



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

CARRERA PSICOLOGÍA

**ESTIMULACION COGNITIVA Y CALIDAD
DE VIDA EN UN GRUPO DE ADULTOS
MAYORES**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : **Guido Alejandro Galindo Negrón**
Beverly Fernanda Navarrete Grove
Anssy Valerie Pinto Marchant

DOCENTE GUÍA : **Diana León Aguilera**

SANTIAGO, MARZO DE 2016



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

CARRERA PSICOLOGÍA

**ESTIMULACION COGNITIVA Y CALIDAD
DE VIDA EN UN GRUPO DE ADULTOS
MAYORES**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : **Guido Alejandro Galindo**
Beverly Fernanda Navarrete Grove
Anssy Valerie Pinto Marchant

DOCENTE GUÍA : **Diana León Aguilera**

FIRMA : _____

SANTIAGO, MARZO DE 2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra docente guía Diana León Aguilera, principalmente por su paciencia y comprensión; por habernos acompañado durante el proceso de investigación.

A la docente Tania Aguilera, por su disposición, entrega de conocimientos, experiencia y por facilitar el trabajo realizado.

Al docente Marcelo Acuña, por compartir sus conocimientos y guiarnos en este proceso.

Al CESFAM N°1 de la comuna de Santiago Centro, por la disposición a colaborar con esta investigación. Además, extender los agradecimientos todos los adultos mayores pertenecientes al CESAFAM N°1, que participaron en la investigación, por su buena disposición y enriquecedora experiencia ya que fueron un pilar fundamental para la elaboración y el progreso de este estudio.

Por último agradecemos a nuestra ex decana Viviana Tartakowsky por las gestiones realizadas en beneficios del estudio.

DEDICATORIAS

En todos estos años de formación, finalmente aprendí a valorar las cosas simples de la vida, el proceso de todo esto, no fue fácil y eso lo hace aún más valioso, me hizo ser fuerte y sobrellevar cada derrota y tomar con cautela y humildad cada vez que superaba una prueba, quiero agradecer con el alma, a mi familia, que con esfuerzo y dedicación me formaron a ser lo que soy, mi gran apoyo que desde la distancia siempre estuvieron presentes en cada momento, también agradecer la paciencia y la capacidad de empatía plena que tuvieron mis compañeras de tesis, gracias por estar y ser parte de esto, finalmente agradecer a la vida por poner en mi camino de vida un ángel, un alma dispuesta a estar incondicionalmente en cada proceso y ayudar a levantarme y seguir. Gracias a todos por creer en mí y dejar que cumpla uno de mis sueños, para seguir creciendo como persona en mi formación profesional.

Guido Galindo Negrón.

Principalmente a mis padres Beverly Valentina Grove Velázquez y Luis Fernando Navarrete Castillo por otórgame la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera, por entregarme valores y enseñanzas que hoy conforman la persona que soy.

A mi familia y amigos que me han brindado en todo momento un apoyo incondicional, a aquellos seres queridos que hoy no están aquí personalmente pero ocupan un espacio importante en mi corazón y que formaron parte de esta linda travesía,

Finalmente a mi compañero de vida Víctor Alejandro Pino Jaramillo quien hace de mis días una aventura constante y con quien deseo seguir mi camino.

Gracias a todos ustedes por la entrega, por la paciencia y por ser parte de mi vida y de cada uno de mis logros.

Beverly Navarrete Grove

A la vida, por situarme en el lugar en el que me asentó y configurar en mí la persona que soy.

A mi hijo Vicente, por llegar a mi vida, ser mi compañero, hacer que cada esfuerzo valga la pena, y ser el motor que día a día me regala una hermosa sonrisa para enfrentar nuestros desafíos juntos.

A mis padres Ana María Marchant, Rubén Pinto y mi abuela Fresia Torres, por su apoyo, especialmente a mi Madre por su esfuerzo en apoyarme incondicionalmente.

A Claudia Escalona y Elsa Soto, quienes me apoyaron, entregaron su cariño como una hija, además de una palabra de aliento en los momentos difíciles. Por último a mi gran amiga y compañera de carrera Claudia Cossio, por compartir conmigo sus conocimientos y 5 años de una linda amistad.

Gracias por apoyarme en este camino el cual tiene como objetivo cumplir con este desafío y dar un paso más en esta hermosa carrera.

Anssy Pinto Marchant

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN.....	13
PLANTEAMIENTOS BASICOS	14
I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
II. OBJETIVO GENERAL.....	17
III. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
IV. HIPÓTISIS DE INVESTIGACIÓN	18
ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	18
1. ENVEJECIMIENTO.....	18
1.1 CAMBIOS ASOCIADOS A LA VEJEZ	19
2. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO	23
3. TEORIA DEL CICLO VITAL (Baltes, 1973).....	24
4. MODELO DE OPTIMIZACIÓN SELECTIVA CON COMPENSACIÓN (Baltes, 1990)	26
5. CALIDAD DE VIDA.....	27
6. SALUD.....	30
7. HABILIDADES FUNCIONALES	31
8. RELACIONES SOCIALES	32
9. SATISFACCIÓN VITAL	33
10. ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	34
11. ESTIMULACION CONGNITIVA	35

12.	PLASTICIDAD CEREBRAL	37
13.	GIMNACIA CEREBAL (CESFAM N°1).....	38
	REFERENTES METODOLÓGICOS	40
I.	TIPO DE ESTUDIO.....	40
II.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
III.	MARCO MUESTRAL	41
IV.	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	42
V.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
	RESULTADOS.....	46
	ANÁLISIS CONCLUSIVO	73
	CONCLUSIONES Y DISCUSIONES	76
	REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	78
	ANEXOS.....	85
	ANEXO N° 1: ‘‘TEST DE HABILIDADES FUNCIONALES Y COGNITIVAS’’	85
	ANEXO N° 2: CRITERIOS DE PUNTUACIÓN.....	92
	ANEXO N° 3: TEST DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF ‘‘TEST DE CALIDAD DE VIDA DE WHOQOL-BREF’’	95
	ANEXO N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	108
	ANEXO N° 5: PROTOCOLO TELÉFONICO	111
	ANEXO N° 6: AFICHE ‘‘TALLER GIMNACIA CEREBRAL’’	112
	ANEXO N° 7: ‘‘RECORDANDO EL TALLER DE GIMNACIA CEREBRAL’’	113
	Actividad N° 1:	113
	Actividad N° 2 :	116

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación, se focaliza en describir si existe relación entre Estimulación Cognitiva y Calidad de Vida a partir del taller “Gimnasia Cerebral”, aplicado a un grupo de adultos mayores en Abril de 2015, asistentes del CESFAM N°1 (Ramón Corbalán Melgarejo), de la comuna de Santiago Centro.

Para alcanzar este objetivo, se relacionaron dos mediciones en dos momentos temporales distintos; una de ellas contemplaba la recolección de datos previo a la realización del taller de “Gimnasia Cerebral”, y otra evaluación realizada trascurrió 3 meses de finalizado el taller.

Ambas midieron habilidades funcionales y cognitivas, se trató de la misma evaluación aplicándose además un cuestionario de calidad de vida. Se accedió a la muestra a través de un portafolio de información y luego a través del taller “Recordando el Taller de Gimnasia Cerebral”, para fines de esta investigación fueron 17 los interesados en participar del estudio.

Respecto al análisis, se utilizó estadística descriptiva – correlacional y los resultados fueron analizados a través del programa de análisis estadístico SPSS.

Los resultados alcanzados de este estudio mostraron que no se pudieron evidenciar diferencias significativas en la calidad de vida como consecuencia de la aplicación del programa de estimulación cognitiva. De modo que las conclusiones apuntaron al número de la muestra, la cual era muy pequeña, señalar que no era homogénea lo que permitiría una distinción entre sexos. Por último, no se sabe si hay variables intervinientes entre la primera evaluación y evaluación posterior, por el hecho de haber transcurrido tres meses desde el final del programa.

INTRODUCCIÓN

La vejez, comprendida como el último ciclo del desarrollo de los seres humanos, es vislumbrada como una etapa con modificaciones a nivel social, físico, emocional y cognitivo, siendo esta última área, una estructura que generaría cambios significativos en capacidades orientadas a la percepción, memoria, atención, razonamiento y lenguaje, siendo habilidades complejas que afectarían el adecuado funcionamiento del sujeto en el desarrollo de actividades cotidianas.

En las últimas décadas es posible observar el aumento de la población mayor, producto del acrecentamiento significativo en la esperanza de vida de las personas mayores (OMS, 2014). Es a partir de dicho fenómeno, que surge la necesidad de ejercer progresos en la calidad de vida de las personas mayores, estableciéndose como una parte importante en la pirámide poblacional. Actualmente, es posible observar intervenciones focalizadas en mejorar y/o potenciar la calidad de vida del adulto mayor, haciendo hincapié en el desarrollo de programas de estimulación cognitiva conducentes a la ejercitación, progreso o atenuación de las funciones cognitivas afectadas, de este modo, es posible establecer un espacio conducente hacia la vida emocional, afectiva y social de las personas mayores, desencadenando un impacto positivo en el ámbito personal y emocional, así como también, una mejora de los sujetos.

A partir de ésta perspectiva, surge el interés evocado en el presente estudio, referente a la preeminencia de la estimulación cognitiva y en cómo afecta esta dimensión en la calidad de vida en el ámbito de la vejez, dando relevancia hacia las cualidades positivas que generarían dichas intervenciones y programas para el adulto mayor, y determinar la relación existente con la calidad de vida de estas personas.

