

Psicología, tercera época ▪ Revista digital arbitrada
Vol. 33, N° 1-2014 | pp. 15-32 | ISSN: 1316- 0923

CLUBES DE MEMORIA. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD PARA ADULTOS MAYORES

ENZA MASTROPIETRO
Instituto Tobías
Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela
enzamastropietro@hotmail.com

Resumen

Se ha evaluado el efecto del programa “Club de Memoria” realizado en el Centro de Salud Santa Inés, en un grupo de 17 personas adultas. Se trata de un programa que está dirigido a quienes muestren inquietud por el funcionamiento de su memoria o desean mejorarla, a través de actividades que incluyen charlas educativas, dinámicas de grupo y ejercicios cognitivos. La evaluación de los efectos del programa se realizó a través de la comparación de las medidas de diversas pruebas antes de comenzar la actividad y diez semanas después. El programa ha mostrado tener un efecto importante en disminuir las quejas subjetivas de memoria y el malestar asociado a estas, y un efecto menor en otras medidas cognitivas y del estado de ánimo.

Palabras clave: quejas de memoria, envejecimiento activo, déficit cognitivo leve, entrenamiento de la memoria.

Recibido: 21 de febrero de 2014
Aceptado: 01 de junio de 2014
Publicado: 31 de julio de 2014



Psicología ▪ Refereed journal

Volume 33, Issue 1-2014 | Pages 15-32 | ISSN: 1316- 0923

MEMORY CLUB. COMUNITIES INTERVENTION HEALTH PROGRAMS FOR ELDERLY PEOPLE

ENZA MASTROPIETRO

Instituto Tobías

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

enzamastropietro@hotmail.com

Abstract

We have evaluated the effects of the program “Memory Club” that took place in the Santa Inés Health Center in 17 adults group. The program it's conduct to people that are concern of their memory function or wish to improve it, through activities that enclosed educational talks, dynamics groups and cognitive exercises. The evaluation of the program was carry out by comparing the measurement of several tests before the activity of the “Memory Club” started and ten weeks later, once the Program was finished. The program has reveal to have an important efect in reduce the subjetives memory lacks complaint, and the malaise that comes with it. At the same time, in a minor but equally significance way in other cognitives and affectives measures.

Key words: memory complaint, active aging, mild cognitive impairment, memory training.

Received: Feb 21, 2014

Accepted: Jun 1, 2014

Published: Jul 31, 2014

LA DEMENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO

Desde finales del siglo pasado los prejuicios sociales vinculados a la ancianidad que consideraban a los problemas de memoria como un aspecto inexorable del envejecimiento, pasaron a comprenderse como resultado de enfermedades. En la actualidad se reconoce entre el público la existencia de una clara distinción entre la disminución de la memoria asociada a la edad y los cambios en la memoria que acompañan a diferentes diagnósticos médicos.

La disminución en la efectividad de la memoria asociada al envejecimiento es aun un tema debatido en la psicología, y las investigaciones apuntan a que dicha disminución no afecta a la memoria en su totalidad, sino a procesos cognitivos específicos cuando son comparados con grupos de adultos más jóvenes. Dicho rendimiento varía entre las personas mayores y no incide en la independencia y la autonomía. Existen autores que señalan que factores psicosociales influyen negativamente en el esfuerzo que realizan los adultos mayores para rendir adecuadamente en tareas de memoria. En este sentido, una de las condiciones más significativas es la depresión, como enfermedad mental de incidencia relevante en la tercera edad (Bermejo, Vega, Olazán, Fernández y Gabriel, 1997).

