proporciones se ubican por encima a las existentes en el conjunto de la provincia (13,0% y 15,8%). En el primer semestre de 2005 la distribución del ingreso en Conurbano Bonaerense era muy desigual: el 30% más pobre de los hogares sólo recibía el 9,5 % de los ingresos y, en el otro extremo, el 10% de los hogares más ricos concentraba el 27,6 % de los ingresos. En el mismo período en Conurbano Bonaerense el 11,2% de los hogares eran indigentes y el 34,7% pobres. Para no caer en la indigencia una familia –del tamaño y composición típica de los sectores populares– debía contar con un ingreso total mensual mayor a \$ 421, y para estar por encima de la línea de pobreza debía percibir un ingreso total igual o superior a \$894 por mes.

El 66,1% de los hogares de Conurbano Bonaerense no recibe ningún tipo de subsidio o ayuda. El resto de los hogares ha desarrollado diversas estrategias para hacerse acreedores de subsidios institucionales o perceptores de ayuda de familiares y/ o vecinos.

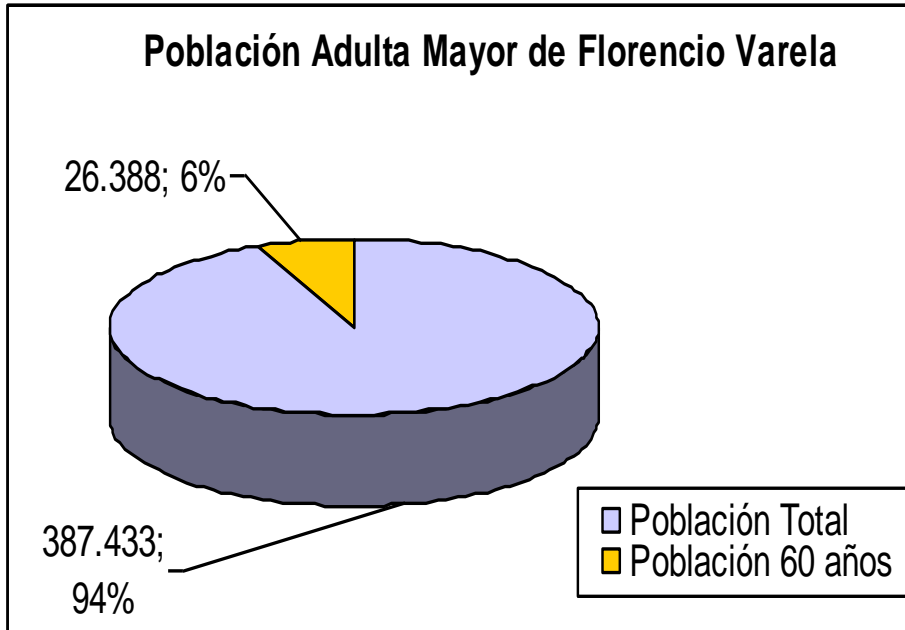
En Florencio Varela el 10,9% de los hogares acceden a subsidios institucionales (subsidios monetarios 6,6% y en especie 4,4%), el 15,4% ayudas no institucionales- de familiares y vecinos que no viven en el hogar- y el 7,5% de los hogares combina algunas de estas estrategias.

4.6 En síntesis:

- Florencio Varela es un distrito de la Provincia de Buenos Aires cuya población es de 387.433
- El 30.4 % de dicha población presenta NBI

- El 47.7 % de la población habita en viviendas deficitarias
- De dicha población: 26.388 personas son mayores de 60 años.

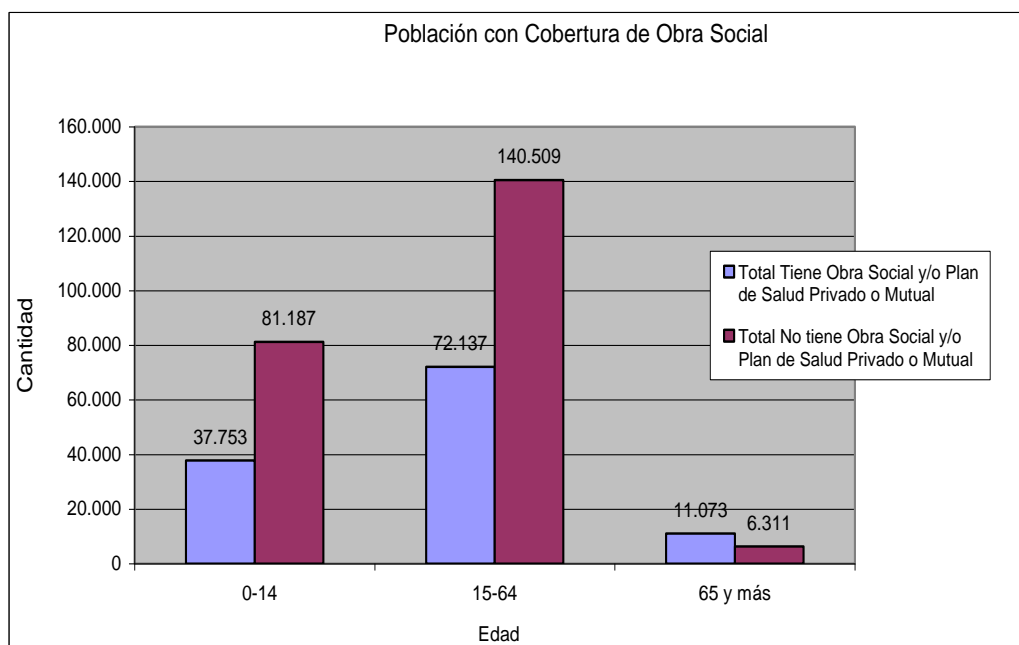
Grafico 1: Población.



Fuente: INDEC, 2001

- Como se mencionó, del total de la población del distrito el 6 % es mayor de 60 años, por lo tanto se encuentra ante un incipiente proceso de envejecimiento de la estructura demográfica de la población, siguiendo los parámetros de referencia de organismos internacionales.
- En cuanto a la cobertura de Obra Social, Mutual o Plan de Salud Privado, realizando una mirada comparativa se torna significativa la proporción de población mayor de 65 años con cobertura de obra social un 41,9 % de la población mayor de 60 años. Marcando muchas diferencias con el resto de los grupos etáreos

Grafico 2: Cobertura



Fuente: INDEC 2001

- Con respecto a organizaciones comunitarias, existen 41 centros de jubilados y pensionados con reconocimiento Municipal y Personería Jurídica, y también otros grupos con sede de reunión y actividades en Sociedades de Fomento, Club barrial, y Centro recreativo y desde el 2004 una red solidaria de adultos mayores que integra todos las organizaciones que colaboran en forma directa e indirecta con adultos mayores del distrito.

4.7. Contexto institucional específico del estudio: Hogar Dr. Sallarés: Características Generales.

- Ubicación Geográfica: Av. 742 – Luís Cariboni N° 1589, partido de Florencio Varela.(Zona Rural); Fecha Fundacional: año 1970.
- Características de la Institución: Organismo público y gratuito dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Florencio Varela.
- Población Beneficiaria: Adultos mayores en situación de desamparo, sin vínculos familiares de contención, o con vínculos familiares carentes de recursos económicos.

- Población actual asistida: adultos mayores de 65 años, autoválidos, sin patologías infecto/ contagiosas, sin patologías crónicas previas, se valoran otros criterios en lo atinente a la situación de cada familia que solicita el ingreso.
- Capacidad para la admisión: El Hogar cuenta con 48 camas permanentes para la internación y un cupo de 17 residentes con posibilidades de permanecer en forma diurna. Total de 65 residentes.
- Equipo Profesional: conformado por médicos geriatras, clínicos, Lic. en Nutrición, Lic. en Trabajo Social, Lic. en Terapia Ocupacional, equipo de Enfermería con guardias permanentes.
- Abordaje Institucional: desde el equipo profesional se trabaja desde un enfoque interdisciplinario, personalizado y con seguimiento de cada residente atendiendo no sólo las necesidades básicas de salud sino también lo psico – social.
- Actividades Diarias: inicio 8:30 hs. desayuno, posteriormente se trabaja con diferentes actividades desde la laborterapia a fin de estimular el desarrollo psico – motriz (manualidades, lectura del diario con charlas de temas actuales, taller de carpintería, pintura en tela, etc.) Por las tardes, después del almuerzo se realizan diferentes juegos de mesa (cartas, lotería, torneos, etc.). Se organizan actividades que hagan partícipes a los residentes, en la semana se reciben las visita de Instituciones (Escuelas, Centros Culturales, músicos, cultos religiosos).

5. Marco Conceptual

“Solo se es dignamente profesional con la idea clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad inseguro, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega el amor”

Gregorio Marañon

5.1. Generalidades

El envejecimiento es un proceso natural, multifactorial, que produce cambios graduales en muchos sistemas orgánicos. En el sistema nervioso central y periférico ya sea el rendimiento u otra capacidad varía considerablemente con la edad. Andrés (1995) aporta que además el envejecimiento tiene una característica que ya la enunciamos y es que también tiene pérdidas de carácter psicológico y social como ser la viudez, la jubilación⁴

La población mundial está envejeciendo en una forma incalculable sin precedentes en la historia mundial, y nuestra nación no escapa de esta tendencia mundial.

Sabemos en la Argentina entre 1960-1990 la población general creció un 39% y lo más importante para nosotros es que los mayores de 85 años se incrementó un 231%, mayores de 65 en un 10% del total de la población y en ciudad de Bs. Aires en un 17.23% (Censo 2001)⁵

Gascón (2007) puntualiza que en Argentina la esperanza de vida al nacer pasó de los 67.3 años en el quinquenio a los 1970-1975 a los 74.3 años en el periodo 1995-2000 y se calcula que se amplíe hasta los 80.7 años en el 2050. Ante esta situación, la autora plantea interrogantes respecto a si vivir más años significará vivir mejor y de que manera será la mejor manera de vivir⁶

Esto plantea nuevos retos sociales y políticos para aumentar las oportunidades de las personas adultas mayores, por ejemplo, la nueva ley Española de Dependencia se basa en que se pueden dar otras alternativas para un buen vivir en los últimos últimos años de vida, y esto es especialmente garantizando la integración social de los AM. Por el contrario, la institucionalización genera la desinserción con el entorno.

⁴ Andrés, Haydee. (1995): Abordaje de la persona vieja desde la mirada psicogeriatrica. Vertex, Bs. As. Pág.32-34.

⁵ INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Siempre en Base de datos EPH.

⁶ Gascón, S. (2007): Envejecimiento poblacional. Una realidad hoy. Revista Argentina de Geriátria y Gerontología. Tomo XXV. Pág.19-22

Existe fuerte evidencia respecto a las ventajas de atravesar el envejecimiento en el contexto cotidiano, y de ser necesario, disponer de apoyos de equipos multidisciplinares. También de ser necesario, debe considerarse que la asociación de los modernos tratamientos farmacológicos y la estimulación cognitiva posterga el deterioro intelectual y por ende la dependencia, mejorando la calidad de vida del AM y su familia.

La depresión resulta una de las más importantes causas de enfermedad y de trastornos cognitivos en el adulto mayor, y por ende causa de institucionalización de los adultos mayores. Por otra parte, la memoria como de acciones, experiencias, conocimientos y aprendizajes, su pérdida es uno de los procesos cognitivos que se asocia al envejecimiento con mayor frecuencia, prueba de esto son las investigaciones científicas y los trabajos de campo sobre vejez en los cuales predominan los análisis en relación a las personas mayores enfermas (demencia tipo Alzheimer, demencia senil), y no sobre el enfoque de salud y calidad de vida de este grupo.

Los estudios sobre el proceso de envejecimiento normal y satisfactorio no son tan frecuentes, sin embargo gran parte de la población adulta mayor vive un envejecimiento normal (sin aspectos patológicos), por lo cual resulta necesario ahondar en estudios que muestren y divulguen estrategias e instrumentos adecuados para poder vivir los años de la vejez satisfactoriamente y en relación sus necesidades sociales, intelectuales, afectivas y mediante una participación activa en dicho proceso. Este trabajo se focalizará, mediante el estudio de caso del Programa aplicado en el Hogar Dr. Sallares de Fcio. Varela, en presentar aquellas acciones que posibilitan que las personas mayores realicen actividades tendientes a la potenciación y ejercitación de la memoria, como así también a aquellas orientadas a la prevención del deterioro cognitivo⁷.

5.2.La Institucionalización.

Del año 1823 al 1947, bajo el paradigma social del “Pobre Vergonzante”, se crearon Instituciones en el marco del paradigma sanitario del Higienismo Médico.

⁷ Como se mencionó con anterioridad, existe gran demanda **de internación en esta institución y un gran ya porcentaje llega con diagnósticos (subdiagnosticados o diagnósticos confusos) de trastornos cognitivos patológicos y de esta manera justifican el ingreso (85% de los casos).** De allí las necesidades de reevaluación por parte del equipo de la institución a fin de evitar institucionalizaciones innecesarias.

Los hogares de larga estadía, como modelo institucional, surgen en Europa durante el siglo XVI con el fin de albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. En éstos los cuerpos eran tratados por un dispositivo disciplinar, entre ellos el encierro.

A partir del manejo del tiempo y de los cuerpos, las instituciones mantenían un orden y un poder, desde la perspectiva de Foucault (2002) este disciplinamiento ‘fabrica’ individuos en una lógica de poderes que hace de las personas objetos e instrumentos de su ejercicio”⁸.

En el devenir de la historia, las instituciones geriátricas se impusieron como una de las formas de dar respuesta a los problemas de la población envejecente. Estas instituciones nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados del siglo XX incorporan el concepto de rehabilitación y, a partir de la década del ochenta, se comienza a pensar en términos de promoción de la salud. Definidas por el componente asilar, las instituciones procuran satisfacer las necesidades fisiológicas y de seguridad física; desde la perspectiva rehabilitatoria se atiende con casa, comida y actividades organizadas, aunque son los residentes quienes deben adaptarse al establecimiento.