PLANTEAMIENTOS BASICOS

El aumento de la población Adulta Mayor es un tema que causa en la actualidad un gran interés. Desde una mirada global, Ham Chande (CELADE, 2001) señala que este fenómeno representa un logro social, económico y educativo, el que condujo a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad. Este cambio sociodemográfico, viene de la mano de la incorporación de patrones económicos y culturales de países desarrollados, los que van *“desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales (p.7)”*

La Organización Mundial de la Salud refiere que “en 2020, por primera vez en la historia, los mayores de 60 años superarán en número a los menores de 5 años. Para 2050 se espera que la población mundial de más de 60 años llegue a los 2000 millones, un aumento considerable frente a los 841 millones de la actualidad” (OMS, 2014).

El fenómeno sociodemográfico del envejecimiento se ha instalado a nivel mundial, involucrando un cambio en la estructura poblacional, por un lado la población infantil y adolescente ha ido disminuyendo, mientras que las personas mayores, han ido aumentando. Este efecto se ha hecho notorio desde hace 40 años, según lo demuestra el Instituto Nacional de Estadística (2007), señalando la desaceleración de la tasa de crecimiento quedando demostrada en el tramo 1975 al 2000, la existencia de un crecimiento de 1.6%; esperándose para el tramo 2000-2025 un crecimiento de 0.9, y para el de 2025-2050 un crecimiento del 0,2%. (INE, 2007).

La realidad chilena está en sintonía con este fenómeno mundial; de hecho, así lo destaca la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2013), demostrando que la población adulta mayor correspondería a 2.885.157 millones de personas, y que el índice de envejecimiento destaca que por cada 100 niños (menores de 15 años) existen 80 adultos mayores (mayores de 60 años) en la actualidad (CASEN, 2013). Dentro de la Región metropolitana el 16,5% correspondiente 1.160.894 millones de personas adultas mayores, respecto al 16,2% correspondiente a 32.161 son personas adultas mayores que

residen en la comuna de Santiago Centro (INE, 2013). Esto representa grandes desafío en la actualidad que se enfrenta Chile en relación al envejecimiento.

Respecto de los cambios cognitivos normales de la vejez es pertinente mencionar (Bataller y Meléndez, 2006):

- Cambios en la **velocidad del procesamiento**, aumentando el tiempo para la comprensión y ejecución de instrucciones complejas.
- Cambios en la **atención y concentración**, se evidencia en la atención focalizada y dividida, dificultando el almacenamiento y recordar información.
- Cambios en la **memoria de trabajo**, evidenciando una coordinación más lenta del procesamiento cognitivo en procesos mentales complejos.
- Cambios en la **memoria a corto plazo**, olvidos en las actividades diarias y una mayor preocupación por los fracasos de memoria, estos generan un sentimiento de pérdida de control (Bataller y Melendez, 2006).

Si bien se señala un declive cognitivo en el envejecimiento normal, también se afirma que en la vejez se puede aprender nuevos conocimientos (Bataller y Melendez, 2006).

Es por ello, que existen técnicas de intervención implementadas que han apuntado mayoritariamente a paliar el declive en la salud, específicamente en el área cognitiva. Para contrarrestar el declive y mantener funciones cognitivas, han surgido programas de prevención como la llamada “estimulación cognitiva”. El propósito de la aplicación de este tipo de programas es conservar la capacidad intelectual llevando a cabo estrategias que permitan compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad. Los programas de estimulación cognitiva, buscan ejercitar capacidades, mantener la funcionalidad, además de favorecer que el adulto mayor tenga una participación activa.

La presente investigación pretende focalizarse en algunos de los cambios que acontecen con el envejecimiento como los psicológicos y sociales. Dentro de estos, encontramos cambios cognitivos, cambios en las relaciones sociales, cambios en niveles de satisfacción

con la vida y cambios en la calidad de vida, entre otros. Estos cambios intraindividuales suponen grandes desafíos para la sociedad en su conjunto, ya que en la medida en que aumentan los años, aumentan también los riesgos de presentar problemas en la funcionalidad y por ende aumentan las probabilidades de presentar dependencia, lo que requiere de cuidados especializados. Es por esto que se busca conocer el o los efectos que tendría un programa de estimulación cognitiva y a su vez identificar si existe relación entre estimulación cognitiva y la calidad de vida de un grupos de adultos mayores pertenecientes al CESAFM N°1 de la comuna de Santiago Centro.

El aporte de esta investigación a la psicología en primer lugar es el estudio y descripción de los cambios en las habilidades funcionales y cognitivas de los adultos mayores, que se pueden lograr con la aplicación de un programa de estimulación cognitiva, lo que por otra parte, supone un posible aporte a la psicología del adulto mayor, y a la posibilidad de replicar el taller, con el fin de lograr un envejecimiento activo. Además, también se relaciona directamente con la psicopedagogía al ser un programa que se focaliza en la estrategia de la pedagogía didáctica que pueda facilitar procesos de aprendizaje. En términos prácticos la información recabada podría proporcionar datos empíricos que permitan el fomento de este tipo de programas para favorecer estrategias que permitan paliar algunos déficits que se podrían generar con la edad y/o la falta de práctica, y optimizar los recursos de los adultos mayores.

I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la estimulación cognitiva y la calidad de vida de los adultos mayores participantes del taller “Gimnasia Cerebral”, del CESFAM N°1 (Ramón Corbalán Melgarejo), de la comuna de Santiago Centro, Región Metropolitana?

II. OBJETIVO GENERAL

Describir si existe relación entre estimulación cognitiva y calidad de vida de los adultos mayores participantes del taller “Gimnasia Cerebral”, del CESFAM N°1 (Ramón Corbalán Melgarejo), de la comuna de Santiago Centro, Región Metropolitana.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Comparar las habilidades funcionales y cognitivas, previas y posteriores a la implementación del taller de “Gimnasia Cerebral”.
- 2.- Describir la relación entre el programa de estimulación cognitiva aplicado, y las relaciones socio-afectivas de los adultos mayores.
- 3.-Establecer si existe relación entre calidad de vida, habilidades funcionales y capacidades cognitivas de los adultos mayores.

IV. HIPÓTISIS DE INVESTIGACIÓN

Las habilidades funcionales y cognitivas de los adultos mayores, presentarán una mejora, tras su participación del taller “Gimnasia Cerebral”. También habría una relación entre el programa de estimulación cognitiva aplicado y las relaciones socio-afectivas de los adultos mayores. Además se presentará una relación entre calidad de vida, las habilidades funcionales y las capacidades cognitivas.

ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

1. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se desarrolla de forma progresiva entre los individuos y la sociedad de forma multidimensional, comienza desde que nacemos y transcurre a lo largo del ciclo vital, dado que el ser humano es un ente bio-psico-social (Fernández, 2004), son necesarias múltiples disciplinas para su estudio e intervención. En este proceso de envejecimiento, se contemplan una serie de cambios tales son los cambios biológicos que son asociados a la edad cronológica ya que se considera que la vejez comienza a partir de los 60 años, es a partir de esa edad que un sujeto se convierte en adulto mayor (SENAMA, 2015); así también cambios psicológicos asociados al área cognitiva y a la percepción de sí mismo entre otros y por último los cambios sociales relacionados con el propio individuo y el sujeto en comunidad, rol que desempeñan en la sociedad, jubilación y duelos etc. (Rivadeneira y Villa, 2003).

1.1 CAMBIOS ASOCIADOS A LA VEJEZ

Según Montorio y Fernandez de Troconiz (1999), durante la vejez se podrían presentar una serie de cambios asociados a la estructura cognoscitiva, en donde se podría visualizar una modificación en los siguientes aspectos:

a. Memoria

Se plantean diferentes categorías de la memoria, por un lado **la memoria primaria**, aquello que tiene que ver con recuerdos o dígitos para resolver problemas, la que se encuentra bien preservada en la vejez (Montorio y Fernandez de Troconiz, 1999). Por otro lado, **la memoria semántica y la memoria de conocimientos prácticos e histórica** se mantiene sin pérdidas en los adultos mayores, sin embargo, la **memoria de funcionamiento**, aquella que permite realizar tareas, se ve afectada por una disminución del rendimiento (Willis, 1991). La memoria de funcionamiento manifiesta un declive, asociado a un bajo rendimiento en su funcionalidad, la velocidad de procesamiento, almacenamiento, atención y recuerdo de la nueva información. Este fenómeno se puede ver en los niveles de procesamiento del adulto mayor, ya que este grupo etario tendría una capacidad limitada para la codificación y la recuperación de nueva información (Craik, 1994). En base a lo anterior, los autores señalan que la forma de mejorar el funcionamiento de la memoria sería utilizando estrategias efectivas, que incluirían niveles de procesamiento más profundos, existen dos clases de estrategias (Flavell y Wellman, 1977) internas; ensayar, agrupar, elaborar y externas; tomar notas, usar fotos o grabaciones, acudir a personas para recordar una tarea determinada, con el fin de favorecer una mejora en la codificación y recuperación de información.

b. Procesamiento de la Información

Se presenta una disminución de la velocidad del procesamiento en el sistema nervioso central, debido a la pérdida neuronal, lo que explicaría el retraso de la velocidad de respuesta. En tanto, el procesamiento de la información se asocia a conceptos como, atención, memoria en funcionamiento o velocidad de procesamiento. Filion (1992), señala

que la atención y la velocidad del procesamiento son menos eficientes, es por esto que tendrían mayor dificultad para integrar la información, de manera que les resulta más fácil ignorar el procesamiento de la información que no es de interés, pero les cuesta dividir su atención en dos o más tareas al mismo tiempo. Debido a esto, les cuesta tomar una decisión o entregar respuestas complejas, proceso que no solo depende del sistema nervioso central sino que también es afectado por los estados emocionales negativos (preocupación, ansiedad, tristeza).