Se conoce a la demencia (o deterioro neurocognitivo mayor, su denominación más reciente por el DSM-5) como un síndrome producido por una enfermedad que afecta al cerebro, con cambios cognitivos, emocionales y conductuales, además de repercusiones negativas en las actividades de autonomía, independencia y autocuidado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). La Asociación Americana de Psiquiatría señala que debe existir deterioro en actividades sociales y laborales, los cuales representan una disminución del funcionamiento en comparación con el nivel previo de actividad del sujeto (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Ambas clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (OMS, 1992; APA, 2013) reconocen diferentes tipos de deterioro neurocognitivo o demencia, que si bien comparten síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y funcionales, cada tipo posee características peculiares que inciden en la expresión clínica y la evolución de la enfermedad. Las condiciones médicas que producen demencia son muy numerosas, pero las más importantes desde el punto de vista estadístico entre los adultos

mayores son las siguientes: la demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular, la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson y la demencia debida a la enfermedad de Pick o demencia frontotemporal.

A nivel mundial, desde el año 2008 las publicaciones de la OMS señalan a la demencia como una prioridad de salud pública, por ser una enfermedad con una importante incidencia a medida que las poblaciones del mundo experimentan aumentos en la expectativa de vida e incrementos en la proporción de adultos mayores de cada país. Por otra parte, estas son enfermedades llamadas catastróficas por sus elevados costos de atención dentro de los programas de salud y el gran monto de carga familiar que suponen, debido al trabajo de los cuidadores que se dedican por entero a supervisar y atender al enfermo durante la mayor parte o todo el día (Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International, 2012).

En nuestro país, el estudio de prevalencia realizado en la parroquia de Caricuao (Caracas), hecho por el equipo de investigación del 10/66 (Salas y Gaona, 2012), con personas mayores de 65 años, identificó en una muestra de 1.964 personas, al menos a 7% de participantes diagnosticados con demencia.

FACTORES DE RIESGO

La investigación en el área de las demencias, desde hace algún tiempo, ha identificado factores de riesgo asociados al déficit cognitivo, que es el síntoma central de las demencias. Muchos de estos factores de riesgos no son modificables, las personas no pueden evitar su presencia. En cambio, otros están estrechamente vinculados con el estilo de vida, por lo tanto, son modificables. También hay investigación relacionada con los factores de protección, es decir, que reducen el riesgo de sufrir alguna de estas enfermedades. Sin embargo, hay que destacar que la demencia consiste en un grupo diverso de enfermedades con etiologías diferentes. Estos factores de riesgo y los protectores solo están relacionados con mayor probabilidad respecto a la presencia de deterioro cognitivo (Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, 2012; Pittaluga, 2011). Estos factores de riesgos se enumeran en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Factores de riesgo en las demencias

FACTORES DE RIESGO	NO MODIFICABLES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La edad: es el factor de riesgo más importante ▪ Genes e historia familiar y personal ▪ Síndrome de Down ▪ Deterioro neurocognitivo menor (DSMV) o déficit cognitivo leve (Petersen, et al., 1999)
	MODIFICABLES SON
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumar ▪ Obesidad de la adultez ▪ Hipertensión de la adultez ▪ Hiperlipidemia de la adultez ▪ Diabetes ▪ Síndrome metabólico ▪ Inactividad física ▪ Dieta y nutrición ▪ Consumo de sal ▪ Consumo de alcohol ▪ Depresión ▪ Bajo nivel educativo y/o inactividad mental

Estos factores modificables, que la investigación en el área destacan por su creciente vinculación con el deterioro cognitivo, permiten el desarrollo de programas de intervención en la población de adultos mayores, quienes además se preocupan por este tema por sufrir de quejas de memoria subjetivas y observar el padecimiento de estas enfermedades en otros familiares y conocidos.

Por otra parte, es necesario señalar la diferencia entre la prevención y la promoción de la salud (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011) en el caso que nos ocupa: disminuir los riesgos y aumentar la presencia de factores protectores representan elementos que mejoran la calidad de vida de todos los que realizan estos comportamientos; sin embargo, dada la causalidad múltiple de estas enfermedades, no siempre estos comportamientos nos permitirán prevenir o evitar la aparición de alguna enfermedad que produzca deterioro cognitivo en todos los casos.