Según Foucault (2002) todas las instituciones de principios de siglo XIX, estaban ideadas por una doble función, el de la división binaria y la marcación (loco – no loco; peligroso – inofensivo; normal – anormal) y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo, cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.)⁹”

Las políticas sanitarias de la década de 1920 se destacan por ser Higienistas y en Argentina surgen las Sociedades de Beneficencia. Hacia los años cuarenta, y con el Gobierno de Juan Domingo Perón, cambia el paradigma de la asistencia por el de la Justicia Social, incorporando los *Derechos de los Ancianos* en la constitución de 1949. La política socio-sanitario imperante de esta época (Dr. Ramón Carrillo) tendía a establecer construcciones sanitarias del tipo Ciudad-Hospital ¹⁰

Tras el derrocamiento del Perón, en 1955 se estructuró en Argentina el Servicio Nacional del Anciano con dependencia de la Asistencia Pública lo que pone en evidencia el perfil medicalizado de la atención.

⁸ Foucault, M. (2002): *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI. Buenos Aires. Pág. 175

⁹ Foucault, M. (2002). Op.cit Pág. 203.

¹⁰ Plan Sintético de Salud Pública – 1952-1958 Dr. Ramón Carrillo, Capítulo IV Construcciones, Pág. 91

En su estudio, Paola (2004)¹¹ analiza que a nivel mundial la vejez adquiere consideración en un marco de “políticas de vejez” y los trabajos de Gerontología Social toman cuerpo en el *Informe Larroque* (1960-1971), en Francia. Esta propuesta se basaba en nuevos criterios, como ser prevención e integración por oposición a la cura y la segregación, que serían sustentos al nuevo paradigma de las políticas para adultos mayores. A partir de 1960 comienzan a ser tenidas en cuenta para la formulación de las políticas de los Adultos Mayores las sugerencias y recomendaciones de las sociedades científicas gerontológicas y en Argentina la problemática adquiere relevancia y es integrada a “la agenda pública de preocupaciones”. En 1970 el Servicio Nacional del Anciano se constituyó en Subdirección Nacional de la Ancianidad con dependencia de la Subsecretaría del Menor y la Familia cambiando de este modo la orientación de la temática.

En este contexto, la gerontología toma cuerpo de disciplina y adhiere a a la concepción del hombre como integridad bio - psíquica y social; se cuestionan los procesos de institucionalización y se reclaman servicios y programas que contemplen las necesidades de los adultos excluidos. En 1970 se crea el PAMI (Programa de Atención Médica Integral) cobertura socio sanitaria para las personas jubiladas y pensionadas.

La década de 1980 y postrimerías del siglo XX, marca una nueva etapa en la definición de políticas para la población envejecida, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Viena, 1982) se acuerda el “Plan de Acción internacional sobre el Envejecimiento” donde el compromiso de los países participantes gira en torno a implementar procesos y acciones sociosanitarias tendientes a mantener y promover durante el mayor tiempo posible las funciones “*activas y útiles de las personas*”(artículo 30)

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002 en Madrid, España) sostuvo como objetivo el asegurar que las personas en todo el planeta sean capaces de envejecer con seguridad y dignidad y continuar participando en la sociedad como ciudadanos con todos sus derechos”¹² generando de este modo un nueva ideología en las políticas sociosanitarias de la vejez.

11. Paola – Penas – Fernández – Pérez – Martínez – Demarco. *Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores*. Capítulos 1 y 5. Espacio Editorial. Buenos Aires.¹¹

¹² Ídem 11

En relación a los estudios sobre institucionalización, Irving Goffman (1991) ¹³, sostiene que las instituciones asilares fueron erigidas para cuidar a las personas que parecen ser incapaces e inofensivas, este autor las denomina *instituciones totales*. Entiende a estas últimas como aquellas que tienen una tendencia absorbente y totalizadora, con obstáculos que oponen a la interacción social con el exterior. En las instituciones totales que caracteriza Goffman, todas las actividades se desarrollan en espacios comunes, una misma autoridad rige para todo y para todos, las personas están permanentemente acompañadas por otras personas, haciendo juntas varias actividades, las actividades están programadas y la secuencia de las mismas es impuesta a través de normas explícitas y del personal especializado; el plan de actividades responde a los objetivos de la institución. Por lo que el control y el cumplimiento de normas es un modo de vida dentro de la institución.

En esta línea, numerosos autores señalan que para que una persona sea institucionalizada, en la mayoría de los casos es el *sistema de sostén* el factor crítico que define la institucionalización y no la enfermedad física o mental, como en el caso del Hogar Dr. Sallarés, que es la “vejez sin recursos” el argumento construido para legitimar la necesidad de internación de las personas mayores.

5.2.1 Conceptos de maltrato y su relación con la institucionalización del adulto mayor.

La definición actual de maltrato en la vejez surgió en 1995 de los miembros de la *Action on Elder Abuse*, una organización de voluntarios inglesa, en 1997 esta definición fue adoptada por la Red Internacional de Prevención del Maltrato y Abuso en la Vejez (INPEA). Esta definición precisa que el maltrato es *“la acción única o repetida, o la falta de respuesta adecuada que ocurre en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”¹⁴*.

El maltrato puede asumir varias modalidades , es multidimensional e incluye y representa a todo tipo de conducta abusiva hacia los adultos mayores. La sobreutilización de fármacos, las caídas y demás padecimientos vinculados a los

¹³ Goffman, E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.

¹⁴ INPEA, 1997.

procesos de institucionalización resultan situaciones subyacentes a relaciones de maltrato.¹⁵

La 2da. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002) recalca la necesidad de desarrollar e implementar alternativas a la institucionalización del adulto mayor, por su parte la Ley de Dependencia Española presenta pautas e incentivos económicos y de reconocimiento social para aquellas alternativas que contribuyan a que el adulto mayor permanezca en sus casas e integrado en su comunidad activamente .

5.3 Vejez, exclusión social e institucionalización.

Redondo (2007)¹⁶ explica que el término “*exclusión social*” hace referencia a un fenómeno multidimensional, que incluye las esferas económica, política y cultural, a través del cual se impide el acceso de grupos sociales o personas tanto a los bienes que ofrece el mercado, como a las instituciones sociales y culturales de la comunidad en la que viven ¹⁷(OIT, 1996 Y 1997, CE, 1992, 1993 Y 1997 citados en Gacitúa *et al.*, 2000:11).

Como afirman Gascón, S. y Redondo, N. (2005)¹⁸ la mayor parte de los países de la Región heredó la raigambre institucional de Europa continental de los siglos XVII y XVIII para la asistencia a la pobreza, la vejez o los enfermos desposeídos. La inercia de estas políticas tradicionales determina que sea usual confundir todavía situaciones de distinta naturaleza: el aumento de la edad cronológica, la pobreza y la enfermedad discapacitante.

¹⁵ La violencia Institucional tanto por familiares se ha tratado de ocultar pero esta problemática ha venido en ascenso en los últimos años. Ya en 1981 investigadores de EE.UU estimaron que el 10% de la población adulta mayor había sido víctima de un maltrato. En Canadá el 4% y en un Estudio del Reino Unido (Honer y Guilleard 1990) halló que el 45% de los ingresos a instituciones o que estaban con cuidadores habían sido víctima de maltrato y que en la encuesta a dichos cuidadores indicaron alguna vez utilizar alguna forma de maltrato. Las normas culturales, los mitos y prejuicios y la forma en que los viejos son, con frecuencia, considerados por los restos de la sociedad (frágiles, débiles, inactivos, dependientes e improductivos) pueden convertirlos en víctimas más proclive al abuso y la explotación.

¹⁶ Redondo n: (2007): Exclusión social de discapacitados físicos y mentales dependientes institucionalizados en América Latina y el Caribe; Informe Argentino; ISALUD-OPS-BID

¹⁷ Redondo toma el concepto de OIT, 1996 Y 1997, CE, 1992, 1993 Y 1997 que cita en Gacitúa (2000)

¹⁸ Gascón S y Redondo N (2005) Programación de servicios integrados de cuidados de larga duración para personas de edad con pérdida de autonomía en Argentina, Chile y Uruguay. Cooperación Internacional. Organización Panamericana de la Salud. Gobierno de Quebec - Canadá. Ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay

Desde la perspectiva de estas autoras, la atención de personas dependientes en residencias colectivas se debe basar, según las orientaciones actualmente vigentes, en el reconocimiento de los valores, el respeto a las preferencias y el apoyo al desarrollo de una variedad de modelos de servicios y prestaciones que satisfagan múltiples demandas. La adopción de este enfoque filosófico implica el compromiso con la promoción no sólo de valores tales como la libertad de elección, la independencia, la individualidad, la privacidad y la dignidad en las prácticas operativas cotidianas, sino también alentar su empleo en la elaboración de modelos de atención en residencias y en la evaluación de la calidad de esos entornos. No obstante, sostienen, es actualmente una práctica frecuente la internación de personas mayores pobres válidas,¹⁹ como es común también observar el carácter tutelar o de patronato en los comportamientos intrainstitucionales de hogares o residencias que alojan a personas mayores, persistiendo en nuestro país y sobre todo en zonas pobres las políticas asistencialistas y proteccionistas que impulsan la “institucionalización” y la “medicalización” de las personas mayores de estratos sociales bajos y con riesgo social.

5.4 Fundamentos Médicos de la No Institucionalización: Definiciones

5.4.1 Trastornos Cognitivos.

Son aquellos problemas que padece la persona con el transcurso de los años y que se caracteriza por una pérdida de algunas de las áreas cognitivas preferentemente la memoria y como consecuencia trae aparejado algún trastorno en la actividad de la vida diaria como son vestirse, comunicarse fluidamente, cobros, etc. Se destaca una disminución de las capacidades y que son parte del deterioro fisiológico generado por la senectud y puede ser o no parte a posteriori de un trastorno patológico que puede requerir de un ingreso a una Institución capacitada.

Sin embargo, Manes (2005, 2006) afirma que solo el 15% de los trastornos cognitivos “fisiológicos” conducen a una patología demencial.²⁰

Otras definiciones sostienen que el déficit cognitivo se entiende como la pérdida de autonomía personal y social, que se debe a alteraciones en la memoria, en el lenguaje, en la atención, en el juicio y el razonamiento abstracto y en las habilidades que permiten la organización y resolución de problemas.

¹⁹ Las autoras toman el término de *handicapología* para referirse a la base de las decisiones profesionales vinculadas con la internación permanente

²⁰ Manes, F. (2005 – 2006): Trastornos Cognitivos. Revista Neurológica Argentina Pág.1-6

Las patologías mentales son un gran tema en la gerontología, los trastornos cognitivos (problemas de memoria), se sabe que dentro de las patologías frecuentes son estos trastornos que van desde un trastornos de memoria leve hasta llegar a una demencia. Ollari ²¹ (2005) plantea que teniendo en cuenta que estas problemáticas están frecuentemente mal diagnosticadas y asociadas a priori al “ser viejo”, debiera trabajarse en un concepto de salud que priorice la conservación de la autonomía , estilo de vida y la autoestima de la persona mayor.

5.4.2 Afectación y deterioro de la salud en Adultos Mayores institucionalizados.

La memoria y el olvido:

El fenómeno del olvido ha sido material de estudio para muchos psicólogos y demás ramas de la ciencia que intentan descubrir como mejorar la calidad de vida cuando llegamos a ser adultos mayores.

Normalmente, se da primero el olvido rápido, al que sigue una pérdida de memoria más lenta. Sin embargo, aumentar la cantidad de información retenida puede lograrse practicando activamente la ‘reproducción’ durante el aprendizaje, mediante revisiones periódicas del material aprendido, y ‘sobreaprendiendo’ el material más allá del punto de mero dominio. Una técnica instrumental desarrollada para mejorar la memoria es la mnemotecnia, que supone usar asociaciones y otros trucos para recordar estímulos concretos. Tradicionalmente se han dado cuatro explicaciones del olvido: la primera es que las huellas mnémicas se van borrando de modo natural a lo largo del tiempo como resultado de procesos orgánicos que tienen lugar en el sistema nervioso, supuesto del que no hay constatación empírica; la segunda es que la memoria se va distorsionando progresivamente o modificando con el tiempo; la tercera es que el nuevo aprendizaje interfiere o reemplaza al antiguo, fenómeno que se conoce como inhibición retroactiva; por último, la cuarta explicación es que la represión de ciertas experiencias indeseables para el individuo causa el olvido de éstas y sus contextos.

A lo largo de la vida, las pérdidas mnémicas en personas con leves trastornos cognitivos, acrecientan de manera progresiva alterando en su funcionamiento a los distintos tipos de memoria de forma no homogénea.

²¹ Ollari, J. (2005): Declinación cognitiva y deterioro cognitivo. Concepto de salud en el anciano. Pág. 2-6.

La afectación de la memoria puede llegar a ser tan extensa, que implique tanto a: la memoria reciente en el proceso de registro de la información, la fijación y el proceso de consolidación de material, con olvido a largo y a corto plazo. En consecuencia, con dificultades para el proceso de evocación o reconocimiento de información previamente presentada, o para evocar información muy consolidada de la memoria remota.

Así pues, el proceso de fijación del material nuevo empeora progresivamente.

Llega a un olvido inmediato, algunos minutos más tarde de la presentación del material, alterándose también la capacidad de evocación de los recuerdos episódicos y semánticos remotos, con el fenómeno del gradiente temporal del recuerdo (los hechos más lejanos, son los que recuerdan mejor, antes que los más recientes que se olvidan antes) y con una presencia de falsas memorias.

Esta pérdida de memoria dificulta las capacidades cognitivas relacionadas con la misma (orientación tiempo - espacial, lenguaje, atención, cálculo, funciones visoperceptivas, funciones ejecutivas y razonamiento verbal), las relaciones sociales con los demás y, provoca respuestas de ansiedad y depresión, donde los adultos mayores conservan a menudo suficiente conciencia de sus déficits.

Además, dificulta el funcionamiento de las actividades de la vida diaria con una pérdida de autonomía del paciente. De ahí, la importancia de encontrar nuevos caminos para el tratamiento de estas personas, y conseguir un acercamiento positivo a sus problemas.

Concretamente la memoria reciente es la que se presenta más afectada, presentando mayor dificultad en retener información nueva.

La alteración de la memoria episódica es uno de los aspectos del funcionamiento cognitivo más alterado, que se divide en problemas a largo y a corto plazo.

Las dificultades a largo plazo, son más obvias en el comportamiento, ya que el paciente no es capaz de incorporar nueva información ni de orientarse de forma temporal o espacial.

Los déficits a corto plazo, se evidencian a la hora de recordar y procesar material que se acaba de obtener (por ejemplo: lo que se ha hablado en una conversación, recordar el capítulo de un libro que se acaba de leer, etcétera).