Sin embargo, se mencionan en la literatura especializada, métodos para contrarrestar el declive en el procesamiento de la información, los que tienen relación con que el adulto mayor se enfoque en desarrollar una actividad específica a la vez, lo que mejoraría la velocidad de la ejecución. En la misma línea, el controlar los estados emocionales negativos, como la ansiedad, beneficiaría el rendimiento en las tareas que requieren de velocidad, mejorando el tiempo de reacción y logrando un mejor funcionamiento cognitivo en los adultos mayores, beneficios que también se obtienen al practicar ejercicio físico constantemente (Filion, 1992).

c. Lenguaje

En el lenguaje, se han evidenciado cambios que se dan con el envejecimiento normal. Para describirlos en forma ordenada, se categorizarán según forma, contenido y uso (Frank, 1994):

- Forma, se refiere a la producción y sintaxis según reglas determinadas. Los adultos mayores no presentarían una disminución en la forma del lenguaje, por lo que la elaboración gramatical se mantendría similar entre personas de 30 y 60 años, inclusive de 80 años (Obler, 1983).
- Contenido, alude al discurso y vocabulario para expresar o interpretar los significados. Los adultos mayores evidencian una reducción en el proceso de codificación del habla y una disminución de la recepción de la información. Dichos cambios tienen relación con pérdidas de la agudeza sensorial y otras

habilidades cognitivas. En cuanto al léxico, no se ve influido por un declive, al contrario aumenta (Bayles y Tomoeda, 1993).

- Uso del lenguaje, alude al proceso comunicativo. Las personas mayores mantienen generalmente un buen nivel de capacidades pragmáticas del lenguaje (por ejemplo generar mensajes orales o escritos), sin embargo pueden ser más lentos en procesar y producir lenguaje, teniendo más dificultad en la comprensión del discurso (por ejemplo en confrontamiento de nombres, en lectura y escritura) (Bayles y Tomoeda, 1993).

Cabe señalar que el proceso de la vejez no solo presentaría cambios en las funciones anteriormente mencionadas, sino que también podrían verse afectados aspectos relacionado con factores ambientales, sociales y familiares. En este punto, las experiencias de vida de cada individuo podrían ser motivo de interferencia en la funciones cognitivas y funcionales, manifestando así, cambios en las siguientes dimensiones (Madrigal, 2008):

a. Cambios socio-afectivos

Desde el paradigma **socio-afectivo**, es necesario comprender los **cambios sociales** del envejecimiento, por un lado, estos apuntan a los cambios individuales y con la comunidad. Los cambios del rol individual se enfocan hacia el adulto mayor que en este periodo siente más latente la concepción de vida y muerte, cobrando un nuevo sentido condicionada por una serie de factores de cada individuo (Noriega, García y Torres, 2005). Así también, se considera un momento en que deben realizar un relectura de su vida. En este sentido, también los cambios en el grupo familiar se hacen evidentes. Según Noriega, García y Torres (2005) es posible vislumbrar dos fases:

- I. El adulto mayor independiente, se muestra colaborador, realizando tareas en el hogar.
- II. El adulto mayor es dependiente, viéndose afectado por algún problema de salud, comienza el cese con sus tareas en hogar, necesitando ayuda por parte de su grupo familiar generando un cambio en la organización y distribución de

tareas en el hogar. Las autoras señalan que el adulto mayor percibe una pérdida de valor propio, con sentimientos de inutilidad y abandono.

Otra característica de los cambios sociales, desde la perspectiva individual de adulto mayor, son las pérdidas que acrecienta en este periodo de la vida. Dichas pérdidas pueden ser físicas, afectivas, económicas, entre otros. Estas vivencias serían acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza o dolor que dan paso al duelo. Si bien existen diferentes tipos de pérdidas, las que trascienden con más tensión emocional son las pérdidas afectivas, puesto a que estas pérdidas generan grandes cambios en la vida cotidiana del adulto mayor, como cambios en su rutina, entorno y actividades (Noriega, García y Torres, 2005).

Noriega, García y Torres (2005), indican que se produce un cambio de rol en el ámbito social, entendiéndose como el cese de la etapa productiva y/o laboral, no obstante, se recalca durante esta etapa de la vida existirían conocimientos y experiencias que aportar.

En efecto, la actividad social del adulto mayor se centra, generalmente, en grupos formados por otras personas adultas mayores, lo que genera mayor distanciamiento intergeneracionales. La actividad laboral por otra parte, sostiene su cambio en la jubilación, entendida como el cese total o parcial de su profesión u oficio con derecho a una pensión o remuneración (Noriega, García y Torres, 2005). Este periodo no está ausente de consecuencias ya que es un cambio importante en la vida de los sujetos, ya que el adaptarse a esta nueva forma de vida se hace difícil, considerando los valores de la sociedad que giran en torno a la actividad y el trabajo. Otras derivaciones de la jubilación, instan en el área económica, debido a la disminución de recursos, generalmente, el adulto mayor debe vivir con un monto mensual inferior al que estaba acostumbrado. Finalmente, con el cese de actividad laboral, viene consigo disminución de relaciones sociales y un proceso progresivo de aislamiento conocido como desocialización (Domínguez, 1982).

En cuanto a los **cambios afectivos** Noriega, García y Torres (2005), mencionan que los adultos mayores durante su vida abrían adquirido una madurez emocional a través de sus experiencias, sin embargo, algunos factores (como el contexto social, estado de salud,

entre otros), influirían en su emotividad. Es por esto que la motivación del adulto mayor se preserva como un impulso generador, esto le permite realizar actividades en función de sus propias capacidades, con el fin de que el resultado sea satisfactorio y se sientan parte de la sociedad, algunas de estas actividades son conocidas como centros cívicos y voluntariados. Un ejemplo de esto es el Programa de Asesores Senior, adultos mayores con vocaciones de profesores voluntariamente enseñan a niños de escasos recursos, dejando la brecha intergeneracional de lado y contribuyendo como adulto mayor mediante sus conocimientos y logrando establecer un rol activo en la sociedad (SENAMA, 2012).

2. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

En esta dimensión, es posible visualizar variabilidad en el proceso de envejecimiento, pudiendo ser influenciada por el estilo de vida desarrollado a lo largo del ciclo vital, involucrando además aspectos emocionales, biológicos y/o sociales. Del mismo modo, la vejez es presentada como un proceso dinámico, en donde cada ser humano envejecería a un ritmo diferente en comparación a sus pares (Ballesteros, 1999). En relación a lo anterior, es posible identificar los siguientes tipos de vejez:

a. Envejecimiento saludable:

Se considera como envejecimiento saludable aquel proceso en donde los factores extrínsecos del envejecimiento contrarrestan los factores intrínsecos; siendo representado mediante una baja pérdida funcional, no obstante, esto no significaría la ausencia de enfermedad, si no la percepción de salud del sujeto, con el propósito de que el adulto mayor posea un adecuado rendimiento en actividades físicas y mentales apropiadas para él, teniendo una conducta activa frente a la vida (Rowe y Khan, 1997).

b. Envejecimiento satisfactorio:

Hace referencia al envejecimiento enfocado hacia un proceso de desarrollo personal y social. Desde este enfoque, el adulto mayor puede participar e integrarse a la sociedad y se beneficia de ello. Un punto relevante de este enfoque es el logro de la satisfacción con la vida propia, es decir, lograr sentirse satisfechos con su existencia según avanza la edad

y poder adaptarse a situaciones que requieren de cambios. Se logra un envejecimiento optimizando en el potencial personal y social, a través de una vida activa, participativa, productiva, saludable y solidaria (Carmen Sarabia, 2009).

c. Envejecimiento activo:

Se caracteriza por ser un proceso de optimización de las oportunidades de salud (física y mental), participación (con sus pares y el interior) y seguridad (física, social, y con el medio) con la intención de mejorar la calidad de vida en la vejez. Se busca dar un sentido positivo al envejecimiento (SENAMA, 2015). Este último es el enfoque de adulto mayor es el utilizado por el SENAMA y en general en muchos países.

Para efectos de esta investigación, se toman en cuenta los tipos de envejecimiento normal u óptimo.

3. TEORIA DEL CICLO VITAL (BALTES, 1973)

La teoría del ciclo vital de Baltes (1973), indicaría aquellos aspectos estables y cambiantes del comportamiento de los sujetos, tomando en cuenta más allá de la dualidad entre biología y entorno. Existen tres metas fundamentales a lo largo de las etapas evolutivas del ser humano, siendo fundamentada bajo la teoría del ciclo vital. Asimismo, se toman en cuenta las siguientes premisas:

- El crecimiento, siendo comprendido como un proceso en el cual se debería alcanzar niveles más elevados de funcionamiento.
- Mantenimiento, establecido mediante comportamientos que mantienen el nivel de funcionamiento actual a pesar de presencia de desafíos u amenazas, o el retorno de funciones perdidas.
- Regulación de pérdidas, entendida como la reorganización del funcionamiento en caso de pérdida de recursos, con el objetivo de mantener los niveles de funcionamiento anteriores.

(Baltes, Staidinger y Lindenberger, 1999)

Es desde esta perspectiva, que se propone una nueva visión del desarrollo la teoría del ciclo vital, describiendo la lógica de los procesos estimados y establecidos en los sujetos desde el nacimiento hasta la muerte, señalando que todas las etapas sumarían igual importancia, de este modo, ninguna fase sería más importante que otra (Baltes, Staidinger y Lindenberger, 1999).