Si seguimos lo expuesto anteriormente sobre los factores de riesgo, veremos que un programa de promoción de la salud y la disminución del riesgo del deterioro cognitivo debería abarcar tres áreas:

- *Diagnóstico precoz y control de enfermedades asociadas al deterioro cognitivo:* involucra tareas de psicoeducación como acción informativa, que va acompañada de intervenciones que incrementan la cabal comprensión de la información que motive la atención médica y la adherencia al tratamiento, tanto de aspectos cognitivos como de aspectos afectivos involucrados en los temas tratados.
- *Cambio del estilo de vida:* es bien conocido el hecho de conocer lo perjudicial de ciertos comportamientos para la salud, o lo ventajoso de adquirir nuevos hábitos, pero dicho conocimiento no es suficiente para el cambio conductual necesario. Ante esta situación, una perspectiva terapéutica puede ayudar a abordar las resistencias y crear motivaciones que acompañen la adquisición de nuevos hábitos. El grupo, como escenario de acción psicoeducativa, ofrece factores terapéuticos como la cohesión, la universalidad, la transmisión de información y el uso de estrategias cognitivo-conductuales. Las múltiples relaciones interpersonales que ofrece un grupo favorece también la aparición del apoyo social, el aprendizaje interpersonal y la autocomprensión (Vinogradov y Yalom, 1996), todos ellos factores terapéuticos que pueden incidir en el cambio de la conducta.
- *La creación de reservas cognitivas:* reservas cognitivas definidas como la habilidad de aprovechar al máximo las propias facultades intelectuales y seleccionar recursos alternativos ante el daño, como una respuesta autónoma del cerebro. Estas reservas cognitivas pueden incrementarse con la erradicación del sedentarismo físico y mental y el tener una vida social y culturalmente intensa e interesante (Pittaluga, 2011). También es posible ofrecer una mejora de las funciones cognitivas a través de la intervención cognitiva sistemática, mediante ejercicios que trabajen de forma razonada las diversas funciones cognitivas y el aprendizaje de estrategias mnemotécnicas. Estas actividades benefician a adultos mayores sanos y aquellos que tienen déficit cognitivo leve (Acuña y Risiga, 1997; Clare y Wilson, 2001; Gramunt, 2010; Puig, 2000; Stramwasser, 2001).

PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES

Según van Linder (c.p. Peña C., 1999), la estimulación cognitiva tiene diferencias conceptuales con la terapia cognitiva. Además, otros autores establecen distinciones entre estos términos y la rehabilitación cognitiva:

La estimulación cognitiva tiene el propósito de “animar a la acción o a la ejecución”. Representa en cierto modo, un modo de “gimnasia cerebral” (Peña C., 1999).

La terapia cognitiva se fundamenta en un análisis más detallado de las capacidades mentales a fin de establecer estrategias de intervención más fundamentadas en el plano teórico y mejor articuladas en el plano metodológico (Peña, 1999).

La rehabilitación neuropsicológica no solo exige modelos teóricos de referencia, sino que su actuación es multidisciplinaria. Se establece un orden de prioridades, se contempla un tiempo suficiente de intervención, se centra más en la discapacidad que en los déficit y se preocupa por la generalización de resultados (Muñoz y Tirapú, 2001).

Estos diversos enfoques también varían en su posibilidad de trabajo grupal, de forma que la estimulación cognitiva favorece el enfoque grupal y la terapia y la rehabilitación neuropsicológica exige un enfoque de caso único.

Las tareas de estimulación cognitiva están relacionadas frecuentemente con los estudios de psicología experimental, evaluación neuropsicológica y psicología cognitiva; las actividades propuestas pueden correr el riesgo de ser actividades poco significativas y no familiares para los adultos mayores: muchos de ellos relacionan estas actividades con las tareas escolares. A continuación examinamos diversas propuestas de intervenciones grupales para mejorar la memoria y prevenir el deterioro cognitivo.

Puig (2000) plantea que el Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP) consiste en ejercicios cognitivos de dificultad media que se realizan en 54 sesiones de 45 minutos cada una, durante siete meses, incluyendo tareas de orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias. La autora del programa hizo énfasis en tareas que fueran “entretenidas, de carácter lúdico y no especialmente competitivas” (p. 147). Resultados obtenidos en un grupo de 24 adultos mayores institucionalizados sugieren una mejora significativa en los resultados de las pruebas cognitivas, en comparación con

un grupo control, y para los sujetos representó una actividad significativa en el entorno rutinario y poco estimulante de la institución geriátrica.