Como más característicos de las personas con dichos trastornos en la fase I es el rápido olvido de la información nueva. Además, también se observa una intensa alteración de la memoria retrógrada debido a problemas en la recuperación de la información y a una pérdida de memoria almacenada, puesto que se hayan implicados todos los procesos de la memoria a largo plazo (codificación, consolidación y recuperación).

En un principio la memoria a corto plazo (memoria de trabajo) está respetada, pero acaba alterándose a medida que progresa.

También se afecta la memoria semántica, de modo que se reduce la base de datos sobre el conocimiento del mundo y el paciente presenta déficits nuevos que incluyen menor vocabulario, menor comprensión de palabras y mayor dificultad de nombrar objetos.

La dificultad para aprender material nuevo y recordar información ya aprendida, es decir, la pérdida de memoria, les crea dificultades para la resolución de problemas de la vida diaria, hecho que les incapacita en su entorno y les dificulta en la autonomía funcional de la misma.

La depresión:

Por citar alguna patología que produce trastornos cognitivos, la depresión que es catalogada para la OMS cuarta causa de muerte en adultos mayores, ha ido creciendo en forma desproporcionada, y es en muchos casos subdiagnosticada, subtratada. El diagnóstico precoz mejoraría todos los trastornos cognitivos que acompañan o son síntomas de dicha enfermedad y de la primer fase de las demencias.

La depresión es una gran epidemia y en los adultos mayores sus síntomas están más enmascarados que en otras edades, la gravedad de esta patología podría revertirse con un diagnóstico precoz y oportuno mejorando la declinación que trae aparejada.

Albert (1998) plantea que a la vez, la misma Institucionalización una de las primeras causas de síndrome confusional, delirium, impactación fecal, caídas, desnutrición, trastornos del sueño, insomnio etc. La prevalencia de estas patologías fluctúa entre 10% y 30% y en el grupo más vulnerable, que son los pacientes mayores de 65 años institucionalizados, puede alcanzar hasta 60%.²²

Desnutrición y pérdida de peso:

Breul, V. (1992) e Inouye (1999)²³ relacionan también a la pérdida de peso y a la desnutrición como procesos patológicos asociados a la institucionalización de las personas mayores y a la pérdida de su hábitat. La desnutrición comporta la pérdida de masa grasa corporal asociada a una cierta pérdida de masa magra y constituye uno de

²² Albert, M. (1998): The Diagnosis of Dementia, en clinical geriatric psicofarmacology. Editorial C. Sezman, Willar, Pág. 419 - 427.

²³ Inouye (1999) Posticité Cerebrale et demente. Effets de la stimulation globale disfoncton cop. Dea de biologie del mellsiom celulaire. Université Paris

los problemas nutricionales más importantes en la vejez. Plantean que existe también un síndrome geriátrico relacionado con la disminución de peso y trastornos cognitivos denominado síndrome “*Faiulure to Thrive*” (*dificultad del despegue*) que se asocia también a patologías crónicas terminales y a la institucionalización. Se caracteriza por trastornos cognitivos, usualmente pérdida de peso, pérdida de apetito, desinterés y soledad.

Los gigantes de la geriatría:

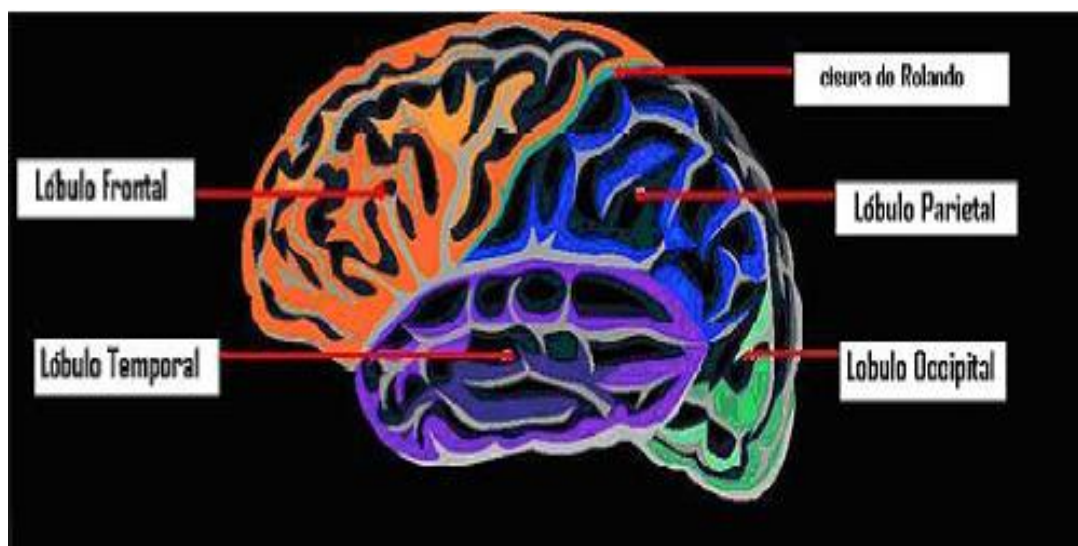
Bernad Isaac hace cuatro siglos acuñó el término “Los Gigantes de la Geriatría” refiriéndose a aquellos problemas que tienen como característica común la alta prevalencia, la multicausalidad y que poseen factores de riesgo comunes que generan curso crónico con relativa letalidad y limitan la independencia de los mayores de manera sustancial a través de la discapacidad. La Institucionalización generalmente agrava estos síndromes: La inactividad y las alteraciones de la movilidad resultan problemas comunes en la población adulta mayor, por lo que con frecuencia constituyen motivos de consulta, o habitualmente son observados durante las visitas al hogar. Este deterioro de su capacidad funcional se convierte en un factor de riesgo importante para numerosos eventos adversos, como son, las caídas, la institucionalización y el aislamiento social, que no pocas veces conduce a una dependencia progresiva hacia terceras personas.²⁴

5.5 Breve reseña de los fundamentos fisiológicos para un abordaje cognitivo.

5.5.1 El Lóbulo Frontal.

El lóbulo frontal tiene la arquitectura de neuronas de más alto nivel en la escala Evolutiva. Representa la parte filogenéticamente más nueva del cerebro del homo Sapiens y abarca el 1/3 anterior de cada hemisferio cerebral. En el hombre abarca el 30% de la superficie total del cerebro. Cada lóbulo frontal tiene 3 sectores: 1) La corteza motora-premotora, 2) La corteza pre frontal, y 3) El área paralímbica.

²⁴ Publicado en Revista Cubana de Medicina Integral (2005).



La corteza prefrontal es la principal responsable de la conducta humana. Tiene conexiones con todo el encéfalo – aéreas corticales, subcorticales, límbicas y cerebelosas-. La corteza prefrontal, está situada entre el medio ambiente que nos rodea con sus estímulos, y el individuo, nosotros, en distintos momentos y diferentes situaciones internas. La corteza prefrontal dirige nuestras respuestas²⁵. El resto de los lóbulos no registran importancia en la temática específica de los trastornos cognitivos.

5.5.2. La Memoria.

Es definida como una facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado²⁶. También se puede definir como el proceso de almacenamiento y recuperación de la información en el cerebro, básico en el aprendizaje y en el pensamiento. Existen pocos datos sobre la fisiología del almacenamiento de la memoria en el cerebro. Algunos investigadores sugieren que la memoria se sitúa en localizaciones específicas, y otros que la memoria implica a amplias regiones cerebrales que funcionan conjuntamente. De hecho, es posible que ambas hipótesis se cumplan de forma simultánea. Los teóricos también proponen diferentes mecanismos de almacenamiento para la memoria a corto y a largo plazo, y que si lo aprendido no pasa del primero al segundo existe la posibilidad de olvidar esa información.

²⁵ La vergüenza por citar alguna está en el lóbulo frontal del cerebro.

²⁶ En la filosofía escolástica, una de las potencias del alma.

Después de muchísimos años de que varios investigadores hayan discurrido sobre la memoria, recién hace no más de un siglo que comienza la verdadera investigación científica que comenzó con Ebbinghaus, Herman (1850-1909), psicólogo alemán pionero de psicología experimental. Realizó importantes experimentos sobre el valor de la repetición en la memoria, empleando sílabas sin sentido (...quel, bol, ras...), pero su principal contribución fue el diseño del denominado 'test de lagunas', prueba de inteligencia que mide la memoria de los niños y que consiste en releer frases en las que aparecen espacios en blanco que hay que rellenar, ya que se omiten algunas palabras de forma voluntaria. Ebbinghaus investigó también los procesos de percepción, dominando así el estudio de la memoria humana hasta los años setenta, sobretodo en América latina donde la influencia del conductismo era más intensa.

Luego el origen de la psicología cognitiva (rama de la psicología que se ocupa de los procesos a través de los cuales el individuo obtiene conocimiento del mundo y toma conciencia de su entorno, así como de sus resultados) que se forma bajo la influencia de disciplinas afines, como el tratamiento de la información, la inteligencia artificial y la ciencia del lenguaje enriquecieron sustancialmente el estudio de la memoria, llegando a dominar rápidamente el enfoque cognitivo en el estudio de la memoria. El objeto de estudio de la psicología cognitiva, memoria, lenguaje, pensamiento, percepción intentan comprender y explicar la actividad humana desde planteamientos estrictamente científicos

Baddeley (1974) se encargó de cambiar este enfoque dando otros conceptos como el de feed-back, codificación, recuperación y así un nuevo lenguaje en el campo de la memoria: el *modelo de la memoria del trabajo*. En el modelo de memoria de trabajo se refina el modelo de memoria a corto plazo. Baddeley & Hitch observaron que realizando tareas como retener ocho dígitos, que se suponía deberían ocupar toda la memoria a corto plazo, todavía se pueden ejecutar otras tareas que implican un uso de la memoria a corto plazo como comprender frases o recordar una lista de ítems.

El modelo de Baddeley & Hitch

- El modelo incluye tanto componentes de almacenamiento como de procesamiento de la información
- Los almacenamientos sensoriales alimentan dos memorias de trabajo
- Memorias de trabajo: un **cuaderno de apuntes visual-espacial** y un **lazo fonológico**. Usan información de los almacenamientos sensoriales y de otras fuentes internas
- El **ejecutivo central** es responsable de operar la información y planificar la atención

En el mundo se siguió estudiando y creciendo en forma notable, otros como Gestald, Neisser, han dado importancia a seguir estudiando la percepción

Sin embargo, la memoria humana es extremadamente complicada y aunque es difícil captar en el laboratorio muchos aspectos más ricos de la memoria, existe una necesidad de tener presentes tanto el laboratorio como el mundo exterior al enseñar la psicología de la memoria (Baddeley, 1999).

En términos generales, la memoria humana se divide en los siguientes sistemas que interactúan entre sí y cada uno de los cuáles se divide a su vez, en otros subsistemas. Desde un punto de vista diacrónico o secuencial (que inscribe la memoria en una abscisa de tiempo), se puede clasificar la memoria en: Memoria sensorial, memoria a corto plazo, inmediata o primaria, memoria de trabajo, memoria a largo plazo o secundaria, memoria de los hechos antiguos, consolidada o terciaria.

Memoria sensorial: La memoria humana es un sistema para el almacenamiento y recuperación de la información, siendo ésta obtenida por nuestros sentidos. Nuestra memoria es un registro de percepciones, pues el que veamos, oigamos u olfateemos influirá obviamente en lo que recordemos. En cuanto al modo como los estímulos visuales y auditivos son procesados y recordados, pueden distinguirse varias fases de procesamiento y de recuerdo. Los almacenajes más breves de la memoria suelen durar sólo una fracción de segundo y forman parte del proceso de percepción. La visión y la audición poseen una fase de almacenamiento posterior transitoria, denominada memoria auditiva o visual a corto plazo, cuya huella de memoria dura unos pocos segundos. Además, tenemos una memoria a largo plazo para imágenes y sonidos por lo que podemos recordar un atardecer, identificar la voz de un amigo, etc.

Así pues, la memoria sensorial se distingue entre memoria icónica (memoria visual) y memoria ecoica (memoria auditiva) (Neisser, 1967). Ambas se dividen en tres tipos: Memoria icónica, memoria visual a corto plazo y memoria visual a largo plazo; memoria ecoica, memoria auditiva a corto plazo y memoria auditiva a largo plazo (Baddeley, 1999).

Memoria a corto plazo, inmediata o primaria: La memoria a corto plazo, inmediata o primaria, tiene una capacidad limitada que engloba el análisis de la información sensorial en las áreas cerebrales específicas (visuales, auditivas) y su reproducción inmediata durante un tiempo de permanencia muy breve (de uno a dos minutos).

Esta duplicación en el acto de las informaciones concierne a un número restringido de elementos que definen el *span* o amplitud de memoria, siendo este de 7 ± 2 ítems. Este tipo de memoria corresponde a la reproducción en eco de informaciones pendientes o no de un destino mnésico durable (Arrollo-Anyó, 2002).

Memoria de trabajo: Baddeley (1993) introduce el concepto de memoria de trabajo, funcionando como un sistema de capacidad limitada capaz de almacenar, pero también de manipular las informaciones, permitiendo así el cumplimiento de tareas cognitivas tales como el razonamiento, la comprensión y la resolución de problemas gracias al mantenimiento y a la disponibilidad temporal de las informaciones.

Propone una memoria de trabajo de múltiples componentes, con un sistema ejecutivo central que controla y varios sistemas subordinados subsidiarios: el lazo articulatorio y la agenda visuoespacial. El lazo articulatorio permite el almacenamiento de las informaciones verbales, ya se presenten por vía auditiva y visual y está formado por dos componentes, una unidad de almacenamiento fonológico y un proceso de control articulatorio basado en la autor repetición subvocal que permite alimentar la unidad de almacenamiento. Por otro lado, la agenda visuoespacial se alimenta de la percepción visual o de la imagen mental. Su almacenamiento, análogo al del lazo fonológico o articulatorio, permite mantener temporalmente informaciones visuales (Arrollo-Anyó, 2002). Memoria operativa es también el término utilizado para describir la alianza entre los sistemas de memoria temporal que desempeña un papel decisivo en muchas tareas cognitivas tales como razonamiento, aprendizaje y comprensión (Baddeley, 1999).

Memoria a largo plazo o secundaria: Se refiere a la información que se almacena durante periodos considerables de tiempo. Este tipo de memoria se encarga principalmente de almacenar información, a diferencia de la memoria sensorial y de la memoria a corto plazo, en los que el almacenamiento es una característica incidental de otros aspectos del sistema. Esta memoria permite la conservación duradera de las

informaciones, gracias a una codificación, seguida de un almacén organizado en una trama asociativa multimodal (semántica, espacial, temporal, afectiva). Facilita el aprendizaje y la consolidación de las informaciones en función de su importancia emocional y su repetición (Ruiz, 1994).