Asimismo, desde la perspectiva de Baltes (1998), es posible entrever las siguientes temáticas que complementan su teoría:

a. Desarrollo como proceso:

El desarrollo se establece como una estructura **multidimensional**, en donde obtiene una visión más amplia y flexible, orientado bajo un modelo **multidireccional**, ya que no existe una única trayectoria de desarrollo como la que se pensaba (crecimiento, maduración y meta fina). En la misma línea de este último concepto, se suscita el término de **equifinalidad**, haciendo referencia al alcance de una misma meta mediante diferentes trayectorias evolutivas (Baltes, Staidinger y Lindenberger, 1998).

b. Desarrollo como ganancias y pérdidas

Esta perspectiva es caracterizada como un proceso dinámico y de interacción entre las **ganancias y pérdidas** a lo largo del ciclo vital. Bajo esta visión, se establece que en la infancia solo hay ganancias y en la vejez solo hay pérdidas. Asimismo, se enfatiza que las ganancias y pérdidas se hayan en cada una de las etapas de ciclo vital, señalando que la vejez está compuesta por el mantenimiento de funciones y ganancias (Baltes, Staidinger y Lindenberger, 1998).

c. Importancia de la plasticidad:

La plasticidad hace referencia al potencial de flexibilidad que el ser humano posee para modificar o transformar acciones o elecciones. El envejecimiento desde el punto de vista de la plasticidad, plantea que los adultos mayores pueden modificar algunos procesos

evolutivos, lo que estaría a la base de los programas que se enfocan a trabajar este grupo etario (Baltes, 1987).

d. Importancia al contexto:

El contexto en el cual el sujeto se desarrolla toma un rol fundamental, debido a que este le proporciona oportunidades y a la vez restricción evolutivas. En la vejez , se relaciona el contexto con el desarrollo evolutivo, ya que esta etapa no solo está marcada por un solo declive, si no es probable que se den más diferencias, en esta diferencias es en donde se manifiestan las huellas de toda una vida de experiencias particulares (Baltes, 1979).

4. MODELO DE OPTIMIZACIÓN SELECTIVA CON COMPENSACIÓN (BALTES, 1990)

Este modelo confeccionado por Baltes (1990), fue desarrollada con la finalidad de acercarse a datos más empíricos, estableciendo tres elementos esenciales: selección, optimización y compensación.

La **selección**, corresponde a la elección consciente o no de dominios de comportamientos, presentando elementos que aparecerían a lo largo de todo el ciclo vital, por ejemplo en la vejez en relación a la plasticidad disminuida, existe la necesidad de seleccionar, crear y gestionar recursos. Por lo tanto, desde este punto de vista el sujeto toma un rol activo manejando los desafíos, amenazas y demandas (Baltes, Staidinger y Lindenberger, 1998).

El proceso de **optimización**, compone la necesidad de alcanzar un funcionamiento óptimo, enfocado en mejorar los recursos que el sujeto tiene para alcanzar los objetivos propuestos (Marsiske y cols,1995).

La **compensación**, genera una respuesta hacia la pérdida de aquellos recursos que se utilizarían para cumplir los objetivos en una determinada etapa evolutiva, de este modo, este mecanismo surge a partir de limitaciones contempladas en estructuras biológicas, socioculturales y temporales. Sin embargo, también este componente surgiría a partir de aquellas pérdidas de recursos que antes sí existían, así como pérdidas asociadas a la edad. En este sentido, la compensación actúa como una respuesta que desarrolla cualidades adaptativas en los sujetos (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1990).

5. CALIDAD DE VIDA

Cuando se habla de envejecimiento, existe un enfoque teórico que toma un rol fundamental y que además complementa al envejecimiento en la vida adulta. Moreno y Ximénez (1996), dan énfasis a la preocupación por la experiencia del sujeto en su vida, social, actividades de la vida cotidiana y por la salud. Es decir, interesa la experiencia que el adulto mayor tenga de en su vida, considerando todos los cambios ya mencionados anteriormente, los cuales no pasan desapercibidos.

Desde una perspectiva semántica, Fernández (1998), indica que el término “calidad” se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término “vida” es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas.

Existen cuatro modelos conceptuales de “**calidad de vida**” (CV), según Gómez-Vela y Sabeh (2001) los cuales son:

- Calidad de las condiciones de vida de una persona.
- Satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales.

- Combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La definición de calidad de vida, se caracteriza principalmente por su carácter subjetivo y de acuerdo a la OMS (2014), esto debe ser entendido en dos perspectivas; la situación actual del adulto mayor y la satisfacción en las distintas dimensiones que engloban la calidad de estos.

Fernández-Ballesteros (2004), consolida toda la teorización general y específica anterior, resaltando como actualmente todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar. Enfatiza teóricamente y con aplicación práctica la especificidad de este concepto en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden como la autonomía, la funcionalidad y la mayor presencia de patologías. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y subraya la multidimensionalidad del concepto, incluyendo factores personales tales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción y factores socio ambientales: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales (Fernández-Ballesteros y Marcia, 1993). Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibles. “La vida es ontológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también” (Fernández-Ballesteros, 1992). Por otra parte, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como aspectos objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.).

Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones, por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales (Fernández-Ballesteros 1992).

Entonces, se presenta la calidad de vida como un macro-concepto complejo y multidimensional que envuelve componentes o condiciones diferentes y cuyo peso varía en relación a una serie de parámetros personales o sociales (Fernández-Ballesteros 1992).

En síntesis, la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores debe ser definida no sólo en función de su contexto de referencia sino que también debe contener diferentes métodos e instrumentos de medida que contemple las distintas dimensiones del concepto; siendo el principal problema metodológico, los requerimientos multimétodos que deberían estar a la base de dichas mediciones (Fernández-Ballesteros 1992).

Como ya se mencionó, otro elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de concepto multidimensional, lo que implica que, así como se consideran factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también se consideran factores socioambientales o externos (calidad del ambiente, apoyo social, condiciones económicas, servicio de salud, factores culturales).

En la Figura I (Fernández-Ballesteros, 1992), se grafican los factores a considerar dentro de la concepción teórica de Fernández-Ballesteros de calidad de vida. Así, la estrella blanca representa las variables de **calidad de vida subjetivas** (Salud, actividades de ocio, satisfacción, relaciones sociales, habilidades funcionales), en tanto la estrella amarilla representa las variables de **calidad de vida objetiva** (apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y factores culturales) ambas configuran la calidad de vida multidimensional.

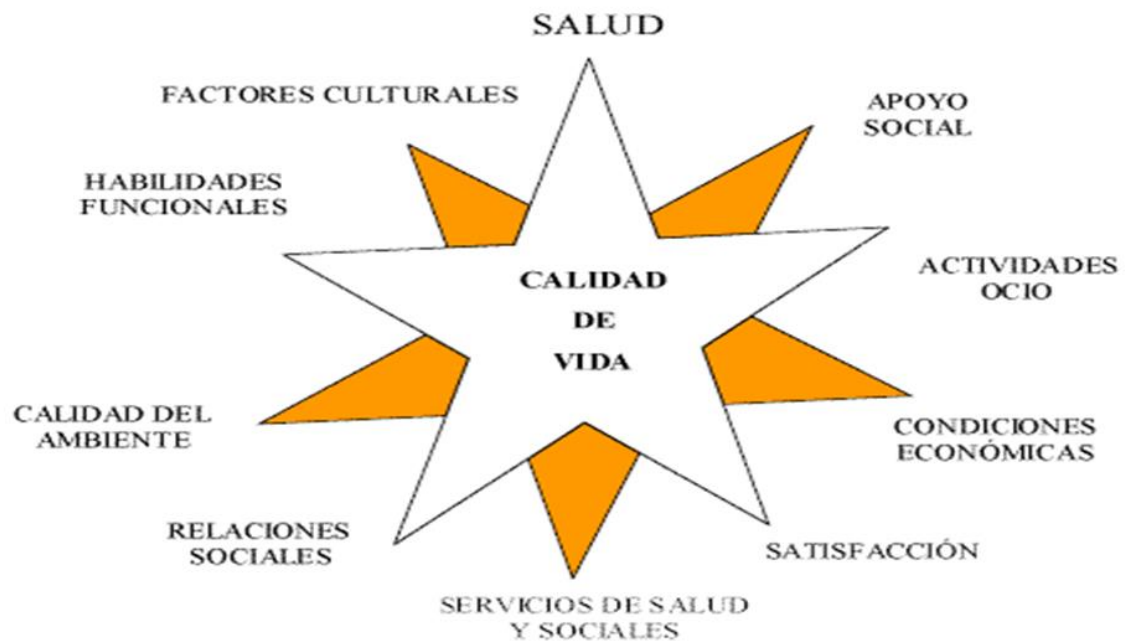


Figura I: Calidad de Vida. (Fernandez-Ballesteros, 1992).

Comprender el concepto en su totalidad que da a conocer Fernández-Ballesteros (1993), desde el punto de vista de esta investigación se hace esencial conocer en profundidad el concepto de calidad de vida desde lo subjetivo, en otras palabras se busca conocer la experiencia desde el mundo interno del adulto mayor. A continuación se describirá cada uno de los puntos de calidad de vida subjetiva, esquematizados en la estrella de color blanco descrita por Fernández-Ballesteros (1993).

6. SALUD

La salud es una variable perteneciente a calidad de vida subjetiva, esta se define como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos y pronóstico de ciertas afecciones (Patrick y Erickson, 1993).

Existe un punto de encuentro entre calidad de vida y salud, y a través de este nace el concepto de “calidad de vida relacionada con salud” (CVRS), esta entidad tiene como objetivo fundamental la mejora de los años por vivir a pesar de los efectos acumulativos de la salud asociados con el envejecimiento (Fernández 2003). Además, se preocupa por la percepción de salud experimentada y declarada por un sujeto, particularmente en las dimensiones físicas, mental, social (Badia y García, 2000).