Por otra parte, existen muchos programas de intervención en el entrenamiento de la memoria para mejorar su rendimiento. El método incluye técnicas de memorización y ejercicios, intentando combinarlos con una acción pedagógica y el trabajo en grupo (Acuña y Risiga, 1997; Peña, 1999).

Generalmente, y de forma esquemática, el proceso de memoria se concibe en tres fases: la función de registro, la función de consolidación y la función de recuerdo y evocación, las cuales se pueden potenciar utilizando como estrategia el desarrollo de otras funciones mentales que participan en el proceso memorístico, por ejemplo la percepción, la estructuración de la información verbal, la imaginación, y las ayudas en la recuperación de la información aprendida (Acuña y Risiga, 1997).

La acción pedagógica consiste en explicar las interferencias en los procesos de percepción (la distracción), conocer el tipo de memoria propio (visual, auditivo o ambos), las nociones de asociación, referentes y la necesidad de organizar para retener mejor. A su vez, el facilitador deberá reforzar los éxitos en tareas de atención y concentración y las localizaciones espaciales y cronológicas (Acuña y Risiga, 1997), tal como se hace en la terapia de orientación (Florenzano, 1988).

Otras propuestas, además de la realización de ejercicios cognitivos, muestran a los participantes las diferentes clases de olvidos de la vida cotidiana: los referidos a acciones no conscientes y automáticas en contraste con las informaciones que percibimos conscientemente (Benedet y Seisdedos, 1996; Gramunt, 2010). También se contempla la enseñanza de estrategias mnemotécnicas, tales como la asociación de caras y nombres, la agrupación, el método de los lugares y la asociación verbo-verbal y verbo-visual. El trabajo se realiza con grupos de 10 personas, con intervenciones de 8 a 10 sesiones, con una duración de hora y media a dos horas, una o dos veces por semana (Maroto, 2005).

“CLUB DE MEMORIA” EN EL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS (CARACAS)

Este programa comenzó a desarrollarse durante el año 2013, con un trabajo piloto, el cual consistió en cinco charlas sobre el envejecimiento saludable, la importancia de las actividades cognitivas y cómo deben encararse los olvidos de la vida cotidiana. Sin embargo, la experiencia que presentamos en este

trabajo se llevó a cabo entre el 2 de junio y el 18 de julio de 2014: este programa consistió en 8 sesiones de dos horas una vez por semana.

El Club de Memoria es un programa de intervención, cuyo objetivo es ofrecer atención a los adultos mayores que tienen interés en prevenir padecimientos relacionados con la pérdida de memoria, a través de un conjunto de charlas, ejercicios cognitivos y de dinámica de grupos. A continuación describiremos algunas características del mismo:

- Como en toda intervención grupal, se señalaron las tareas y los tiempos asignados para las mismas, desarrollándose en tres fases: de inicio, media y final.
- En el inicio están las presentaciones, examinar los objetivos de la actividad y conocer las expectativas de los asistentes; en la fase final están las actividades de evaluación y despedida. En la fase media se realizaron las siguientes actividades:
 - Charlas con respecto al tema de los factores de riesgo para el deterioro cognitivo, el funcionamiento de la atención y de la memoria, el papel de la afectividad en el rendimiento intelectual y acerca del envejecimiento saludable.
 - Dinámicas de grupo que apunten a los cambios en el estilo de vida que propicien una disminución de los comportamientos de riesgo y el desarrollo de factores protectores ante la demencia (Link, 1997).
 - Aplicación de ejercicios de estimulación cognitiva (Puig, 2004) y el incentivo de realización de actividades de estimulación cognitiva en el hogar al demostrar el uso de las revistas de pasatiempos (especialmente el Sudoku), el uso de juego de mesa y el de rompecabezas (Tangram, por ejemplo).