Memoria de los hechos antiguos, consolidada o terciaria: Se trata de aquellos recuerdos que son objeto de una consolidación debido a un aprendizaje. Así pues, algunos recuerdos son objeto de una consolidación, constituyendo la memoria de los hechos antiguos, consolidada o terciaria. En relación con este tipo de memoria, en clínica es habitual oponer la amnesia anterógrada (olvido progresivo) a la amnesia retrógrada (olvido de los hechos pasados). Por ejemplo, a medida que avanza la enfermedad de Alzheimer, se extiende la amnesia retrógrada olvidando progresivamente desde el pasado más reciente hasta el más lejano (Arrollo-Anyó, 2002).

Así pues, la memoria primaria subrayaría de un modo esencial el papel de la atención y la consciencia, la memoria a corto plazo haría referencia al tiempo de almacenamiento y la memoria de trabajo enfatizaría el papel de la memoria como sistema de control de procesamiento de la información (Ruiz, 1994).

En cuanto a los tipos de memoria, desde el punto de vista sincrónico o paradigmático (diferentes campos donde opera la memoria), se han sugerido numerosos términos para describir sus componentes.

Una clasificación divide la memoria que proviene de la conciencia y la reflexión, denominada *declarativa o explícita* y aquella que engloba respuestas aprendidas, como los reflejos condicionados o las habilidades motoras, que no dependen de una reflexión consciente, denominada *memoria de procedimiento o implícita*. Según Squire (1991) la memoria se divide en dos grandes sistemas (declarativo y no declarativo), cada uno de los cuáles incluiría a su vez otras formas de memoria.

Memoria explícita o declarativa: Este tipo de memoria se refiere a todo lo que se puede traer a la mente o aquello sobre lo que se puede declarar su contenido no exclusivamente de un modo verbal. Así pues, permite recordar de forma consciente o voluntaria un hecho de la vida, responder a cuestiones de vocabulario, recordar caras, recordar un trayecto espacial u otras informaciones que se pueden manifestar mediante el recuerdo de una imagen mental mejor que verbalmente. La memoria explícita se divide a su vez en dos sistemas: uno que se encarga de la codificación y recuerdo de experiencias personales y sucesos específicos (memoria episódica) y otro que se

ocupa del almacenamiento permanente del conocimiento de hechos y conceptos, además del significado de las palabras (memoria semántica) (Tulving, 1983).

Memoria episódica o autobiográfica: hace que el sujeto recuerde hechos de su propia vida personal, familiar o social. Se trata de una memoria de hechos, que permite al sujeto actualizar los recuerdos con una referencia temporoespacial. Se trata de las experiencias de toda una vida que se unen para crear a la persona, respondiendo a la pregunta ¿quién soy yo? (Baddeley, 1999).

Memoria semántica: son los conocimientos adquiridos por un individuo sin referencia espaciotemporal. Hace referencia al saber o a una cultura y a las competencias de un individuo, es decir, a la información o conocimiento general sobre el mundo. Esta memoria gestiona tanto el sentido de las palabras como el de las informaciones que llegan a la consciencia mediante los canales de los sentidos. Respondería a la pregunta ¿qué sé yo? (Baddeley, 1999). La memoria semántica se adquiere en los primeros años y se expande en diferentes grados, a lo largo de toda la vida. Esta memoria está organizada conceptualmente, sin referencia al tiempo ni el momento en que se adquirió. Tanto la memoria semántica como la episódica, forman parte de la memoria a largo plazo.

La memoria implícita o no declarativa: Es aquella en la que el acto de memoria se activa de manera inconsciente o involuntaria, esencialmente gracias a dos fenómenos: el *procedimental* y el *priming*. Por memoria implícita se entiende la expresión de conocimiento adquirido en un episodio anterior, a través de una prueba que no hace referencia consciente o explícita a tal episodio de aprendizaje (Graf y Schacter, 1985).

Memoria procedimental (del saber hacer): permite adquirir habilidades perceptivas, motoras o cognoscitivas mediante la práctica. No es necesario un aprendizaje (Squire, 1984). La memoria procedimental puede definirse como la que permite un aprendizaje que se elabora a través de la ejecución de una tarea, y se traduce por una mejora de los resultados o por la facilitación del acceso a ciertas informaciones (saber cómo).

Priming por repetición: representa también la memoria implícita y puede ser verbal o perceptiva. El priming designa el efecto facilitador del tratamiento de un estímulo, como consecuencia del resultado de su presentación previa (Tulving, 1982).

Memoria de las habilidades sensoriomotrices: Dentro de esta clasificación, hay otros tipos de memoria: La memoria prospectiva (estratégica o del futuro), que es aquella que concierne a las capacidades de planificación y de orden temporal necesarias para la realización de tareas mnésicas; la memoria de los hechos (la información aprendida) y contextual, que es aquella que reagrupa los atributos

espaciotemporales de la información aprendida (dónde y cuándo) y las modalidades de la información (cómo); la metamemoria, que es la consciencia que el sujeto tiene de su propia memoria; la memoria inmediata: recuerdo de informaciones que se acaban de percibir; la memoria reciente: memoria del presente que permite retener información nueva constituyendo recuerdos; la memoria remota: memoria resultado de todas las experiencia y de contenidos variados (memoria episódica, memoria biográfica personal, memoria semántica, conocimientos, acontecimientos adquiridos, culturales, históricos, lingüísticos).

En síntesis, la memoria es el proceso cognitivo que permite a una persona almacenar la información que recibe a través de los sentidos para su recuerdo y su utilización en situaciones posteriores. En este proceso de memoria existen tres funciones: registro, fijación y conservación y evocación. En estos tres niveles se debe trabajar con diferentes técnicas²⁷ para prevenir el deterioro cognitivo de las personas mayores, fortalecer sus capacidades autónomas y evitar su desinserción social y comunitaria.

La rehabilitación cognitiva es el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar laboral y social en aquellos sujetos que sufren o sufrieron una injuria cerebral. Se aplica en numerosas enfermedades, donde destacan el daño cerebral traumático, el ataque cerebro vascular (stroke) y las demencias. Su fundamento neurobiológico es la plasticidad sináptica, fenómeno bien conocido y demostrado en experimentación animal, cultivos celulares, y en el ser humano. Básicamente se utilizan estrategias de restauración, compensación y sustitución, de las funciones cognitivas, ya sea en base a modificaciones ambientales, entrenamiento de habilidades compensatorias o reentrenamiento directo de las áreas comprometidas. El paso inicial es un examen comprensivo del perfil cognitivo de afectación de cada paciente. El proceso de rehabilitación se basa en la toma de compromisos mutuos, en base al estado cognitivo y las necesidades actuales y futuras del paciente. Este proceso debe ser individual y perfectamente adaptado al déficit y a cada paciente.

El problema central de la rehabilitación es la generalización, o sea, trasladar los eventuales logros en las sesiones de rehabilitación a las actividades de la vida diaria. Si bien los estudios controlados son limitados y difíciles de realizar, la evidencia actual apoya el uso de estrategias de rehabilitación cognitiva. Los resultados, son muy significativos especialmente para el paciente y la familia y el entorno.

²⁷ Por ejemplo por medio de talleres de estimulación como se presentará en este trabajo de acuerdo al estudio en que se focalizará en el Hogar Dr. Sallares.

La toma de conciencia, el reconocimiento mutuo, el saber que el envejecimiento es un hecho socialmente compartido, vivido y experimentado por otros, el descubrimiento de la necesidad de interés, la necesidad de unirse a otras personas con la intención de actuar y cambiar la realidad, la participación, el haber logrado, el haber participado asume un sentido que sólo puede ser posible a través de la experiencia colectiva como alternativa pura a la institucionalización como única opción. (Dabas, 2000).

5.6. Definición de Rehabilitación cognitiva: un gran paradigma.

Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud, 2000), la rehabilitación implica la restauración de los pacientes al mayor nivel alcanzable de adaptación física, psicológica y social. Incluye además, todas las medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones discapacitantes permitiendo a la persona discapacitada Alcanzar una óptima integración social.

La investigadora inglesa Bárbara Wilson (1997) sugiere que el término “rehabilitación cognitiva” puede aplicarse a cualquier estrategia o técnica de intervención que pretenda ayudar a los pacientes y a sus familiares a vivir y a sobrellevar o reducir los déficit cognitivos.

Hay mucho que se puede hacer para mantener saludable el cerebro y potencialmente prevenir o reducir el declive cognitivo que viene con el envejecimiento. La Alliance for Aging Research de EE.UU (2007). está estimulando a las personas a tomar medidas para mejorar la salud cerebral como parte del régimen general de de salud.

Torralba (2006) sostiene que el cambio, el desafío y el aprendizaje son los tres ingredientes principales a los que se expone una mente joven. A medida que se envejece suelen disminuir, pero esto puede modificarse, este es el objetivo de los programas de entrenamiento cognitivo: mantener los grados de desafío, cambio y aprendizaje en la cuota justa para tener la mente activa. La estimulación cognitiva –aún realizada por un período de tiempo breve- impacta positivamente en las funciones cognitivas a largo plazo.²⁸

La psicoestimulación integral y la socialización permiten neutralizar los efectos negativos del impacto que genera un trastorno cognitivo, en el desempeño ocupacional y en la interacción social del adulto mayor. El objetivo fundamental de ambas es mejorar integralmente la calidad de vida en toda su dimensión. La actividad creativa es la materia prima donde se construye la salud y el conocimiento, aspecto central de la

²⁸ Torralba, A. (2006) Jefa de Neuropsicología y Rehabilitación Cognitiva de INECO. Trastornos cognitivos.

experiencia humana que adquiere significación en la relación del individuo con uno mismo y con los demás. El objetivo de la rehabilitación es mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas en el seno de sus familias y en los lugares en los cuales ellas viven o trabajan.

Dentro de las estrategias en rehabilitación cognitiva, las intervenciones directas son aquellas que aplican procedimientos que tienden a mejorar o restaurar algunas habilidades o capacidades cognitivas subyacentes. Las áreas cognitivas que más se han visto favorecidas son la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo. Las revisiones que se han hecho sobre los resultados de la rehabilitación cognitiva (Folstein MF, Folstein SE, McHugh.P, 1975 y García L., 1997)²⁹ han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones, sobre todo aquellas que ponen el énfasis en el entrenamiento en habilidades compensatorias y uso de ayudas externas.

En este enfoque se ubica el Programa aplicado en el Hogar Sallarés que se toma como objeto de estudio y que se describirá en el próximo apartado de este trabajo.

²⁹ Folstein MF, Folstein SE, McHugh.P (1975): Minimal State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3):186-198; García L. (1997): Envejecimiento y Demencia. Evaluación neuropsicológica de las funciones cognitivas. *Neuropsicología Clínica*. 16-116.

6. El Programa de Estimulación Cognitiva aplicado en el Hogar Dr. Sallarés como una alternativa preventiva a la internación de las personas mayores

“Los programas sociales generan bienes y servicios o productos que pretenden transformar una realidad (situación inicial) donde se identifica un problema o necesidad que se desea corregir o satisfacer por lo cual resulta necesario conocer exhaustivamente la situación ante de proceder aun diseño de intervención, el Diagnostico de la situación inicial permite caracterizar y brindar información acerca de la magnitud y relevancia del problema y permite conocer las respuesta institucionales o programáticas y los recursos disponibles para enfrentar el problema en ese territorio”.

Nirenberg, Brawerman, Ruiz (2003)³⁰

6.1. Exploración de adultos mayores y familiares al momento de solicitar la internación geriátrica.

Como se señaló en el ítem metodológico, en total se analizaron 156 casos (correspondientes con quienes tenían solicitud para el ingreso a la institución geriátrica durante el período 14 de abril del 2005 hasta 28 de diciembre de 2006) a quienes se les propone el Programa como alternativa a la institucionalización.

Las preguntas realizadas a los adultos mayores potencialmente ingresantes y a sus familiares fueron de tipo abiertas y exploratorias. Considerando el bajo nivel educativo de esta población, los interrogantes fueron formulados con términos casi coloquiales a fin de favorecer la comprensión de las mismas.

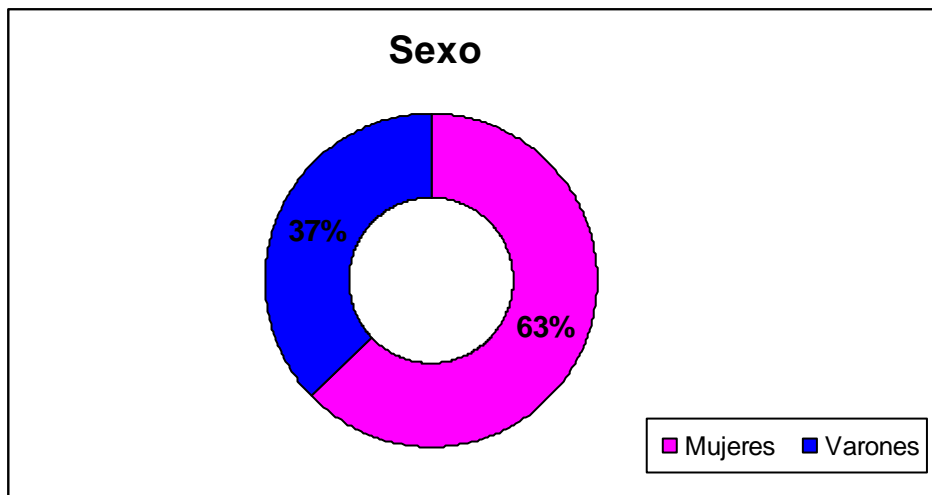
De los 156 adultos mayores con solicitud para el ingreso al Hogar, 55 aceptaron participar del Programa espontáneamente (durante la entrevista de admisión y al informársele del mismo) mientras que 101 adultos mayores manifestaron su voluntad de descartar todo tipo de intervención, manifestando que querían continuar su vida como hasta ahora. Posteriormente, explicándosele las características del Programa

³⁰ Nirenberg, Olga, Brawerman, Josette, Ruiz Violeta. (2003) “Programación y Evaluación de Proyectos Sociales. Aporte para la racionalidad y la transparencia”.

que se les proponía aceptaron participar del mismo, fundamentalmente porque finalizadas las actividades regresaban a sus hogares.