Dentro del concepto de salud, se identifican condiciones relevantes tales como:

- La edad
- El género.
- Situación socioeconómica
- Sistema de salud pública y privada

Es importante considerar además, cuál es la percepción del adulto mayor sobre estas condiciones relevantes para la salud en la vejez.

7. HABILIDADES FUNCIONALES

Durante la vejez en el ser humano produce un declive en las habilidades funcionales, caracterizado por un enlentecimiento y una menor eficiencia en las funciones cognitivas (Fernández-Ballesteros 2014). A partir de esto, se infiere que las personas mayores tardarían más en responder a la información que reciben del medio, lo cual se ha visto que se acentúa cuando las personas mayores intentarían realizar más de una actividad, teniendo en consideración un mayor esfuerzo cognoscitivo, en relación a mantener la atención durante un periodo de tiempo. Sin embargo, es relevante puntualizar, que no se debe perder de vista el equilibrio entre ganancias y pérdidas que se desarrolla con la edad (Fernández-Ballesteros 2014).

La tabla N° II hace referencia hacia aspectos cognitivos como la memoria (memoria semántica, memoria procedimental, memoria de trabajo y memoria episódica),

estableciendo que comúnmente los adultos mayores refieren tener dificultades en dicha organización cognoscitiva.

Sistema de Memoria	Ejemplos	Patrón de cambios
Semántica	Lista de los reyes gordos	Estabilidad
Procedimental	Conducir en un coche	Estabilidad
De trabajo u operativa	Recordar una secuencia a través de como se ha aprendido	Declive
Episódica	Cuando vio por última vez a alguien	Declive

Figura II. Patrones de cambio en los sistemas de memoria (Fernández-Ballesteros, 2014).

Esta perspectiva daría cuenta que el declive en el adulto mayor se produce a nivel de la memoria de trabajo y en la memoria episódica, y ambas forman parte de la memoria a corto plazo (Fernández-Ballesteros, 2014).

En cuanto a las habilidades que se mantienen, una es la memoria semántica, que guarda relación con los significados y conceptualizaciones, no se relacionan con experiencias propias. Otra que se mantiene, es la memoria procedimental que se refiere a la habilidad motora para realizar tareas (Fernández-Ballesteros, 2014).

8. RELACIONES SOCIALES

Se comprende que el término relaciones sociales, hace referencia a un conjunto de interacciones sociales entre más de dos personas. Lirio y Alonso (2006) señalan que la actividad y la participación social inciden en la calidad de vida de forma determinante, ya que mejora la satisfacción vital, la integración y la proyección social del sujeto, por lo tanto el estar en contacto con otro, genera un progreso. De este modo las relaciones sociales en el adulto mayor solo traerían consigo ganancias.

Asimismo, el apoyo social aparece como una parte fundamental e importante, otorgando un impacto significativo en el ámbito emocional. Se observa que las personas mayores que participan en actividades en donde se relacionan con un entorno social, generarían roles sociales significativos, esto es clave en la calidad de vida de las personas mayores ya que forman un red de apoyo (José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan, 2003).

La familia como conjunto de relaciones sociales, se considera como el pilar que entrega la mayor cantidad de beneficios positivos en la vida del adulto mayor. De este modo, se ha encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos (Bozo, Toksabay y Kürüm, 2009).

En síntesis, se considera el apoyo social como un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar y/o atenuar los efectos negativos del estrés, contribuyendo al bienestar y satisfacción con la vida. (Aguerre, Bouffard, 2008; Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000).

9. SATISFACCIÓN VITAL

La satisfacción con la vida es el grado en que la persona evalúa la calidad global de su vida de forma positiva, siendo figurada como un aspecto fundamental en las personas que ya han avanzado por diferentes etapas de su vida, de ahí el interés del estudio en centrarse en un segmento específico de la población y determinar los factores que influyen en la evaluación de aquellas personas mayores de sesenta años, precisando las variables que intervienen en la percepción de su Satisfacción Vital.

En esta valoración definida como la Satisfacción Vital se encuentra, según Diener (1984), una literatura extensa e incluye estudios que han definido el concepto como felicidad, afecto positivo y bienestar subjetivo. Cabañero, Richart, Cabrero, Orts, Reig, y Tosal (2004) señalan que la Satisfacción Vital es un constructo controvertido en sí mismo, esto probablemente por la compleja definición de la variable y la determinación de cuáles

serían sus componentes. Entre las definiciones encontradas se puede mencionar a Horney (1984), quien afirma que es la “evaluación personal que cada uno hace de sus condiciones particulares, comparada con un referente externo o sus propias aspiraciones”. A su vez George (1981), señala que es una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de vida. Apoyando esta visión, Díaz y Sánchez (2001) señalan que la Satisfacción con la Vida es considerada como el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Veenhoven (1994), evidencia que la Satisfacción con la Vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva.

10. ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

El ocio y la recreación en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al uso del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que mejoren la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad. Las actividades recreativas, son un un claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores. Estar activo implica directamente tener salud, relaciones sociales, independencia y autonomía” (Barrio, 2007).

Uno de los más grandes capitales de los que disponen las personas mayores es el “tiempo libre”, así lo han demostrado variadas investigaciones que han puesto de manifiesto que éste es uno de los ítems en el que las personas mayores reportan mayor satisfacción vital. No obstante lo anterior, el tiempo libre puede ser visto tanto una amenaza como una fortuna dado que, sin la determinación adecuada, puede convertirse en un campo estéril donde la persona va perdiendo su sentido de utilidad y aporte social. En la medida que el tiempo libre del que disponen las personas mayores sea valorado y utilizado por éstas de manera constructiva, será posible propiciar a través de este su participación e integración social pudiendo ejercer una ciudadanía activa (Bedmar, García & Montero, 2011).

Finalmente el tiempo libre o de ocio, es un factor determinante en la generación de mayores grados de calidad de vida en los mayores (Bowling & Gabriel, 2004).

11. ESTIMULACION CONGNITIVA

La estimulación cognoscitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias, que optimizan el funcionamiento de diversas capacidades y funciones, basándose en el desarrollo de actividades de ejercitación de capacidades cognitivas o compensación de habilidades perdidas, bajo criterios de complejidad progresiva y mantención de funcionalidad (García, 2009). En este punto, los programas de estimulación son guiados por un especialista, quien actúa como mediador o facilitador entregando estrategias que permitan a las personas paulatinamente realizar actividades de mayor complejidad. Otros objetivos de la estimulación cognitiva, abarcan favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras que deseen aprender, generando un impacto positivo en su calidad de vida. Los programas de estimulación cognitiva, además podrían tener un impacto positivo en la vida afectiva y social de los adultos mayores, en tanto, estos deberán movilizar sus recursos para asistir y participar en un grupo con varios integrantes con distintas necesidades y características (Duarte, 2008).

En relación a las áreas de declive normal dentro del envejecimiento, son siete los focos del área cognitiva, las cuales deben ser estimuladas o potenciadas en caso de realizar una prevención, comprendiendo los siguientes aspectos:

- a. Orientación temporoespacial, directa relación con orientación temporal, espacial personal y memoria autobiográfica.
- b. Percepción y gnosis (reconocer), relación con discriminar y percibir lo visual, auditivo, táctil, organización visoespacial, y reconocimiento corporal.
- c. Praxias, generar habilidades motoras en cuanto a los movimientos voluntarios y habilidades visoconstructivas.
- d. Memoria, relación con los tipos y procesos de memorias

- e. Lenguaje, relación con estimular lenguaje expresivo, espontáneo, fluido, potenciar habilidades de lectoescritura, capacidad de repetición oral, además de potenciar funciones del lenguaje a través de abstracción, razonamiento, juicio crítico y memoria semántica.
- f. Cálculo, relación con la concentración, concepto numérico, capacidad de conteo, cálculo simple aritmética, potenciar funciones ejecutivas a través del cálculo como, razonamiento y resolución de problemas.
- g. Función ejecutiva, relación con planificación, concentración, capacidad de secuencias, potenciar reversibilidad y flexibilidad cognitiva.
(Rodríguez, 2002).

Madrigal (2008), señala que la estimulación cognitiva, no solo se debe centrar en las áreas cognitivas, sino que también aborda otras áreas del ser humano, como lo afectivo, conductual, social, familiar; esto, con el objetivo de intervenir en toda su complejidad.

Los objetivos que se buscan en este tipo de intervención se orientan a:

- Mantener habilidades como atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) para conservarlas el mayor tiempo posible, permaneciendo con autonomía.
- Un entorno o ambiente que promueva los estímulos de actividad motora y razonamiento.
- Generar y mejorar relaciones interpersonales entre los individuos
(Madrigal, 2008).

En esta línea, se ha extendido en los últimos años la idea de que el ejercicio cognitivo resulta como una forma de prolongar la satisfacción y la calidad de vida a lo largo de los años. La estimulación y entrenamiento cognitivos permiten mejorar las funciones mentales, mostrándose eficaces para ayudar a retrasar el inicio del declive cognitivo asociado al envejecimiento (Goldberg, 2001).

El propósito de estos programas de ejercicio cognitivo, es generar una mejora en la calidad de vida en función de la prevención, de manera de mantener la autonomía el mayor tiempo posible. La estimulación cognitiva en primer lugar, incrementaría la reserva cognitiva, de forma que el declive puede retardar sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria de la persona. En segundo lugar fortalecer las relaciones sociales, autoestima y su autonomía, focos importantes para la calidad de vida (Goldberg, 2001).