MÉTODO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Este programa, que trasciende los objetivos de la estimulación cognitiva para plantear la necesidad de cambios de hábitos y de aprendizaje de estrategias, requería constituir un grupo de participantes homogéneo sin diagnóstico de demencia. En contraste, la presencia de quejas subjetivas de memoria o de déficit cognitivo leve sí fueron incluidos, dado que en estas condiciones la afectación cognitiva no entorpece de forma relevante la independencia, no

interfiere significativamente con la capacidad de aprendizaje y se muestran conservadas la conciencia de los olvidos, elemento clave para utilizar estrategias de compensación, básicas para todo proceso de rehabilitación (Benedet, 2002; Muñoz y Tirapú, 2001).

Para la conformación del grupo de participantes se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Personas mayores de 40, independientes, que mostraron interés en participar en el programa.

Los criterios de exclusión:

- Puntuaciones por debajo de 24 en el Minimental y de 10 en el test del reloj.

Nos propusimos evaluar los efectos del programa a través de una comparación entre los resultados en las pruebas seleccionadas antes de comenzar el programa y al finalizar las sesiones de la intervención cognitiva. Los instrumentos de evaluación cuantitativa son los siguientes:

- **Minimental State Examination (MMSE).** Es una escala de estado mental de uso extendido en todo el mundo, bastante breve, de sencilla aplicación y corrección, la cual consta de 11 ítems que suman un total de 30 puntos. Una ejecución de 23 puntos o inferior es entendida por sus autores como un indicador de deterioro cognitivo. Las funciones que explora incluyen la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y demorada, operaciones matemáticas seriadas, atención y concentración, lenguaje oral y escrito, seguimiento de instrucciones orales y escritas, y habilidades de integración visomotora (Cockrell y Folstein, 1988). Hay autores que sostienen que el MMSE es una medida de competencias cognitivas residuales (Aronson y Vrooland, 1993), pues se han encontrado relaciones significativas entre el funcionamiento cotidiano e independiente de la persona y las puntuaciones obtenidas en el MMSE. Por lo anterior, consideramos que esta escala no se limita a identificar déficit, como es el caso de nuevos instrumentos como el MOCA, el cual es muy eficiente en la identificación del déficit cognitivo leve, pero utiliza el mismo punto de corte, 26 puntos, para el déficit cognitivo leve y personas con Alzheimer (Nasreddine, 2014).
- **El dibujo ejecutivo del reloj, corrección de Royal, Corders y Polk, 1998.** Se le pide al sujeto que dibuje un reloj, de manera que marque la 1 y 45.

Tiene una duración entre 1 y 3 minutos. Evalúa diferentes mecanismos implicados en la ejecución de una tarea compleja, fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras, además de la participación del lenguaje. Mayor información clínica se obtiene cuando se compara la orden verbal con la copia y es útil para la detección de alteraciones en las funciones ejecutivas. De este modo, se obtienen dos puntuaciones: una por el procedimiento por orden verbal y el otro por copia, y en ambos el punto de corte es de 10.

- Cuestionario de quejas mnésicas de Vink y Allewijn (Acuña y Risiga, 1997). Es un cuestionario de quejas subjetivas de memoria de 30 preguntas, que se deriva en dos tipos de respuestas: una que indica cuántas veces ocurre un olvido, un error o una dificultad cotidiana (frecuencia), y otra que señala cuánto molesta o preocupa este evento (impacto). Las respuestas de frecuencia y las de impacto se puntúan separadamente y permiten distinguir diferentes aspectos de las quejas subjetivas, a saber, su frecuencia y la preocupación y el malestar que generan su ocurrencia.
- Escala geriátrica de depresión (EGD). Este instrumento es el único que está dirigido hacia la población de adultos mayores. Para este estudio utilizamos una versión reducida de dicha escala, propuestas por Sheikh y Yesavage en 1986. Sus respuestas son dicotómicas (sí/no), tiene 15 ítems y el punto de corte propuesto es de 4/5 (García, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006).

DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes fueron incorporados a través de afiches en la sede del Centro de Salud de Santa Inés y en otras instituciones de salud y de atención a la comunidad de los sectores cercanos a dicho centro, y a través de las redes sociales institucionales y las personas que organizaron la actividad (e-mail, twitter, facebook).

En la primera fase fueron evaluadas 30 personas, con edades comprendidas entre 40 y 83 años. De este grupo, 3 obtuvieron resultados que evidenciaron la presencia de niveles significativos de deterioro cognitivo, por lo que se decidió sugerir su incorporación a actividades individuales en lugar de participar del Club de Memoria. De los 27 restantes, 20 personas

participaron activamente en el Club, pero solo 17 concluyeron el taller y cumplieron con las evaluaciones de pretest y postest.

Con respecto a este grupo final de 17 participantes, el promedio de edad fue de 61 años, siendo la persona más joven una señora de 43 años y la mayor de 80 años; solo había un hombre, quien era esposo de una de las asistentes. De este grupo, 6 eran menores de 60 años y 11 tenían 60 años o más. Todos mostraron una puntuación mayor a 26 puntos en el pretest del Minimal y puntuaciones por encima de 10 en las puntuaciones obtenidas en el dibujo del reloj por orden verbal y por copia.

Más de la mitad (8 participantes) puntuaron por encima del punto de corte en la escala de depresión. La participación voluntaria de personas menores de 60 años demuestra que las quejas de memoria subjetivas no son una preocupación exclusiva de personas mayores, y uno de los objetivos de este estudio es también examinar en esta muestra la relación existente entre las puntuaciones cognitivas (el MMSE y el test de reloj) en comparación con la edad, con las puntuaciones de depresión y las quejas de memoria. Todas estas correlaciones en las puntuaciones del pretest nos permitirán profundizar en las motivaciones de las personas al participar de la actividad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se utilizó estadística no paramétrica al considerar bajo el número de participantes en este estudio, considerándose significativo todo resultado con una probabilidad de 0,05 o menor.

Se examinaron las posibles relaciones entre edad, depresión, las puntuaciones de quejas de memoria y los tests cognitivos, en las medidas del pretest, a través del coeficiente de correlación de Spearman. Se hallaron coeficientes de correlaciones negativas significativas al nivel de 0,01 entre la edad y la ejecución de los dibujos del reloj (tanto orden verbal como copia), y una relación significativa positiva al nivel de 0,01 entre ambas ejecuciones del reloj entre sí. Estas correlaciones sugieren relaciones entre la integración visomotora y la edad. Sin embargo, los estudios señalan que la relación más importante está entre la integración visomotora y la escolaridad (Peña, 1991), variable que no se consideró en el actual estudio.

Se descartó la presencia de alguna relación entre el MMSE y el test de reloj con la escala de depresión o el cuestionario de quejas de memoria, a excepción de una relación positiva significativa al nivel de 0,05 entre el

test del reloj copia y la puntuación de las quejas de memoria en la escala de frecuencia, es decir, que una mejor ejecución en la copia del dibujo del reloj se vio acompañada de una mayor frecuencia de olvidos de la vida cotidiana. Este hallazgo es inesperado con respecto a las expectativas teóricas de lo que se conoce en relación con estos temas.

Por otra parte, es interesante destacar que las dos puntuaciones (frecuencia e impacto emocional) del cuestionario de quejas no mostraron una relación significativa entre sí, lo que refuerza la idea de que la interpretación subjetiva que las personas hacen de sus olvidos cotidianos es algo relativamente independiente de la ocurrencia de los mismos, y que probablemente estos se relacionen con experiencias previas (tener algún familiar con demencia) u otras características personales. Al contrario de lo esperado, tampoco mostraron relación los puntajes del cuestionario de memoria con las puntuaciones en el test de depresión. La valoración de la efectividad de los propios procesos de memoria forma parte de la autoconciencia, la cual, junto con el control ejecutivo de los procesos de memoria, constituyen la metamemoria (Benedet y Seiseddos, 1996). Estos procesos son claves en la decisión de las personas de ir a consulta médica por sus olvidos, de participar en este tipo de actividades de promoción de salud e incluso de utilizar mecanismos de compensación ante sus lapsus cognitivos.