Distribuidos por sexo, este grupo de 156 adultos mayores estaba conformado por 98 mujeres y 58 varones.

Gráfico 1: Distribución por sexo de los 156 potenciales ingresantes al Hogar.



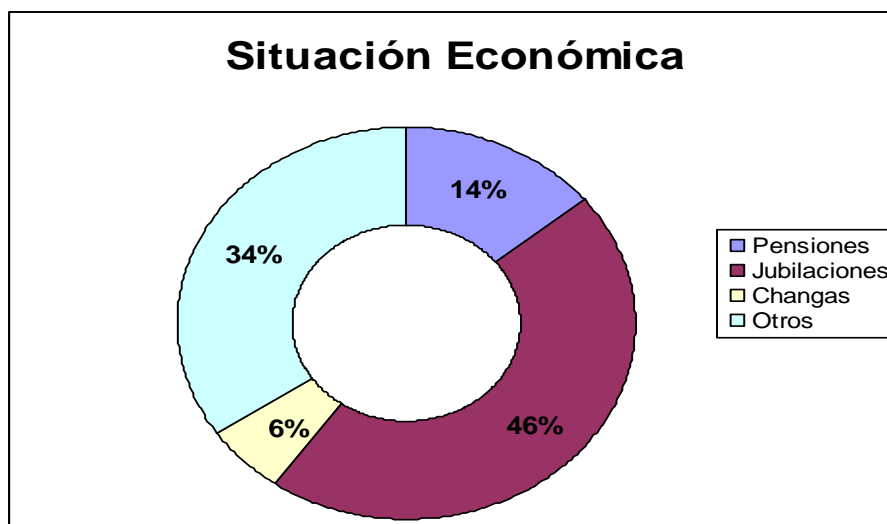
Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar, además, que tomando el conjunto de las 156 solicitudes, cuando se entrevistó a los adultos mayores por el área de admisión del Hogar, 25 de ellos manifestaron desconocimiento respecto al motivo de la citación.

Respecto a los ingresos y medios de vida, 101 de ellos manifestaron tener ingresos (70 de ellos jubilaciones; 22 de ellos pensiones y 9 trabajaban actualmente en empleos esporádicos no formales (*“changas”*). El resto (55) no tenía ingreso alguno.³¹

³¹ Con la referencia “otros” quedó expresado el valor “sin ingresos”, correspondiente a 55 pre-ingresantes (34%)

Gráfico 2: Ingresos y medios de vida de AM potencialmente ingresantes al Hogar.

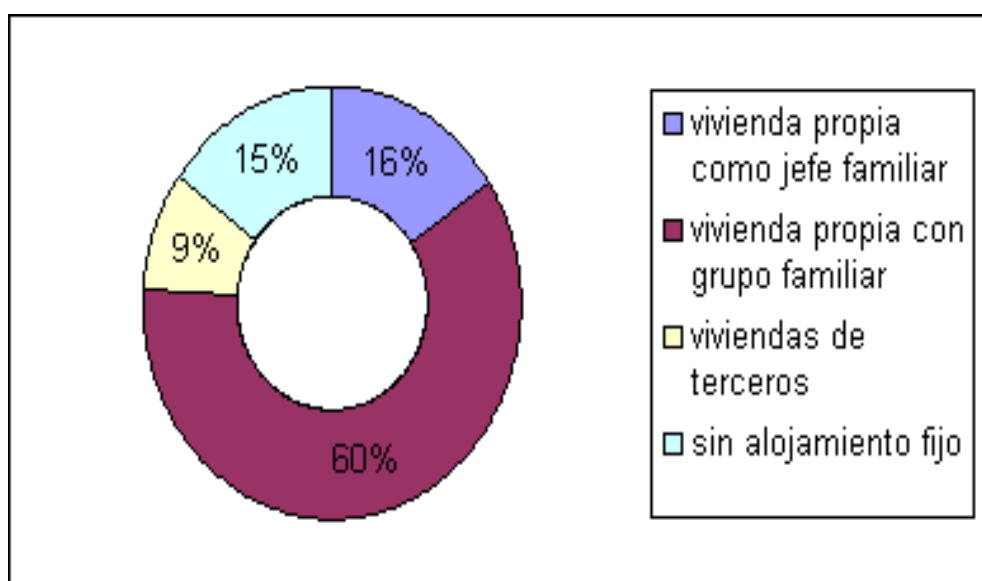


Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la vivienda, el gráfico 3 ilustra las diversas situaciones del grupo que se estudia.

Gráfico 3: Situación de tenencia de la vivienda.

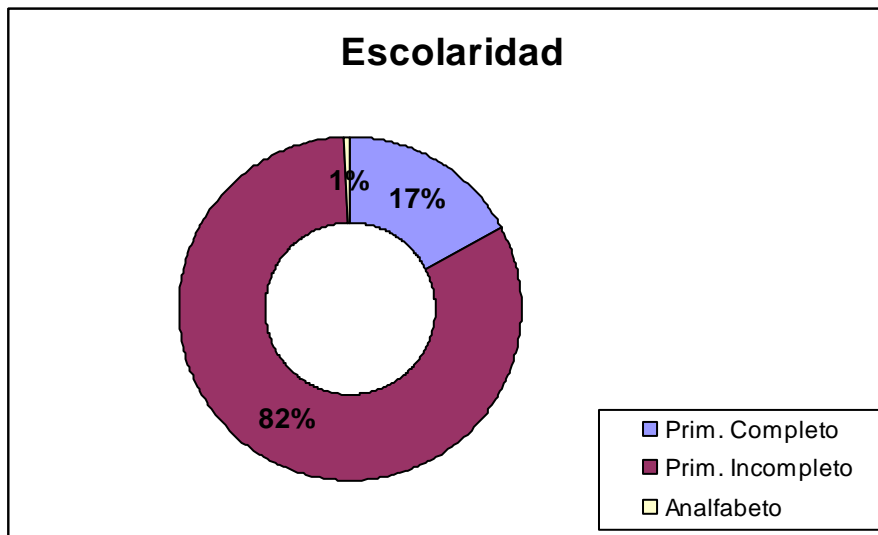
vivienda propia (vive solo)	24
vivienda propia (convive con grupo familiar)	93
viviendas de terceros (convive con grupo familiar)	14
sin alojamiento fijo	23



Fuente: Elaboración propia.

En lo que hace a escolaridad, 27 de los potencialmente ingresantes alcanzaron escolaridad primaria completa, 126 primaria incompleta y 1 es analfabeto.

Gráfico 3: Escolaridad.



Fuente: Elaboración propia.

De los 156 casos tomados se pudo observar en términos generales lo siguiente:

- Los adultos mayores que tenían solicitud de ingreso prefieren mantenerse en su hogar aunque las condiciones de infraestructura, vivienda y salubridad sean mucho más precarias que las del Hogar Geriátrico.
- En relación al punto anterior, el pedido de internación no es por decisión de los adultos mayores, sino por la de los familiares.
- Por su parte, los familiares justificaron su actuación a partir de la necesidad de contención, la debilidad del adulto mayor y la falta de autonomía que observaban.
- De los 156 adultos mayores que se indagaron, 64 de ellos referían o presentaban algún síntoma de depresión (tristeza, abulia, soledad, sentimiento de muerte, ruina).
- Mini - mental inicial promedio 18 (las escalas cognitivas están influenciadas por variables como ser educación, etc.)

6.2 Características de la experiencia del Programa Alternativo a la Internación implementado en Hogar Sallares.

En este punto se presentarán los componentes principales del Programa Alternativo a la Internación en el Hogar de Ancianos Dr. Sallarés de Florencio Varela, en este sentido se detallará seguidamente las actividades y talleres diseñados por el equipo del Hogar con el propósito de disminuir el índice de institucionalización innecesaria,

mediante la aplicación de estrategias de evaluación y estimulación cognitiva tendientes a fortalecer la autonomía de los adultos mayores para los cuales se solicitaba internación.

El propósito de este Programa fue definido como *“mejorar de la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias a partir de la implementación de un Programa Alternativo de Internación que estimula la integración de las personas mayores a su entorno mediato e inmediato”*

Específicamente se apunta a :

- Fomentar la participación entre adulto mayor sano y con trastornos cognitivos.
- Optimizar el vínculo entre el equipo, las familias y el entorno.
- Mejorar el asesoramiento para las familias y los residentes.
- Mejorar el bienestar personal y grupal de los que integran la institución.
- Mejorar la coordinación, y la concentración mediante talleres de trabajo de memoria.
- Estimular el conocimiento del cuerpo y reconocer sus virtudes y limitaciones.
- Mejorar la comunicación y el vínculo.
- Fomentar la apreciación de las diferentes tipos de personalidad y desmitificar la vejez.
- Eliminar los prejuicios hacia las personas de edad
- Utilizar los lugares de esparcimiento como ser centros de jubilados, sociedades de fomento, para este tipo de programas y como lugar de contención y alternativo de la institucionalización.
- Ofrecer alternativas de educación e información en temas relacionados con la vejez, el envejecimiento, trastornos cognitivos y los estilos para mantener una vida saludable.

Este Programa tiene como eje fundamental la prevención y la promoción social y de la salud, tanto física como psíquica desarrollando la potencialidad y accionar de cada persona por medios de talleres de inclusión y de reinserción en el medio social de aquellos que presentan algún tipo de trastorno cognitivo mínimo.

El modelo de internación existente, la explotación demográfica y los niveles socio-económicos y educacionales bajos hacen que exista una demanda creciente de

institucionalización para las personas adultas mayores, en muchísimos de los casos innecesarias, lo cual genera por lo menos dos efectos adversos:

- la pérdida absoluta de decisión del adulto mayor al momento de poder elegir que es lo que quiere realmente hasta el último momento de su vida, tal como lo señalan los principios de las Naciones Unidas y el Plan de Acción de Envejecimiento (Madrid 2002).
- Un alto costo público (recurso humano, administrativo, económico etc.) vinculado al proceso de institucionalización que debiera ser destinado a alternativas adecuadas y basadas en el derechos de la personas.

6.2.1 Sustento del Programa: Factores clave para la selección de un abordaje de estimulación cognitiva.

El diseño y puesta en práctica del Programa que se analiza se sustentó en las siguientes premisas:

- Un examen comprensivo del perfil cognitivo de cada persona es el primer y crítico paso en el desarrollo del plan de estimulación o rehabilitación cognitiva. La ENP (Evaluación Neuropsicológica) es un examen complementario y práctica diagnóstica que se realiza en la primera entrevista y que consiste en la administración de distintos test intelectuales (mini mental, escala de desavaye, ADVD, ABC, etc.). Todas y cada una de las funciones cerebrales superiores, como la memoria, la inteligencia, la toma de decisiones, la orientación, el lenguaje, entre otras, son evaluadas en forma individual y sus resultados son comparados con los valores estandarizados normales acordes a la edad del paciente y a su nivel o años de escolaridad. Surge entonces la presencia o no de alteraciones (análisis cualitativo) y el porcentaje de alteración o de déficit en cada una de las habilidades cognitivas exploradas (análisis cuantitativo).
- La ENP es una herramienta sumamente importante y calificada para diagnóstico de deterioros intelectuales tanto incipientes (disfunción cognitiva leve) como los ya declarados y de cualquier origen o etiología: demencias tipo Alzheimer, demencias vasculares, demencias con cuerpos de Lewy o las frontotemporales, por nombrar sólo alguna y de esta manera sabemos que estos si deberían estar en una institución como primer medida, tratando de evitar el síndrome de Bournout familiar o del cuidador.

- La evaluación del perfil cognitivo-conductual y emocional del adulto mayor implica establecer compromisos específicos y mutuos sobre los objetivos de las actividades que se pauten , teniendo en cuenta las necesidades actuales y futuras de cada individuo. El establecimiento mutuo de objetivos puede aumentar su motivación y resultar en un incremento de su participación activa.
- Los conocimientos sobre la memoria son variables pero todos destacan la propuesta de *ejercitarla* y someterla a un continuo entrenamiento. Uno de los caminos más aconsejable es aprender nuevas habilidades y destrezas que permitan estimular circuitos neuronales y aumentar el número de neuronas generando así una mayor plasticidad y los talleres serían uno de las mejores dinámicas funcionales que como objetivo principal apunta a promover la prevención y promoción de la salud.
- Los criterios de admisión permiten evaluar la auto validez de las personas desde lo cognitivo. De acuerdo a los resultados y según su manera de desenvolverse ésta puede ser incorporada a diferentes talleres para de este modo evitar enlentecer el ingreso a la institución y favorecer por más tiempo su autonomía y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

6.2.2 Respecto a la estrategia de Taller:

- El taller es un tipo de intervención que da respuesta a la necesidad de poder intervenir sobre estimulación de las funciones mnésicas, pero también con el objetivo de trabajar los vínculos grupales.
- El grupo es un elemento de integración social, es un re definidor de la autoimagen, es un espacio que otorga identidad. Por esto, la autoestima, la comunicación e integración grupal son aspectos que se consideran claves para el bienestar subjetivo de los participantes y que inciden en el trabajo de entrenamiento de la memoria.
- Los talleres con múltiples actividades (orientación a la realidad, laborterapia, músico terapia, actividad física, recreativa, etcétera) estimulan la reinserción social y revierten sensaciones de exclusión.

A la vez, la focalización en una población adulta mayor supone considerar dos aspectos importantes, a saber:

- El nivel de de educación alcanzado: Más del 80% de la población mayor solo ha cursado estudios primarios y este dato guarda proporciones similares a nivel del total del país. No obstante existen situaciones distintas en cuanto al nivel de educación de la población mayor en cada provincia y también según el sexo. Entre los mayores, las mujeres son las que presentan un elevado índice de falta de escolaridad, el mayor porcentaje de mujeres asistieron al nivel primario y, consecuentemente, el menor porcentaje de ellas son las que han adquirido educación media o superior. Este atributo da cuenta de las dificultades que se observa principalmente en la población femenina al momento responder a las alternativas que se le plantea, específicamente en el Programa que se aborda en este trabajo..

- La jefatura y composición de los hogares particulares en los que vive la población de 65 años y más³²: La causa profunda de algunas de las dificultades de la población mayor es de orden social, esto obedece a que la vejez ha perdido prestigio con respecto a la juventud. Torrado (1993) sostiene que debe analizarse la distinción entre familias extensas y familias nucleares, por tratarse de dos tipos de familias que se presentan como la transición entre las sociedades tradicionales y las sociedades modernas³³. En muchos de los casos analizados las dinámicas familiares complejas y las familias numerosas en situación de pobreza constituyen factores condicionantes que predisponen a la búsqueda de institucionalización de los mayores.