Un agente colaborador que permite cumplir con los objetivos de la estimulación cognitiva es la plasticidad cerebral, esta se distingue como la flexibilidad del cerebro para un óptimo aprendizaje, dado que su adaptación funcional del sistema nervioso central minimiza las alteraciones de las estructuras, existentes sea cual sea su causa. (Castroviejo, 1996).

12. PLASTICIDAD CEREBRAL

La plasticidad cerebral se define como la capacidad de reestablecer la perdida neuronal volviendo a poseer la misma habilidad que se poseía en un principio, creando nuevas conexiones. En este sentido, se mantienen dos aseveraciones importantes de mencionar:

- I. El declive que poseen las personas mayores, dentro de un envejecimiento normal, puede ser compensada mediante entrenamiento y práctica.
- II. Las personas mayores tiene una amplia capacidad de reserva que les permite compensar la disminución de algunas capacidades.

(Fernández-Ballesteros, 2002).

Fernández-Ballesteros (2002), alude a un estrategia que tiene como objetivo compensar el declive que se presenta en la edad adulta, esta se constituye de tres partes:

- a. Seleccionar
- b. Optimizar (realizar más entrenamiento)
- c. Compensar (buscar estrategias que permitan balancear los cambios que afectan y realizar la misma tarea que antes).

Para llevar a cabo estrategias, es posible tomar en cuenta mecanismos de ayudas externas, (por ejemplo, en el caso de un declive en la memoria, se pueden realizar acciones de compensación con la utilización de una agenda para apuntar y recordar cosas) y otra interna, referida al entrenamiento o gimnasia mental. Esos aspectos ayudan al control del declive, optimiza funciones y previene (Fernández-Ballesteros, 2002).

El objetivo del entrenamiento mental está orientado a realizar tareas y pensar en cómo se resuelven. Lo importante es que el entrenamiento no es en todas las áreas, sino en las que se presentan declives. Existen tres posibilidades de entrenamiento, como señala Fernández-ballesteros (2002), es apropiado que el adulto mayor sea su propio entrenador según sus criterios, que se adiestre solo pero con material elaborado por expertos. Por último, el ejercicio grupal en este ámbito se enfoca a la participación en programas organizados que contribuyan a la estimulación cognitiva (Fernández-Ballesteros, 2002).

13. GIMNACIA CEREBAL (CESFAM N°1)

El Centro de Salud Familiar CESFAM N°1, se construyó, en el año 1937, en la Región Metropolitana ubicado en la comuna de Santiago centro, en calle Copiapó, en su trayectoria se estima que han atendido a cerca de seis millones de pacientes durante los setenta y ocho años de funcionamiento (Aguilera, 2015).

Su misión es “articular, gestionar y coordinar a la Red Asistencial, para la entrega de una atención de salud integral, accesible, oportuna, eficiente y de calidad, que favorezca la prevención, recuperación y rehabilitación de la demanda de salud de la población”. En esta línea su visión; es “ser un Servicio de Salud integrado por centros acreditados de atención abierta y cerrada, con un total de resolución de las listas de espera, logrando un nivel de excelencia en la satisfacción de los usuarios” (Aguilera, 2015).

Dentro de este centro de salud familiar, se llevó a cabo un taller de estimulación cognitiva llamado “Gimnasia cerebral” por alumnas de la universidad UCINF, de la carrera de psicopedagogía en conjunto con la docente Tania Aguilera, entre los meses Abril y Julio

de 2015. Dicho taller estaba dirigido a aquellos adultos mayores que quisieran asistir, en tanto el foco era adultos mayores autovalentes, sin embargo, no se limitaba la oportunidad de asistir a algún adulto mayor con algún tipo de deterioro. La propuesta del taller se basaba en proporcionar al adulto mayor herramientas para potenciar las áreas cognitivas, psicomotor y de habilidades sociales, las cuales constituyen una alternativa óptima para el desarrollo integral de las capacidades adquiridas intelectuales y emocionales del adulto mayor. El objetivo general del taller se centraba en “Estimular los procesos cognitivos de memoria, percepción, psicomotricidad y habilidades sociales, a través de distintas actividades para los adultos mayores que asistieran a CESFAM N°1” (Aguilera, 2015).

Este taller, se constituyó con nueve sesiones de dos horas cronológicas los días jueves de 15.00 a 17:30 pm. En cada sesión se realizaban actividades de estimulación cognitiva dependiendo del objetivo específico de cada una de ellas, todas las sesiones se iniciaban con una retroalimentación respecto a la sesión anterior, con material concreto (hojas, lápices, power point, material audio visual, etc.). Además en cada sesión se entregó un cuadernillo fotocopiado con siete actividades, una actividad diaria, las cuales se llevaban para realizar en sus casas, para entregarla a la sesión siguiente. Se dio fin al taller de “gimnasia cerebral” en la novena sesión en el mes de Julio (Aguilera, 2015).

REFERENTES METODOLÓGICOS

I. TIPO DE ESTUDIO

El estudio se presenta bajo parámetros metodológicos cuantitativos, ya que utiliza la recolección de datos de las variables (estimulación cognitiva y calidad de vida), con una base de mediación numérica, involucrando un análisis estadístico, esto, debido a que se busca recolectar datos que permitan fundamentar o refutar la hipótesis tentativa de esta investigación.

Además, esta investigación presenta un alcance descriptivo-correlacional, ya que se busca medir y recolectar datos de diversas variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), por un lado, la variable de **estimulación cognitiva**, que se obtuvo aplicando un test de habilidades funcionales y cognitivas (ver anexo N°1), tuvo la finalidad de describir si existe relación entre dicha variable, con la variable **calidad de vida**, a partir del taller realizado “Gimnasia Cerebral” (Aguilera, 2015).

II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene diseño pre-experimental, específicamente diseño de pre-prueba y post-prueba aplicado a un solo grupo (Hernández, Fernández, Baptista; 2010). Se aplicará una Evaluación de habilidades funcionales y cognitivas (ver anexo N°1), previo al inicio del taller de “Gimnasia Cerebral”, y luego se aplicará la misma prueba posterior al estímulo (taller “Gimnasia cerebral”) con la finalidad de comparar los resultados obtenidos y luego relacionarlos con el test de calidad de vida WHOLQOL BREF.

Además, este estudio es de tipo transversal ya que la recolección de datos es realizada en un momento único. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

III. MARCO MUESTRAL

a. Unidad de análisis:

Adultos mayores pertenecientes a la salud pública de Chile.

b. Población:

La población determinada, son adultos mayores que viven en la Región Metropolitana, que asisten al CESFAM °1 Ramón Corbalán Melgarejo.

c. Muestra:

Adultos mayores pertenecientes al CESFAM N°1, que asistieron al taller “Gimnasia cerebral” durante el periodo de Abril y Julio del 2015. El taller señalado se conformó originalmente con un total de cuarenta y dos personas (treinta y cuatro mujeres y ocho hombres). Para fines de esta investigación, los interesados que participaron fueron diecisiete adultos mayores (trece mujeres y cuatro hombres). Como se visualiza en figura III, el 82% corresponde a mujeres y 18% corresponde a los hombres.

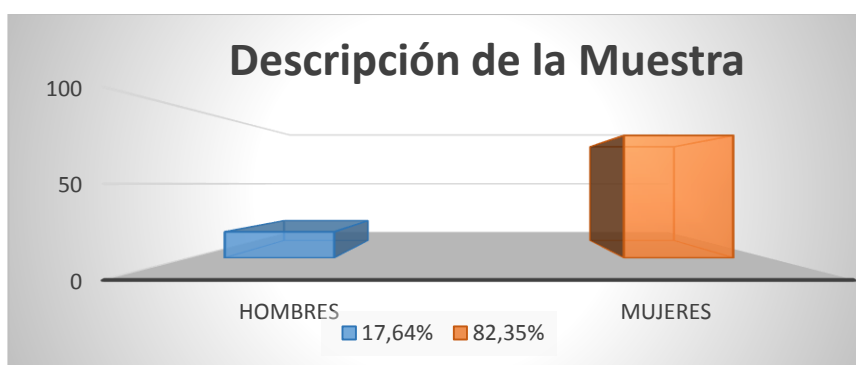


Figura III: Descripción de la muestra

La muestra es de tipo no probabilística o dirigida, entendida como un “Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Esto debido

a que las personas elegidas para la investigación debían ser aquellas que formaron parte del taller “Gimnasia Cerebral”.

Criterios de Inclusión de la Muestra:

- Género: Femenino y Masculino.
- Adultos mayores que hayan asistido al taller de “Gimnasia Cerebral”.
- Adultos Mayores autovalentes, sin deterioro cognitivo.

Criterios de Exclusión de la Muestra:

- Adultos Mayores que no pertenezcan a los rangos de sesenta a ochenta y tres años
- Se excluirá a los adultos mayores que presenten un deterioro cognitivo evidente, a cotejar con las fichas clínicas de cada uno (no fue el caso y no se descartaron sujetos).

IV. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Como medios de recolección de datos, se utilizaron fuentes primarias y secundarias. En primera instancia los datos se obtuvieron a través de una fuente secundaria, siendo esta la **evaluación preliminar** la cual utilizó el “**Test de habilidades funcionales y cognitivas**” (ver Anexo N°1), el cual consiste en una recopilación de varios test (Test de Lawton y Brody, Índice de Barthel, Test del reloj), además de ejercicios creados por alumnas de la universidad UCINF de la carrera de psicopedagogía. Dicho cuestionario fue aplicado por las mismas alumnas a los adultos mayores, previo a iniciar el taller de “Gimnasia Cerebral” del CESFAM N°1. Para esta investigación se accedió al portafolio del taller que incluía los tests aplicados, con la finalidad de poder posteriormente hacer las comparaciones de las habilidades funcionales y cognitivas, con la información preliminar.