Para el contraste de hipótesis que permite evaluar los resultados de la intervención en los participantes se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Cuadro 2.

Estadísticos de contraste

	Minimetal posttest - Minimetal pretest	Depresión posttest - Depresión pretest	Quejas de memoria frecuencia posttest - Quejas de memoria frecuencia pretest	Quejas de memoria impacto posttest - Quejas de memoria impacto pretest	Reloj orden verbal post test - Reloj orden verbal pretest	Reloj copia posttest - Reloj orden copia pretest
Z	-1,998 ^b	-2,238 ^c	-3,096 ^c	-3,241 ^c	-,530 ^b	-,468 ^c
Sig. asintót. (bilateral)	,046	,025	,002	,001	,596	,640

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

c. Basado en los rangos positivos.

En la comparación de las medidas antes descritas, antes y después de la asistencia a las sesiones del Club de Memoria, podemos observar que el mayor cambio se observó en la puntuación del cuestionario de quejas de memoria – impacto, el cual disminuyó en 14 de los participantes de forma significativa (a un nivel de 0,001), reportando a su vez una disminución de la preocupación y la angustia que referían antes de comenzar el programa con respecto a sus olvidos y errores cotidianos. Durante el taller se explicó la relación que existe entre la edad, la ansiedad y los errores de atención, especialmente de los comportamientos automáticos no conscientes propios de los hábitos cotidianos (Gramunt, 2010); los comentarios espontáneos de los participantes frecuentemente se referían a estos temas.

En menor nivel de significación (0,01), sin embargo, también disminuyeron las puntuaciones del cuestionario de quejas de memoria con respecto a la frecuencia de los olvidos. En los comentarios espontáneos de los asistentes manifestaron que poner en práctica las estrategias presentadas en las charlas recibidas les permitió incrementar sus niveles de atención, organización y planificación, lo que redundó en un mejor funcionamiento de su memoria en la vida cotidiana.

A un nivel aun menor de significación (0,05) se mostró un aumento en las puntuaciones del Minimetal y una disminución en las puntuaciones de depresión. Con respecto a las puntuaciones del Minimetal, 8 personas mejoraron su puntuación y 7 la mantuvieron, y solo 2 empeoraron su

puntuación: es probable que las personas resolvieran este sencillo test con menor ansiedad y mayor atención y concentración una vez que pudieron participar de la actividad. Es alentador constatar que 13 personas reportaron menos sintomatología depresiva después de la asistencia al club: examinar sus temores en un ambiente de contención emocional y camaradería de grupo probablemente contribuyó a estos resultados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados examinados en este trabajo permiten recomendar esta modalidad de trabajo para la realización de los talleres o clubes de memoria. La presente propuesta busca un impacto positivo no solo a través de la estimulación cognitiva, tal como es el planteamiento de algunos autores (Puig, 2004), sino que además sugerimos la pertinencia de incorporar psicoeducación acerca de estos temas, incentivar los cambios de hábitos y el mantenimiento de conductas y desarrollar nuevos intereses. Esta perspectiva es compatible con las campañas de envejecimiento activo recomendada por la Organización Mundial de la Salud (2002) y enseñar también métodos de mejora de la memoria a través de esfuerzos conscientes y estrategias mnemotécnicas (Acuña y Risiga, 1997; Maroto, 2005). Los asistentes a la experiencia del Club de Memoria 2014 en la Clínica Santa Inés coincidieron al valorarlo como un espacio valioso para pensar en sí mismos, examinar sus hábitos, establecerse nuevos propósitos e intercambiar con otras personas.

Como recomendación nos parece que es necesario incluir el nivel educativo como una variable clave en la evaluación de estos programas: muestras de la relevancia de este tema son numerosas, desde los estudios con pruebas neuropsicológicas, que evidenciaron diferencias en la ejecución de acuerdo con el nivel educativo, especialmente en adultos mayores de 50 años (Peña, 1991), hasta los resultados del conocido “Estudio de las monjas” (Snowdon, 2002), el cual demostró que un elevado nivel educativo es un factor de protección de la demencia.