6.2.3 Pautas a considerar para la realización de las actividades del Programa:

Existen una serie de pautas que se consideraron en la implementación del Programa de estimulación cognitiva.

- El entrenamiento ha de ser individual, perfectamente adaptado al déficit y aprovechando las habilidades potenciales, independientemente de que éste se haga en grupo.
- Se debe comenzar con tareas que exijan del sujeto demandas de atención mínimas de tal modo que sea necesario escaso esfuerzo para realizarlas,

³² Esta consideración implicó sumar al Programa Talleres de mediación y reflexión sobre conflictos familiares.

³³ Torrado, 1983.

asegurando un resultado exitoso, e ir progresando en dificultad poco a poco según se vaya alcanzando la finalidad buscada.

- En un grado mayor de dificultad se debe incluir material con carga emotiva, ya que éste representa un nivel de mayor profundidad en el sistema de procesamiento de la información.
- Es necesario ajustar el nivel de dificultad. El sujeto nunca debe terminar una sesión en la que tenga más errores que aciertos.
- Debe incluirse un componente educacional (favorece la motivación y auto observación).
- Se ha de realizar un entrenamiento meta cognitivo, esto implica explicar, por ejemplo, qué es la atención y estrategias para dirigir su atención de forma adecuada.
- Es necesario emplear material que motive al sujeto generalmente con cosas laborales que hacia antes.
- Se debe brindar información de retorno sobre el rendimiento.
- Es pertinente recompensar tanto los logros obtenidos como el esfuerzo realizado, es de absoluta importancia premiar.

6.2.4 Puesta en marcha y desarrollo del Programa en el Hogar Dr. Sallarés:

El primer segmento del Programa comenzó con la primera entrevista para la evaluación ENP

Instrumentos de Evaluación

Evaluación de habilidad para autocuidado: (AVD): Índice de Katz y Triple prueba.

Evaluación de habilidades instrumentales (AIVD) Índice de Lowton.

Evaluación Social: Encuesta social Social disfunction rating scale.

Evaluación Cognitiva mínima: MiniMental de Folstein; Set Test; Clock Test; Confusion assessment method.CAM

Evaluación emocional: Scale de Desavaye de depresión; Geriatric Depresión Scale

Existen diferentes tipos en formas de talleres y depende de la evaluación ENP (entrevista neuropsicológica) que se realiza previa al ingreso, con la aplicación de todos los instrumentos que arriba se señalan. La duración de reevaluación es a los

treinta, noventa y luego seis meses para observar el manteniendo la autonomía sin dejar su hogar.

6.2.5 Tipos de Talleres incluidos en el Programa y su operativización:

Mediante el Programa se realizaron Talleres de reflexión, memoria, literarios, trabajo en red, que se implementaron en los CIC (Centros Integradores Comunitarios de los barrios) Los beneficios esperables de este tipo de *talleres preventivos a la institucionalización* apuntaron a:

- Ofrecer una alternativa de formación y capacitación para que la persona mayor mantenga su autonomía y deje de lado la institucionalización como primera medida, además de mantener su relación con el mundo actual.
- Contribuir al crecimiento personal-social de los adultos, promoviendo su participación en actividades de su interés particular y la socialización de sus experiencias. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, ofreciéndoles la posibilidad de:
 - Descubrir potencialidades.
 - Favorecer la apropiación de nuevos saberes.
 - Recuperar saberes previos.
 - Promover un proyecto de vida motivante.
 - Desarrollar nuevos intereses.
 - Adquirir nuevas capacidades.
 - Promover la participación.; disminuir el aislamiento y mejorar la calidad de vida y la autonomía

Desde el **punto de vista económico**, si se realiza la comparación entre los costos asociados a una persona institucionalizada y los costos asociados con una persona bajo este Programa o similar, se puede apreciar que aquella que se institucionaliza va perdiendo la autonomía y generando altos costos de dependencia social y sanitaria junto con el detrimento de su calidad de vida. El desarrollo de este tipo de Programas, resulta costo-efectivo desde una perspectiva social, sanitaria y de la calidad de vida de los adultos mayores.

7. Resultados de la Implementación del Programa de Estimulación Cognitiva aplicado en el Hogar Dr. Sallarés

7.1 Primeros resultados obtenidos de la aplicación del Programa considerando las acciones y actividades implementadas y las internaciones evitadas.

En el período de estudio (último semestre 2005 y año 2006), en el conjunto de los 156 casos tomados se observaron los siguientes resultados generales:

Situación:		Nº de Casos
AM No Institucionalizados (institucionalizaciones evitadas)	En su hogar tiempo completo	23
	Hogar de Día	125
AM Institucionalizados -Internación ³⁴		5
Sin información		3
Total		156

Teniendo en cuenta que el Hogar día no se considera institucionalización, se observa que de 156 casos en estudio sólo 5 de éstos fueron considerados para la internación definitiva.

Situación al momento de solicitar la internación:

Como fuera señalado, se consideren en el análisis a los 156 adultos mayores para lo cuales se solicita internación en el período de estudio. Este grupo fue incorporado al Programa de Estimulación Cognitiva (considerado alternativo a la institucionalización) desarrollado en el Hogar a fin de evitar internaciones innecesarias. En términos generales la situación del grupo en la primera evaluación es la siguiente:

- 64 de los 156 presentan una escala de depresión (soledad, duelo patológico, etc.)

³⁴ En estos caso si se efectivizó la institucionalización solicitada.

- 143 de los 156 toma medicación por alguna patología crónica.(Hipertensión arterial, diabetes, osteoartrosis, etc)
- Presentan un Mini mental de ingreso de 16 puntos (promedio general ,siendo parámetro normal 24)
- AIVDL 12,5 promedio general
- ADVD Dependientes: 39 ; Semidependientes: 54; autoválidos: 61

Situación al primer semestre bajo Programa:

- De los 64 adultos mayores con escala de depresión: 46 mantienen los valores iniciales y se les aplica tratamiento farmacológico; 18 sin tratamiento farmacológico mejoran los síntomas depresivos en un 68% y disminuyen los trastornos cognitivos (promedio general)
- Mini mental promedio 17,3 mejorando el inicial de 16 puntos
- AIVDL 16 promedio, mejorando el inicial de 12,5.
- ADVD Dependientes: 26 y Semidependientes: 67

Situación al segundo semestre bajo Programa:

- Escala de Depresión: mantiene valores del primer semestre.
- Mini mental 17.5 , mantiene valores del primer semestre
- AIVDL 16 promedio mantiene valores del primer semestre
- ADVD: Dependientes 26 y Semidependiente 67 , mantiene valores del primer semestre

Indicadores	Solicitud	Primer Semestre	Segundo Semestre
Escala de Depresión	64 con escala de depresión (58.4%) La población restante (41.6%) no presenta signos de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • 46 (bajo tratamiento farmacológico) • 18 sin tratamiento farmacológico mejoran los síntomas depresivos en un 68% 	Mantiene valores similares al primer semestre.
Mini mental N= 19 - 24	Promedio 16	Promedio 17,3	17,3 Se mantiene valor primer semestre
AIVDL	12.5 promedio	16 promedio	16 promedio. Se mantiene valor primer semestre
ADVD	Dependientes: 39 Semidependientes: 67	Dependientes: 26 Semidependientes: 67	Dependientes: 26 Semidependientes: 67

7.1 Herramientas para validar institucionalizaciones inadecuadas.

En esta evaluación de resultados preliminares del Programa de Estimulación Cognitiva para la no institucionalización se ha utilizado MMSE, puesto que constituye el test (screening cognitivo) más difundido en clínica e investigación, utilizado para valorar alteraciones cognitivas. Debido a su brevedad, fácil administración y baja variabilidad, permite una valoración rápida de los trastornos cognitivos. Esta aplicación se ha complementado con la aplicación del test del reloj que si bien es más sensible, posibilita junto al otro test evaluar el área cognitiva en su totalidad.

Se destaca que los adultos mayores que siguieron el Programa, aumentaron 1,5 puntos su puntuación media en el MMSE, a la vez que se observaron mejoras del AVLD y AVD en el período de estudio, mejorando gradualmente sus funciones cognitivas generales a lo largo de todo el Programa.

Los datos presentados demuestran un beneficio cognitivo general para quienes participaron del Programa en cualquiera de sus talleres..

También vale aclarar el buen estado de ánimo con que los participantes realizaron sus tareas habituales en los talleres y la buena inserción entre pares, elementos que influyeron positivamente sobre el grupo y su dinámica.

Debido a que la memoria no es una función cognitiva unitaria, se ha considerado la valoración de los distintos tipos en los talleres que se realizaron a fin de obtener resultados más específicos.³⁵ Si bien no se ha hallado suficiente bibliografía sobre estudios de ADVL, AVD y su eficacia en trastornos cognitivos, se ha podido evaluar como en este grupo los participantes han mejorado su autonomía en las actividades de la vida diaria.

³⁵ Entre los distintos tipos de memoria, se clasificó en primer lugar la memoria en visual (dependiendo del material utilizado) y en segundo lugar a la memoria verbal (de reconocimiento), De esto se obtuvo como resultado un aumento de memoria visual e inmediata, aunque no así de la memoria guardada con datos verbales (nombres de personajes últimos, etc.). Sin embargo, ante la muestra de fotos de algún personaje ilustre los participantes podían asociarlo exitosamente, demostrando de este modo el Programa resulta útil también para los AM con trastornos cognitivos leves

8. Conclusiones

El envejecimiento poblacional iniciado en la Argentina se irá acentuando con el correr de los años hasta alcanzar un grado similar al que en la actualidad presentan algunos países europeos en sus contextos de transición demográfica. Este proceso paulatino de envejecimiento continuará en el tiempo por disminución de la proporción de jóvenes y por incremento del peso relativo de la población anciana.

Los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han emprendido en las últimas décadas campañas a favor de la promoción y prevención de la salud, con el fin de reducir los riesgos que generan las patologías crónicas asociadas y estimular el autocuidado, permitiendo una mejor calidad de vida de los adultos mayores.

Precisamente la promoción de estos objetivos en los Adultas y Adultos Mayores marcan la necesidad de tener en cuenta alternativas sociosanitarias para una sociedad que envejece, comprendiendo el impacto que estos cambios demográficos producen en la dinámica social.

A la vez, y vinculado a esto, los cambios demográficos ocurren en una época signada por lo vertiginoso de los adelantos científicos y tecnológicos, cuestión que implica un cambio en las subjetividades y en los valores conocidos y vivenciados por la generación de Adultas y Adultos Mayores.

Dar respuesta a las necesidades de las personas mayores implica optimizar recursos económicos y sanitarios que sustenten programas alternativos (como los que se desarrollan en los países centrales) a la institucionalización. Por ejemplo, los países europeos más avanzados han puesto en marcha, dentro de sus sistemas de protección social, actuaciones y programas mediante los cuales se garantiza una amplia red de servicios sociales universales que colaboran con las familias en la prestación de los cuidados que necesitan las personas dependientes.

Desde hace muchos años, los Países Nórdicos y Holanda, y más recientemente, Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia, entre otros, han respondido a este reto desde la protección social.³⁶

³⁶ El modelo europeo de sociedad (Estado de Bienestar) parte del reconocimiento de una serie de derechos sociales básicos, garantizados por el Estado, que se configuran como auténticos derechos

“... La inmensa mayoría de los ciudadanos europeos consideran que la protección social es uno de los grandes logros de la sociedad europea y que es responsabilidad de los Estados garantizar este ámbito de protección ante la vejez, la dependencia, la discapacidad, la enfermedad” (OISS, 2006)

En nuestro país, la replicación de este tipo de Programas, como el que en este trabajo se ha presentado, posibilitaría identificar y reducir la institucionalización injustificada, a la vez que contribuiría a prevenir o reducir la dependencia.

Sistematizar y difundir experiencias como la desarrollada en el Hogar Sallarés resulta de utilidad al momento de demostrar como mediante intervenciones económicas y oportunas pueden evitarse institucionalizaciones y a la vez contribuir a la calidad de vida de las personas mayores. Si bien los resultados aquí presentados resultan preliminares tienen el propósito de aportar a la base empírica de las concepciones desinstitucionalizadoras.

La aparición de nuevas necesidades sociales ha de suponer, en este contexto, la consolidación de nuevos derechos sociales. Desde la perspectiva de los adultos mayores y en un contexto demográfico de envejecimiento creciente, desarrollar y evaluar dispositivos que eviten institucionalizaciones innecesarias y refuercen estrategias de autonomía e inclusión de los grupos envejecidos resulta fundamental y prioritario.

El nuevo escenario demográfico requiere generar respuestas desde dispositivos sociosanitarios dinámicos y en el marco de políticas públicas inclusivas basadas en el enfoque de equidad.

subjetivos. Ningún ciudadano puede quedar sin protección económica en caso de vejez, invalidez o jubilación o sin acceso a la educación o a la salud por razones de “disponibilidad presupuestaria”. (Dic 04 OISS- José Baura Ortega 2006)

9. Bibliografía

Albert, M. (1998): The Diagnosis of Dementia, en clinical geriatric psicofarmacology. Editorial C. Sezman, Willar, Pág. 419 - 427.

Andrés, H. Kleurer B, Acuña, M (1993): Demencias: diagnostico y tratamiento y aspectos psicosocial-Geriatria Phoch Vol. 3 Pág. 6-10.

Andrés, H; Kleiner B; Acuña, M (1993): Demencias: diagnostico, tratamientos y aspectos sociales. Geriatria práctica. Vol 3. 6-10.

Andrés, H. (1995): Abordaje de la persona vieja desde la mirada psicogeriatrica. Vertex, Bs. As. Pág.32-34

Breul, V. (1992): Posticité Cerebrale et demente. Effets de la stimulation globale disfoncton cop. Dea de biologie del mellsiom cellulaire. Université Paris.

Carrasco, M; Hoyl T; Marín P; Hidalgo J; Lagos C; Longton C; Chávez P, Valenzuela; E; Arriagada D: (1998) Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores intitucionalizados Delirium in Chilean elderly inpatients: an overlooked problem

Carrillo, R. (1952- 1958): Plan Sintético de Salud Pública.

Cook, T. y Reichardt, CH. (1997): Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Editorial Morata.

Daichman, L: (2001): Abuso y maltrato en la vejez. Geriatria desde el principio página 70-81.

DSM-IV, (1995): Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.