El Test de habilidades funcionales y cognitivas está conformado por preguntas abiertas y cerradas que forman parte de varios tests validados y estandarizado, además de los ejercicios ya mencionados que se agrupan en 11 categorías (ver anexo N° 1).

- Antecedentes relevantes (AR): mide la memoria a corto y largo plazo, la memoria autobiográfica y la orientación temporoespacial.
- Medios de transporte (MT): mide la funcionalidad en relación a la capacidad de la persona en utilizar medios de transporte en forma autónoma o independiente.
- Antecedentes de organización (AO): mide capacidad de recordar las actividades que realiza el sujeto con una coherencia lógica (memoria de trabajo), junto a la capacidad de organizar actividades.
- Higiene (H): mide el grado de autonomía para el aseo personal (baño, ducha).
- Rutina para arreglarse (RA): mide el grado de autonomía para arreglarse, y estar bien presentado/a, lo que incluye vestirse, peinarse, lavarse la cara etc.
- Caminatas diarias (CD): mide el grado de autonomía para poder desplazarse. Apunta a evaluar si el adulto mayor puede caminar solo/a o bien necesita de una persona o instrumento (bastón, andador-burrito o silla de ruedas) para caminar.
- Dibujo (D): mide las praxias, la habilidad motora voluntaria y las habilidades visoconstructivas. El sujeto al realizar el dibujo, debe ser capaz de coordinar visión y motricidad.
- Habilidades Numéricas (HN): mide la capacidad de usar cálculos simples, y razonamiento, logrando concentrarse en una tarea. Para un adecuado desempeño se requiere de una adecuada capacidad de percepción, y ser capaz de reconocer números (gnosias) en una secuencia lógica.
- Reloj (R): mide memoria, praxias (completar un dibujo), capacidad visoconstructiva, percepción, gnosias, y orientación temporoespacial.

En una segunda instancia, se realiza la recolección de datos de esta investigación, transcurridos 3 meses del término del taller “Gimnasia cerebral”, lo que se realizó en el mes de octubre de 2015. Para ello se contactó por vía telefónica (ver anexo N°5) a los 42 adultos mayores que asistieron a dicho taller, realizando una invitación a participar de una investigación y además compartir la experiencia del taller que vivenciaron. Adicionalmente se realizaron afiches para la convocatoria de la actividad a realizar, que

se llamó “Reviviendo el taller de Gimnasia cerebral” (ver anexo N°6) los que se colgaron en el mismo consultorio. De los 42 adultos mayores, asistieron 17, los que conformaron la muestra (N) de la investigación.

En esta instancia, se les dio la bienvenida y se les informó de los objetivos de la investigación (ver anexo N°4) aplicándose el mismo **Test de habilidades funcionales y cognitivas**, que había sido aplicado por las alumnas de psicopedagogía, previo a la realización del taller, con el fin de comparar resultados. Posteriormente, se les aplicó el **Test WHOQOL-BREF** (ver anexo N°3), test que mide calidad de vida, y ha sido validado en Chile (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011). Este cuestionario tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores en el test indican mejor Calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011). Esta escala tiene dos variantes, las que se presentan a continuación:

1.- Muy poco	Poco	Regular	Satisfecho	Muy Satisfecho
2.- Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Totalmente

El ejemplo N°1 corresponde a la escala correspondiente a las dos primeras preguntas del test (ver anexo), en tanto el ejemplo N°2 corresponde a la escala desde la pregunta 3 a la 26.

V. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información obtenida, se analizó a partir del programa de estadística SPSS, utilizándose tres pruebas estadísticas, las cuales se detallan a continuación:

- Prueba de rangos de Wilcoxon, compara dos muestras relacionadas evidenciando si existen diferencias.
- Prueba de Chi cuadrado, mide si existen diferencias entre dos variables y prueba si existe independencia entre las variables.
- Prueba de Correlación de Pearson, establece si existe relación o no entre dos variables, es decir si una variable influye en los cambios de la otra.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos, conteniendo tanto fuentes primarias como secundarias, es decir, la información recopilada a partir de la evaluación preliminar que se realizó en un momento anterior a la investigación y la evaluación posterior que se llevó a cabo para la presente tesis. En cuanto a la muestra, el 18% de los adultos mayores corresponde a hombres, en tanto el 82% de los adultos mayores son mujeres. Se evidencia una clara diferencia en cuanto al sexo, correspondiendo la mayoría al sexo femenino. El rango de edad va desde sesenta a los ochenta y dos años.

Para generar los resultados obtenidos, se han utilizados tres pruebas estadísticas, estas son: Wilcoxon, Chi cuadrado y Correlación de Pearson, a través del programa estadístico SPSS.

De manera de sistematizar la información se han dividido los datos de acuerdo a los objetivos específicos de la Investigación.

En relación a la hipótesis 1 (H1): las habilidades funcionales y cognitivas presentarían una mejora (observable en la evaluación post), reflejándose la efectividad del taller de gimnasia cerebral.

Las dimensiones de antecedentes relevantes, medios de transporte, antecedentes de organización, higiene, rutina de arreglarse, caminatas diarias, dibujo, habilidades numéricas, reloj esfera, reloj manecillas, y reloj números apuntan a medir habilidades cognitivas y funcionales. La prueba Wilcoxon, se utilizó para comparar los resultados del test de habilidades funcionales y cognitivas (contraste pre test y post test).

Tabla N°1: Prueba Wilcoxon “Estadísticos de contraste”

Dimensiones	Z	Significación asintótica (bilateral)
Antecedentes relevantes (pre) - Antecedentes relevantes (post)	-2,449	0,014*
Medios de Transporte (pre) - Medios de Transporte (post)	0	1
Antecedentes de Organización (pre) -Antecedentes de Organización (post)	-1,374	0,17
Higiene (pre) - Higiene (post)	-1,342	0,18
Rutina de Arreglarse (pre) - Rutina de Arreglarse (post)	-1,342	0,18
Caminatas Diarias (pre) - Caminatas Diarias (post)	-0,577	0,564
Dibujo (pre) - Dibujo (post)	-1,055	0,291
Habilidades Numéricas (pre) - Habilidades Numéricas (post)	-0,302	0,763
Reloj Esfera (pre) - Reloj Esfera (post)	-0,58	0,564
Reloj Manecillas (pre) - Reloj Manecillas (post)	-1,723	0,085
Reloj Números(pre) - Reloj Números (post)	-0,687	0,492

- **Antecedentes relevantes:**

Se consideró significativo un valor p menor o igual a 0,05 ($p: 0,014 < 0,05$), por lo que, se rechaza la hipótesis nula de independencia. Por tanto se concluye que las variables estudiadas en dos mediciones pre y post son dependientes, existiendo una relación entre ellas.

- **Medios de transportes:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 1 > 0,05$), los resultados no son significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por tanto se concluye que las variables estudiadas en dos mediciones pre y post son independientes, no existiendo una relación entre ellas.

- **Antecedentes de organización**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,17 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas (antecedentes de organización) en dos mediciones pre y post son dependientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Higiene**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,18 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas (higiene) en dos mediciones pre y post no presentan una relación entre ellas.

- **Rutina de arreglarse:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,18 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas (rutina de arreglarse en medición pre y post) son dependientes, por lo tanto existe una relación entre ellas.

- **Caminatas diarias:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,564 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas (caminatas diarias en medición pre y post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Dibujo:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,291 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas desempeño en dibujo (pre) y dibujo (post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Habilidades numéricas:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,763 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas, desempeño en habilidades numéricas (pre) y habilidades numéricas (post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Reloj esfera:**

Dado que p es superior a es 0,05 ($p: 0,564 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas: desempeño en el dibujo de reloj esfera (pre) y reloj esfera (post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Reloj manecillas:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,085 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas desempeño en dibujo de reloj manecillas (pre y post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

- **Reloj números:**

Dado que p es superior a 0,05 ($p: 0,492 > 0,05$) los resultados no son significativos, por lo que, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que ambas variables estudiadas desempeño en reloj números (pre) y reloj números (post) son independientes, por lo tanto no existe una relación entre ellas.

Sin embargo, se evidencia en los resultados Z , la presencia de signo negativo en todas las variables presentadas, lo que significa que presentan mejor evaluación en los resultados de la evaluación posterior a la realización del taller lo que de alguna manera implica un buen resultado del taller.

En relación a la hipótesis 2 (H2): habría una relación entre estimulación cognitiva y funcional y las relaciones socio-afectivas.

Cabe mencionar que la variable “relaciones socio afectivas” representa un componente vital del concepto de calidad de vida (tal como fue presentado en el marco teórico), compuesto a su vez por la dimensión psicológica (preguntas: p5, p6, p7, p11, p19, p26) y social (preguntas: p20, p21, p22) del test de calidad de vida WHOQOL BREF. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado, tomando cada una de las variables de estimulación cognitiva y funcional (antecedentes relevantes, medios de transporte, antecedentes de organización, higiene, rutina de arreglarse, caminatas diarias, dibujo, habilidades numéricas, reloj esfera, reloj manecillas, y reloj números) con las dimensiones psicológicas y sociales de dicho test.

Tabla N°2: Prueba Chi cuadrado “Antecedentes Relevantes-Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	,864 ^a	2	,649
Razón de verosimilitudes	1,283	2	,527
Asociación lineal por lineal	,789	1	,374
N de casos validos	17		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Como se observa en la Tabla N°2 .Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 (p: 0,649 > 0.05) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula

de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas (antecedentes relevantes y dimensión psicológica) no muestran relación entre ellas.