Estas propuestas de intervención comunitaria frecuentemente enfrentan la presión de lograr un impacto en la comunidad a través de un número mayor de participantes: nuestro estudio incluyó un grupo de 20 personas, considerado un grupo numeroso desde la perspectiva de la dinámica de grupo, lo cual trae consigo dificultades a la hora de intentar profundizar en los pensamientos y las emociones relacionadas con los temas tratados a través de dinámicas y discusiones grupales. Sin embargo, los resultados positivos

obtenidos nos permiten inferir que en la experiencia que llevamos a cabo logramos un equilibrio entre la información ofrecida, las oportunidades de intercambio social y la necesidad de expresión emocional.

Finalmente, es interesante seguir investigando el tema de las quejas subjetivas de memoria y su relación con pruebas cognitivas, en vista de los resultados inesperados observados entre el test del reloj y el cuestionario de quejas mnésicas, y entre estos y las puntuaciones de la escala de depresión. Indagar sobre estos elementos nos ayudará a entender la comprensión que tienen las personas de sus síntomas cognitivos y su disposición a buscar ayuda.

REFERENCIAS

- Acuña, M. y Risiga, M. (1997). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria*. Buenos Aires: Paidós.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Aronson, H. y Vroonland, J. (1993). The residual cognitive competence of elderly females. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 724-731.
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva*. Madrid: Imersero.
- Benedet, M. y Seisedos, N. (1996). *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bermejo, F., Vega, S., Olazán, J., Fernández, C. y Gabriel, R. (1997). Alteraciones cognitivas leves del anciano. En J. Zarranz, F. Bermejo, D. Crespo, I. Ferrer, y A. García (Eds.). *Membrana neuronal y patología cerebral* (pp. 159-165). Barcelona: Edipharma.
- Clare, L. y Wilson, B. (2001) *¿Cómo afrontar los problemas de memoria?* Barcelona: TEA.
- Cockrell, J. y Folstein, M. (1988). Mini-Mental State Examination (MMSE). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 689-692.
- Florenzano, F. (1988). *La reality orientation in psicogeriatría*. Roma: Primerano.
- García, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M. y Bobes, J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars. Médica.
- Gramunt, N. (2010). *Vive el envejecimiento*. Barcelona: La Caixa.
- Link, A. (1997). *Group work with Elders*. Sarasota: Professional Resources Press.

- Maroto S. (2005). La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. De la colección del Instituto de Salud Pública. *Promoción de la Salud en Personas Mayores, 1(2)*.
- Muñoz, J. y Tirapú, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Nasreddine, Z. (2014). The Montreal Cognitive Assessment MOCA Test. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de <http://www.mocatest.org/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37*, 74-105.
- Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: A public health priority*. Londres: Organización Mundial de la Salud.
- Peña, C. (1991). *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas*. Barcelona: Masson.
- Peña C., J. (1999). *Activemos la mente*. Tomo 4: Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pittaluga, C. (2011). *Deterioro cognitivo: prevención y tratamiento*. Caracas: Galac.
- Puig, A. (2000). Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: el Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 10 (3)*, 146-15.
- Puig, A. (2004). *Ejercicios para mejorar la memoria*. Madrid: CCS.
- Salas, A. y Gaona, C. (2012). Investigación epidemiológica de las demencias en Venezuela: conociendo nuestros enfermos y cuidadores. En M. Josic (comp). *Los rostros ocultos detrás del Alzheimer* (pp. 61-92). Caracas: Fundación Alzheimer de Venezuela.
- Snowdon, D. (2002). *678 monjas y un científico*. Barcelona: Planeta.
- Stramwasser, Ch. (2001). Modificabilidad cognoscitiva en ancianos a través de un programa de entrenamiento. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. (2012). Aprendizaje. Diálogo interactivo. Recuperado el 23 de febrero, de <http://adi.unefm.edu.ve/>.

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.