Falque Madrid, L; Maestre, E; Zambrano, R; Morán de Villalobos, Y (2001); Deficiencias nutricionales en el adulto mayor.

Foltein MF, Foltein SE, McHugh.PR (1975): Minimental State: a practical method for graning the cognitive state of patientsnforthe clinician. J Psychiatr Res 12(3):186-198.

Foucault, M. (2002): Vigilar y Castigar. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires.

Goffman, E. (1991): Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

García L. (1997): Envejecimiento y Demencia. Evaluación neuropsicológica de las funciones cognitivas. Neuropsicología Clínica. 16-116.

Gascón, S. (2007): Envejecimiento poblacional. Una realidad hoy. Revista Argentina de Geriatria y Gerontología. Tomo XXV. Pág.19-22

Gascón S y Redondo N (2005) Programación de servicios integrados de cuidados de larga duración para personas de edad con pérdida de autonomía en Argentina, Chile y Uruguay. Cooperación Internacional. Organización Panamericana de la Salud. Gobierno de Quebec - Canadá. Ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay

Hernández Sampieri y otros (1998): Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw Hill, México.

Indec, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Siempre en Base de datos EPH.

Magni, E., Binetti, G, Padovani, A., (1996) The Mini-mental Estate Examination in Alzheimer's Disease and Multi-Infart Dementia. Internacional PsicoGeriatric. Vol 8, N° 1 1996,127-134.

Manes, F. (2005 – 2006): Trastornos Cognitivos. Revista Neurológica Argentina Pág.1-6

Matusevich, D. (1998): Envejecimiento e institucionalización geriátrica. Editorial Atuel. Buenos Aires.

Ollari, J. (2005): Declinación cognitiva y deterioro cognitivo. Concepto de salud en el anciano. Pág. 2-6.

Ollari, J, Mangone, C. (1997): "Demencias" Eonfoque multidisciplinario. Ediciones Sagitario.

Ochs, M. (1991): Selección de Test ambulatorios de rutina para pacientes ancianos. Geriatrics 46; 39-50.

Palomar, A. (2005): Alfabetización emocional. De todo como en Botica. Uruguay.

Paola – Penas – Fernández – Pérez – Martínez – Demarco. Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Redondo n: (2007): Exclusión social de discapacitados físicos y mentales dependientes institucionalizados en América Latina y el Caribe; Informe Argentino; ISALUD-OPS-BID

Salvareza, L (2001): El envejecimiento psiquis, Poder y tiempo. Buenos Aires, Eudeba, Pág.12-18

SIEMPRO (2002)Sistema de información y monitorización de programas sociales. www.siempro.gov.ar

SISFAM: Sistema de identificación y selección de familias para programas sociales.

Torralba, A. (2006) Neuropsicología y Rehabilitación Cognitiva de INECO. Trastornos cognitivos.

Yesavage J. A., Brink T.L. Rose t.L et al (1983): Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal or Psychiatric Research, 17:37-39.

10. ANEXOS

ANEXO 1: Los 20 Principios y derechos de las personas de edad por las Naciones Unidas.

- 1) Las personas de edad tiene derechos a tener acceso a vivienda, alimentos, agua y ropa y atención sanitaria adecuada mediante el suministro de ingreso, el apoyo de la familia, de la comunidad y de autoayuda.
- 2) Las personas de edad tiene derecho a trabajar y hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.
- 3) Las personas de edad tienen derecho a jubilarse y a participar en la determinación del momento y la forma que han de retirarse de la fuerza de trabajo.
- 4) Las personas de edad tiene derecho a tener acceso a los programas de educación y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación, y adopción de decisiones con conocimiento de causa.
- 5) Las personas de edad tiene derecho a vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades cambiantes.
- 6) Las personas de edad tiene derecho a residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.
- 7) Las personas de edad tiene derecho a seguir integradas en la sociedad y a participar activamente en ella incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afectan directamente su bienestar.
- 8) Las personas de edad tiene derecho a compartir sus conocimientos, sus capacidades, sus valores, y sus experiencias con las personas más jóvenes.
- 9) Las personas de edad tienen derecho a tratar de encontrar y a desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y a servir como voluntarias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.
- 10) Las personas de edad tiene derecho a crear movimientos y asociaciones de personas de edad.

- 11) Las personas de edad tiene derecho a recibir apoyo y cuidado de su familia, de acuerdo con la situación de esta.
- 12) Las personas de edad tiene derecho a tener acceso a servicios de salud para ayudarles a mantener o a volver a adquirir un optimo nivel de bienestar físico, mental y a impedir o retrasar las enfermedades.
- 13) Las personas de edad tiene derecho a servicios sociales, y jurídicos, con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y brindarles protección y cuidados.
- 14) Las personas de edad tiene derecho a actualizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionan protección, servicios de rehabilitación, y estímulo social, y mental en un medio humano y seguro.
- 15) Las personas de edad tiene derecho a ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento incluido el pleno respeto de su dignidad, sus creencias, sus necesidades y su vida privada y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.
- 16) Las personas de edad tiene derecho a hacer uso de todas las oportunidades, para pleno desarrollo de su potencial humano.
- 17) Las personas de edad tiene derecho a tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales, y de recreo de la sociedad.
- 18) Las personas de edad tiene derecho a hacer tratadas con equidad, cualesquiera sea su edad, su sexo, sus orígenes raciales, sus impedimentos o su situación de cualquier tipo y ser valorados independientemente de sus contribuciones económicas.
- 19) Las personas de edad tiene derecho a vivir con dignidad, y seguridad, libres de explotaciones y de maltrato físico y mental.
- 20) Las personas de edad tiene derecho a ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho a morir, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

ANEXO 2: Escala para Depresión.

Escala de YESAVAGE para Depresión

- 1.- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
- 2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?
- 3.- ¿Siente que su vida esta vacía?
- 4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?
- 5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?
- 6.- ¿Tiene miedo que algo malo le este pasando?
- 7.- ¿Se siente feliz muchas veces?
- 8.- ¿Se siente a menudo abandonado?
- 9.- ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?
- 10.- ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?
- 11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?
- 12.- ¿Se siente bastante inútil?
- 13.- ¿Se siente lleno de energía?
- 14.- ¿Siente que su situación es desesperada?
- 15.- ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?

Rtas. Depresivas: NO: 1, 5, 7, 11, 13, y SI en restantes.

Normal: 0 a 5

Moderadamente depresivo:6-10

Muy depresivo: 11 a 15.

ANEXO 3: ENCUESTAS EXPLORATORIAS:

Encuesta adulto mayor

- 1) ¿Sabe para que vino aquí?
- 2) Le comento su familia ¿Cuál era el motivo de esta concurrencia?,
- 3) ¿Dónde quisiera vivir y morir?
- 4) ¿Con y junto a quién?
- 5) ¿Es jubilado, pensionado o tiene algún ingreso?
- 6) ¿Con quién vive, en que propiedad?
- 7) ¿Se encuentra triste?
- 8) Mini mental.
- 9) ¿Optaría por un programa alternativo?
- 10) Escala de Desavaye (depresión)

Encuesta al familiar

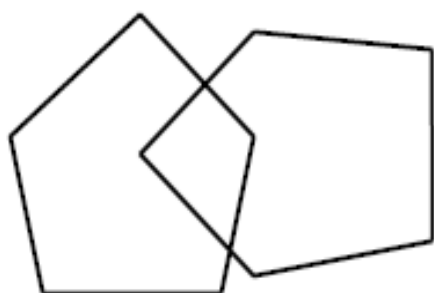
- 1) ¿Por qué creen que es relevante internarlo?
- 2) ¿El/ella quiere internarse? Sabe?
- 3) ¿Usted trabaja o tiene algún recurso económico?
- 4) ¿Cuántos hijos tiene?
- 5) ¿Dónde vive? ¿Con quién?
- 6) ¿Cómo quisiera vivir si enfermase?
- 7) ¿Con quién quisiera estar
- 8) ¿Dónde duerme mejor?
- 9) ¿Dónde se halla mejor?
- 10) ¿En qué beneficia internar a su familiar?
- 11) ¿Sabe las responsabilidades de familia?
- 12) ¿Quisiera intentar para su familiar un Programa Alternativo?
- 13) ¿Quisiera Usted ser partícipe de uno?

ANEXO 4: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN COGNITIVA:

C. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION Folstein et al, 1975	MMSE-1
Nombre Apellidos..... NHC.....	Puntuación:
Fecha Escolaridad..... Edad.....	
ORIENTACION	
¿En qué año estamos?	0 1
¿En qué estación del año estamos?	0 1
¿Qué día del mes es hoy?	0 1
¿Qué día de la semana es hoy?	0 1
¿En qué mes del año estamos?	0 1
¿En qué país estamos?	0 1
¿En qué provincia estamos?	0 1
¿En qué ciudad estamos?	0 1
¿Dónde estamos en este momento?	0 1
¿En qué piso/planta estamos?	0 1
FIJACIÓN	
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 segundo: Bicicleta, cuchara, manzana. Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda.	0 1 2 3
ATENCIÓN Y CÁLCULO.	
A. Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas.	
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO .	
	0 1 2 3 4 5
MEMORIA	
Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana) Dar 1 punto por cada respuesta correcta	0 1 2 3
LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA	
Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los denomine Dar 1 punto por cada respuesta correcta	0 1 2
Hacer que el paciente repita: NI SI, NI NO, NI PEROS	0 1
Hacer que el paciente siga tres órdenes: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DEJELO EN EL SUELO	
Dar 1 punto por cada sección de la orden hecha correctamente	0 1 2 3
El paciente tiene que leer y hacer lo siguiente: CIERRE LOS OJOS	0 1
Hacer que el paciente escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar las faltas de ortografía	0 1
Hacer copiar el dibujo (dos pentágonos en intersección)	0 1

CIERRE LOS OJOS



Escala ADAS-Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984)			ADAS-Cog-1	
Nombre Apellidos N.H.C.....			Puntuación:	
Fecha Escolaridad Edad.....				
1. Recuerdo de palabras				
<i>1er. intento</i>	<i>2º intento</i>	<i>3er. intento</i>		
Palo	Playa	Billete		
Carta	Carta	Palo		
Mantequilla	Brazo	Cabina		
Reina	Cabina	Brazo		
Brazo	Palo	Carta		
Playa	Billete	Playa		
Hierba	Motor	Reina		
Cabina	Hierba	Mantequilla		
Billete	Mantequilla	Hierba		
Motor	Reina	Motor		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Palabras no recordadas = 1er. intento + 2º intento + 3er. intento / 3 =				
2. Órdenes			SI NO	
1. Cierre el puño			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Señale al techo y luego al suelo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta y después vuélvalo a dejar donde estaba antes.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Ponga el reloj al otro lado del lápiz y déle la vuelta a la tarjeta.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Dése dos golpes en cada hombro con dos dedos manteniendo los ojos cerrados.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0: Cinco pasos correctos; 1: Cuatro pasos correctos; 2: Tres pasos correctos; 3: Dos pasos correctos; 4: Un paso correcto; 5: No puede hacer ni un paso correctamente.			0 1 2 3 4 5	
3. Denominación de objetos y dedos				
	SI NO		SI NO	
Pulgar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Armónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Índice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tijeras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Silbato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Antlar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Meñique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Flor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Billetero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Embudo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lápiz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Careta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Estetoscopio/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sonajero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fonendoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
0: Todo correcto, un dedo incorrecto y/o un objeto incorrecto; 1: Dos-tres dedos y/o 2 objetos incorrectos; 2: Dos o más dedos incorrectos y/o 3-5 objetos incorrectos; 3: Tres o más dedos incorrectos y/o 6-7 objetos incorrectos; 4: Tres o más dedos incorrectos y/u 8-9 objetos incorrectos; 5: todo incorrecto.			0 1 2 3 4 5	

	ADAS-Cog-2					
4. Praxia constructiva						
1. Círculo. Figura curva cerrada.		SI	NO			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Dos rectángulos superpuestos. Las formas tienen que tener 4 lados y estar superpuestas de manera similar a la del modelo. Los cambios de tamaño no se evalúan.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Rombo (diamante). La figura tiene que tener 4 lados que tienen que estar orientados de forma oblicua y el tamaño de cada lado tiene que ser parecido. Se marcan cuatro lados.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Cubo. La forma tiene que ser tridimensional con la cara frontal con la orientación correcta, las líneas interiores tienen que estar correctamente colocadas en los ángulos. Si los lados opuestos de las caras no son paralelos en más de 20°, se considera que el dibujo es incorrecto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0: Cuatro dibujos correctos; 1: Un dibujo incorrecto; 2: Dos dibujos incorrectos; 3: Tres dibujos incorrectos; 4: Cloning in (dibuja sobre o alrededor del modelo o utiliza partes del modelo); 4 dibujos incorrectos; 5: Hace garabatos, palabras en lugar de figuras o partes de figura. No hace ningún dibujo	0	1	2	3	4	5
5. Praxia idiomática						
1. Doblar el papel		SI	NO			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Poner el papel dentro del sobre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Cerrar el sobre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Escribir la dirección en el sobre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Poner el sello en el sobre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
0: Realiza correctamente todas las instrucciones; 1: Dificultad y fallo en un componente; 2: Dificultad y/o fallos en dos componentes; 3: Dificultad y/o fallos en tres componentes; 4: Dificultad y/o fallos en 4 componentes; 5: Dificultad y/o fallos en los 5 componentes.	0	1	2	3	4	5
6. Orientación						
1. Nombre completo		SI	NO			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Mes del año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Día del mes (fecha)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Día de la semana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Estación del año.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Lugar donde estamos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Hora aproximada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

7. Reconocimiento de palabras

*** PRIMER INTENTO**

	SI	NO	Omisión		SI	NO	Omisión
A. Silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Eco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Sobrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Obligación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P. Villa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Esquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Tigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Creptaculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. Valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Dragón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U. Medida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V. Cinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W. Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respuestas incorrectas=

*** SEGUNDO INTENTO**

	SI	NO	Omisión		SI	NO	Omisión
A. Burbuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Esquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Aniso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Joya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Eco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P. valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Villa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Organo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. Licor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Encuentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U. Fregadero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Medida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V. Chaqueta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W. Creptaculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Cebolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Alcalde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respuestas incorrectas=

*** TERCER INTENTO**

	SI	NO	Omisión		SI	NO	Omisión
A. Moco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Isla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Villa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Estación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P. Gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Crepúsculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Cazador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Aguja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Eco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Jarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Ganado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. Medida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Esquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U. Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Reino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V. Valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Tigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W. Ostra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Lirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respuestas incorrectas=

Palabras no recordadas = 1er. Int. + 2º int. + 3er. Int. / 3=

8. Recuerdo de las instrucciones de la prueba de memoria

	SI	NO	Omisión		SI	NO	Omisión
A. Silencio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Eco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Sobrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Obligación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P. Villa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Esquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Tigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Crepúsculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. Valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Dragón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U. Medida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V. Cinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W. Objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0: Correcto; 1: Muy leve, se olvida una vez; 2: Leve, se le tiene que recordar dos veces;

0 1 2 3 4 5

3: Moderado, se le tiene que recordar 3 o 4 veces; 4: Moderadamente grave, se le tiene que recordar 5 o 6 veces; 5: Grave, se le tiene que recordar 7 o más veces.

TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA RIVERMEAD, RBMT (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991)					RBMT (1)	
Nombre..... Apellidos.....					Puntuación Global:	
Fecha..... N.H.C.:.....						
Exploración	1	2	3	4		
Versión	A	B	C	D		
Item	Criterios de corrección Perfil de puntuación		Perfil de puntuación	Criterios de corrección Puntuación global		Puntuación global
1 y 2 Fotografía para recordar nombres	Examinar más tarde			Examinar más tarde		
3 Escondar objeto	Examinar más tarde			Examinar más tarde		
4 Preparar el avisador para la cita	Examinar más tarde			Examinar más tarde		
5 Presentar dibujos para reconocimiento de dibujos	Examinar más tarde			Examinar más tarde		
6a Lectura de la historia para recuerdo inmediato (anotar cada palabra en hoja aparte).	Anotar el n° total de puntos (al acabar el test)		ptos.	Si el sujeto recuerda al menos 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en el diferido, conceder 1 punto (puntuar al final).		
5 Reconocimiento de dibujos	a Anotar cada dibujo correctamente identificado y el total	a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Si el sujeto selecciona los 10 dibujos correctamente sin fallos positivos puntuar 1 (en caso contrario 0).		
	b Anotar el n° de falsos positivos	b				
	c Total (a-b)	c	ptos.			
7 Presentar las caras para reconocimiento	Examinar más tarde			Examinar más tarde		

TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA RIVERMEAD, RBMT (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991)			RBMT (2)	
Ítem	Criterios de corrección Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección Puntuación global	Puntuación global
6a Hacer el recorrido para recuerdo inmediato	Anotar los pasos correctos y el total	1 2 3 4 5 Total ptos.	Si todos son reproducidos en el orden correcto, conceder 1 punto (en caso contrario 0).	
9a Mensaje	a. Si se coge espontáneamente 2 puntos, si hay que recordar 1 punto (en caso contrario 0). b. Si recuerda donde dejar el sobre, 1 punto (en caso contrario 0). c. Total (a+b)	a b c ptos.	Si se coge y se deja el sobre espontáneamente en el lugar correcto, en las dos versiones, inmediata y diferida, 1 punto (puntuar más tarde).	
7 Reconocimiento de caras	a. Anotar cada cara correctamente identificada y el total b. Anotar el nº de falsos positivos c. Total (a-b)	a b c ptos.	Si se seleccionan todas las caras correctamente sin falsos positivos, conceder 1 punto (en caso contrario 0).	
10 y 11 Orientación y fecha	Anotar 1 punto por cada respuesta correcta	-Año -Mes -Día semana -Fecha -Lugar -Ciudad -Edad -Año nacimiento -Presidente del gobierno -Presidente de U.S.A. Total ptos.	Anotar 1 punto si todas las respuestas, sin tener en cuenta la fecha, son correctas (en caso contrario 0). Anotar 1 punto si se dice la fecha correcta (en caso contrario 0).	
4 Cita	Si correcto sin ayuda, 2 puntos, si correcto con ayuda 1 punto, si se recuerda espontáneamente que tiene que preguntar algo pero no recuerda qué, 1 punto (en caso contrario 0).	ptos.	Si se hace la pregunta, recordada sin ayuda cuando suena el audífono, 1 punto (en caso contrario 0).	

TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA RIVERMEAD, RBMT (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991)			RBMT (3)	
Item	Criterios de corrección Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección Puntuación global	Puntuación global
8b Recuerdo diferido de la historia (anotar cada palabra en hoja aparte)	Anotar el n° total de puntos (al acabar el test)	ptos.	Si se recuerdan como mínimo 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en diferido, 1 punto (en caso contrario 0).	
8b Recuerdo diferido del recorrido	Anotar los pasos seguidos correctamente y el total	1 2 3 4 5 Total ptos.	Si se reproducen todos los pasos del recorrido en orden correcto 1 punto (en caso contrario 0).	
8b Recuerdo diferido del mensaje	a. Si se toma espontáneamente, 2 puntos, si hay que recordar, 1 punto (en caso contrario 0). b. Si se recuerda donde dejar el sobre, 1 punto (en caso contrario 0). c. Total (a+b)	a b c	Si se toma el sobre espontáneamente y se deja en el lugar correcto en ambos recorridos, inmediato y diferido, 1 punto (en caso contrario 0).	
1 y 2 Recuerdo del nombre	a. Si se recuerda el nombre sin ayuda, 2 puntos, con ayuda 1 punto (en caso contrario 0). b. Si se recuerda el apellido sin ayuda 2 puntos, con ayuda 1 punto (en caso contrario 0). c. Total (a+b)	a b c ptos.	Si se recuerda el nombre sin ayuda 1 punto (en caso contrario 0). Si se recuerda el apellido sin ayuda, 1 punto (en caso contrario 0).	
3 Objeto personal	a. Si se recuerda el lugar sin ayuda, 2 puntos, con ayuda 1 punto (en caso contrario 0). b. Si se recuerda el objeto sin ayuda, 2 puntos, con ayuda, 1 punto (en caso contrario 0). c. Total (a+b)	a b c ptos.	Si se pide el objeto y se recuerda donde fue escondido, 1 punto (en caso contrario 0).	

Item	Perfil de puntuación	Puntuación global
<p>1. Nombre</p> <p>2. Apellido</p> <p>3. Objeto personal</p> <p>4. Cita</p> <p>5. Dibujos</p> <p>6. Historia</p> <p>7. Caras</p> <p>8. Recorrido inmediato</p> <p> Recorrido diferido</p> <p>9. Mensaje (inmediato y diferido)</p> <p>10. Orientación (excluir la fecha)</p> <p>11. Fecha</p>		
Total _____		Total _____

RAPID DISABILITY RATING SCALE-2
(Linn-Linn, 1982)

RDRS-2

Nombre Apellidos N.H.C..... Fecha..... Puntuación:

Código de puntuación	
1. No necesita ayuda	3. Le tienen que ayudar bastante
2. Necesita ayudas mínimas	4. Es totalmente dependiente

AYUDA EN LAS CAPACIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

	1	2	3	4	Especificaciones
1. Comer	Nada	Un poco	Mucho		Alimentado con cuchara, o intravenoso
2. Andar (con bastón o andador si usa)	Nada	Un poco	Mucho		No anda
3. Movilidad (salir de casa e ir de un lado a otro, en silla de ruedas si la usa)	Nada	Un poco	Mucho		No puede salir de casa
4. Bañarse (incluye obtener lo necesario, supervisarlos)	Nada	Un poco	Mucho		Hay que bañarlo
5. Vestirse (incluye ayuda en la selección del vestuario)	Nada	Un poco	Mucho		Hay que vestirle
6. Lavarse (incluye ayuda con la ropa, limpieza o ayuda con la ostomía o el catéter si los usa)	Nada	Un poco	Mucho		Emplea cuña o es incapaz de cuidar su ostomía o catéter
7. Arreglarse (afeitado en el hombre, peinado en la mujer, cuidado de las uñas y los dientes)	Nada	Un poco	Mucho		Hay que arreglarle
8. Tareas adaptativas (gestión de dinero, objetos personales, llamar por teléfono, comprar el periódico, artículos de tocador)	Nada	Un poco	Mucho		No es capaz de actuar solo

GRADO DE INCAPACIDAD

	1	2	3	4	Especificaciones
9. Comunicación (expresarse)	Nada	Un poco	Mucho		No se comunica
10. Oído (con prótesis si la usa)	Nada	Un poco	Mucho		Parece que no oye
11. Vista (con gafas si las usa)	Nada	Un poco	Mucho		No ve
12. Dieta (desviación de la norma)	Nada	Un poco	Mucho		Alimentado por vía i.v.
13. Encamado durante el día (siguiendo órdenes o voluntariamente)	Nada	Un poco <3horas	Mucho		La mayor parte del tiempo/ Todo el tiempo
14. Incontinencia (orina, heces, con catéter, o prótesis si los usa)	Nada	A veces	Frecuent 1/semana		No tiene control
15. Medicación	Nada	A veces	A diario (oral)		A diario inyección y oral si usa

GRADO DE PROBLEMAS ESPECIALES

	1	2	3	4	Especificaciones
16. Confusión mental	Nada	Un poco	Mucho		Extrema
17. Falta de cooperación (se opone a los esfuerzos para ayudarle)	Nada	Un poco	Mucho		Extrema
18. Depresión	Nada	Un poco	Mucho		Extrema

ESCALA DE BLESSED
(Blessed, Tomlinson y Roth, 1968)

Nom Cognoms		Puntuación:		
Data Num. Historia Escolaritat		TOTAL:		
		A.....	B.....	C.....
A. Cambios en la ejecución de las actividades diarias (máximo 8)		Si	Parcial	No
Incapacidad para realizar las tareas domésticas		1	0,5	0
Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero		1	0,5	0
Incapacidad para recordar listas cortas de elementos		1	0,5	0
Incapacidad para orientarse en casa		1	0,5	0
Incapacidad para orientarse por calles familiares		1	0,5	0
Incapacidad para valorar el entorno		1	0,5	0
Incapacidad para recordar hechos recientes		1	0,5	0
Tendencia a recordar cosas del pasado		1	0,5	0
B. Cambios en los hábitos (máximo 9)				
Cambios en el comer (<i>Puntuar entre 0-3</i>)				
Come limpiamente, con los cubiertos adecuados		0		
Líos con los cubiertos, sólo con la cuchara		1		
Sólidos simples (ej. galletas)		2		
Debe ser alimentado		3		
Cambios en el vestir (<i>Puntuar entre 0-3</i>)				
Se viste solo, sin ayuda		0		
Ocasionalmente se equivoca (errores en la secuencia, dificultad para abrocharse los botones, ...)		1		
Errores y olvidos frecuentes en la secuencia		2		
Incapaz de vestirse solo		3		
Control de esfínteres (<i>Puntuar entre 0-3</i>)				
Normal		0		
Incontinencia urinaria ocasional		1		
Incontinencia urinaria frecuente		2		
Doble incontinencia (urinaria y fecal)		3		
C. Cambios de personalidad y conducta (máximo 11)		Si		No
Retraimiento creciente		1		0
Egocentrismo aumentado		1		0
Pérdida de interés por los sentimientos de los demás		1		0
Afectividad embotada		1		0
Perturbación del control emocional		1		0
Hilaridad inapropiada		1		0
Respuesta emocional disminuida		1		0
Indiscreciones sexuales de aparición creciente		1		0
Falta de interés por las aficiones habituales		1		0
Disminución de la iniciativa o apatía progresiva		1		0
Hiperactividad no justificada		1		0

Neuropsychiatric Inventory (NPI)
(Cummings et al, 1994)

Nombre.....Apellidos.....				Puntuación Total						
Fecha..... N.H.C..... Edad.....										
	N.V. (marcar)	Frecuencia					Gravedad			Total (F×)
		0	1	2	3	4	1	2	3	
Delirios	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Agitación	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Depresión/Disforia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Euforia/Jubilo	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Apatía/Indiferencia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Desinhibición	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Irritabilidad/labilidad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	
Conducta motora sin finalidad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	

NV: no valorable

Frecuencia

0= no presente

1= ocasionalmente

2= a menudo

3= frecuentemente

4= muy frecuentemente

Gravedad

1= leve

2= moderada

3= grave

Actividades Instrumentales de la vida diaria

1) Puede usar el teléfono sin ayuda	3
Puede usarlo con ayuda	2
Incapaz de usar teléfono	1
2) Puede viajar solo	3
Puede con ayuda	2
Incapaz de viajar	1
3) Puede realizar compras solo	3
Puede hacerlo con ayuda	2
Incapaz de hacer compras	1
4) Puede preparar la comida sin ayuda	3
Puede pero con ayuda	2
Incapaz de preparar comida	1
5) Puede hacer tareas de la casa	3
Puede con ayuda	2
Incapaz de realizarla	1
6) Puede lavarse la ropa	3
Puede con ayuda	2
Incapaz de hacerlo	1
7) Puede tomar su medicación solo	3
Puede con ayuda	2
Incapaz de hacerlo	1
8) Puede manejar el dinero	3
Puede con ayuda	2
Incapaz de manejarlo	1

Triple Prueba:

1. Se le pide al paciente que tome un lápiz y escriba algo, o que realice alguna actividad fina con la mano.
2. Se le pide al paciente que eleve sus dos manos a la cabeza.
3. Test de levántate y anda:
 - primero debe levantarse de la silla sin apoyar los brazos.
 - luego debe caminar unos pasos y girar 360°
 - Finalmente volver y sentarse sin apoyar los brazos.

Actividades de la vida diaria

Bañarse:

I: no recibe asistencia.

S: recibe asistencia para una parte del cuerpo (espalda, piernas)

D: recibe asistencia para más de una parte del cuerpo.

Vestirse:

I: Se viste completamente solo

S: Se viste solo excepto abrocharse los zapatos.

D: Recibe asistencia para vestirse.

Ir al Baño:

I: Va al baño, se limpia y arregla la ropa sin ayuda (puede ir con bastón, silla u orinal)

S: Recibe ayuda para ir al baño.

D: No concurre al baño.

Levantarse:

I: Se levanta o acuesta en la cama sin ayuda (puede también usar bastón, andador).

S: Se levanta, acuesta o sienta con ayuda.

D: no se levanta de la cama.

Continencia:

I: Controla completamente esfínter y defecación por si solo.

S: Tiene accidentes ocasionales.

D: incontinencia.

Comida:

I: Se alimenta sin ayuda

S: Se alimenta solo, pero necesita solo para cortar carne o untar pan.

D: Recibe ayuda para comer, o alimentación por sonda.