Tabla N°3: Prueba Chi cuadrado “Antecedentes Relevantes-Dimensión Social

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	,944 ^a	2	,624
Razón de verosimilitudes	1,502	2	,472
Asociación lineal por lineal	,025	1	,873
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Como se observa en la Tabla N°3, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,624 > 0.05$) no se reflejan resultados estadísticamente significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas antecedentes relevantes y dimensión social son independientes; no existiendo una relación entre ellas.

Tabla N°4: Prueba Chi cuadrado “Medios de Transporte-Dimensión Psicológica

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	,314 ^a	2	,855
Razón de verosimilitudes	1,313	2	,855
Asociación lineal por lineal	,223	1	,881
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,71.

Como se observa en la Tabla N°4, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,855 > 0.05$) no se reflejan resultados estadísticamente significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas medios de transporte y dimensión psicológica son independientes, no existiendo una relación entre ellas.

Tabla N°5: Prueba Chi cuadrado “Medios de transporte-Dimensión Social”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	1,518 ^a	2	,468
Razón de verosimilitudes	2,348	2	,309
Asociación lineal por lineal	,041	1	,840
N de casos validos	17		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Como observa en la Tabla N°5. Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($P_{0,468} > 0.05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas: medios de transporte y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°6: Prueba Chi cuadrado “Antecedentes de Organización-Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	,692 ^a	2	,707
Razón de verosimilitudes	,716	2	,699
Asociación lineal por lineal	,150	1	,698
N de casos validos	17		

a. 6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,65.

Como se observa en la Tabla N°6. Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,707 > 0.05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas antecedentes de organización y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°7: Prueba Chi cuadrado “Antecedentes de Organización-Dimensión Social”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	5,646 ^a	2	,059
Razón de verosimilitudes	6,766	2	,034
Asociación lineal por lineal	1,984	1	,159
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,82.

Como se observa en la Tabla N°7, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,059 > 0,05$) no se reflejan resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas: antecedentes de organización y dimensión social son independientes, no existiendo una relación entre ellas.

Tabla N°8: Prueba Chi cuadrado “Higiene-Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	1,195 ^a	2	,550
Razón de verosimilitudes	1,578	2	,454
Asociación lineal por lineal	,007	1	,935
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Como se observa en la Tabla N°8, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,550 > 0.05$) no se reflejan resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas: higiene y dimensión psicológica son independientes, no existiendo una relación entre ellas.

Tabla N°9: Prueba Chi cuadrado “Higiene-Dimensión Social”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	4,958 ^a	2	,084
Razón de verosimilitudes	3,787	2	,151
Asociación lineal por lineal	3,048	1	,081
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Como se observa en la Tabla N°9, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,084 > 0,05$) no se reflejan resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas higiene y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°10: Prueba Chi cuadrado “Rutina de arreglarse -Dimensión Psicológica”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	3,106 ^a	2	,212
Razón de verosimilitudes	4,008	2	,135
Asociación lineal por lineal	2,923	1	,087
N de casos validos	17		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,97

Como se observa en la Tabla N°10, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,212 > 0.05$) no se reflejan resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas: rutina de arreglarse y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°11: Prueba Chi cuadrado “Rutina de arreglarse – Dimensión social”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	5,421 ^a	2	,066
Razón de verosimilitudes	5,074	2	,079
Asociación lineal por lineal	,619	1	,431
N de casos validos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Como se observa en la Tabla N°11. Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,066 > 0.05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas rutina de arreglarse y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N° 12: Prueba Chi cuadrado “Caminatas diarias – Dimensión psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	2,580 ^a	2	,630
Razón de verosimilitudes	3,394	2	,494
Asociación lineal por lineal	,540	1	,463
N de casos validos	17		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Como se observa en la Tabla N°12, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,630 > 0.05$) no muestra resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas: caminatas diarias y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°13: Prueba Chi cuadrado “Caminatas diarias – Dimensión Social”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	7,286 ^a	2	,122
Razón de verosimilitudes	6,187	2	,186
Asociación lineal por lineal	4,893	1	,027
N de casos validos	17		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Como se observa en la Tabla N°13, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,122 > 0.05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y se concluye que las variables estudiadas caminatas diarias y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°14: Prueba Chi cuadrado “Dibujo- Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica
		bilateral	
Chi cuadrado de Pearson	3,925 ^a	2	,416
Razón de verosimilitudes	3,574	2	,467
Asociación lineal por lineal	1,469	1	,226
N de casos validos	17		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,24.

Como se observa en la Tabla N°14. Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,416 > 0,05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas, dibujo y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°15: Prueba Chi cuadrado “Dibujo – Dimensión Social”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	10,303 ^a	2	,036
Razón de verosimilitudes	7,393	2	,116
Asociación lineal por lineal	,002	1	,963
N de casos validos	17		

a.8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12.

Como se observa en la Tabla N°15, dado que la significación asintótica es inferior a 0,05 ($p: 0,036 < 0,05$) los resultados son significativos, por tanto se rechaza la hipótesis nula de independencia y se concluye que ambas variables estudiadas, dibujo y dimensión social, son dependientes, por lo tanto existe una relación entre ellas.

Tabla N° 16: Prueba Chi cuadrado “Habilidades Numéricas – Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	sig. Asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	1,145 ^a	2	,564
Razón de verosimilitudes	1,189	2	,552
Asociación lineal por lineal	,988	1	,320
N de casos validos	17		

a.6 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,88.

Como se observa en la Tabla N°16, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,564 > 0,05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y se concluye que las variables estudiadas habilidades numéricas y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N° 17: Chi cuadrado antecedentes “Habilidades numéricas – dimensión social”

	Valor	gl bilateral	sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	5,293 ^a	2	,071
Razón de verosimilitudes	7,208	2	,027
Asociación lineal por lineal	4,892	1	,027
N de casos validos	17		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,94.

Como se observa en la Tabla N°17, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p 0,071 > 0,05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas habilidades numéricas y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°18: Prueba Chi-cuadrado “Esfera Reloj (post) –Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,346a	2	,510
Razón de verosimilitudes	1,788	2	,409
Asociación lineal por lineal	1,267	1	,260
N de casos válidos	17		

a.5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Como se observa en la Tabla N°18, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,510 > 0.05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas esfera del reloj (post) y dimensión psicológica son independientes, no existiendo una relación entre ellas.

Tabla N°19: Prueba Chi-cuadrado “Esfera Reloj (post) –Dimensión Social”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,353a	2	,187
Razón de verosimilitudes	2,659	2	,265
Asociación lineal por lineal	2,292	1	,130
N de casos válidos	17		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Como se observa en la Tabla N° 19, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,187 > 0,05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas esfera del reloj (post) y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°20: Prueba Chi-cuadrado “Manecillas Reloj (post) –Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,627a	4	,459
Razón de verosimilitudes	4,055	4	,399
Asociación lineal por lineal	1,331	1	,249
N de casos válidos	17		

a.8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24

Como se observa en la Tabla N°20, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,459 > 0.05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas manecillas del reloj(post) y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°21: Prueba Chi-cuadrado “Manecillas Reloj (post) –Dimensión Social”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,944 ^a	4	,918
Razón de verosimilitudes	1,502	4	,826
Asociación lineal por lineal	,023	1	,881
N de casos válidos	17		

a.8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12

Como se observa en la Tabla N°21. Dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,918 > 0,05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas manecillas del reloj(post) y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°22: Prueba Chi-cuadrado “Números Reloj (post) –Dimensión Psicológica”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,490a	6	,483
Razón de verosimilitudes	6,193	6	,402
Asociación lineal por lineal	1,320	1	,251
N de casos válidos	17		

a.-11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,24.

Como se observa en la Tabla N°22, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,483 > 0,05$) no refleja resultados significativos, se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas números del reloj (post) y dimensión psicológica son independientes, no existe una relación entre ellas.

Tabla N°23: Prueba Chi-cuadrado “Números Reloj (post) –Dimensión Social”

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,854a	6	,182
Razón de verosimilitudes	6,193	6	,402
Asociación lineal por lineal	2,388	1	,122
N de casos válidos	17		

a.11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Como se observa en la Tabla N°23, dado que la significación asintótica es superior a 0,05 ($p: 0,182 > 0.05$) no refleja resultados significativos, por lo que se acepta la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se concluye que las variables estudiadas números del reloj(post) y dimensión social son independientes, no existe una relación entre ellas.

Por lo tanto y según los datos anteriormente mostrados se demuestra que no existe una relación entre 9 de 10 variables respecto a la estimulación cognitiva y relaciones socio-afectivas.

En relación a la hipótesis 3 (H3): habrá una relación entre calidad de vida y habilidades cognitivas y funcionales.

La calidad de vida fue medida por el test estandarizado en Chile WHOQOL BREF y se correlacionaron dichos resultados con las variable habilidades cognitivas y funcionales obtenidas en las mediciones pre y post (contempla antecedentes relevantes, medios de transporte, antecedentes de organización, higiene, rutina de arreglarse, caminatas diarias, dibujo, habilidades numéricas, reloj esfera, reloj manecillas, y reloj números). Concretamente se utilizó la prueba de correlación de Pearson para determinar si hay o no

relación entre ambas variables. Para ello se realizó un índice de estimulación cognitiva (el cual se construyó de la diferencia entre la evaluación preliminar y posterior de habilidades funcionales y cognitivas) y una suma total de puntaje del WHOQOL BREF.

Tabla N°24: Correlación Pearson “Sumatoria Total Whoqol Bref – Índice Estimulación Cognitiva”

		Suma total Whoqol Bref	Índice Estimulación Cognitiva
	Correlación de Pearson	1	-,091
Suma total Whoqol bref	Sig. (bilateral)		,728
	N	17	17
	Correlación de Pearson	-,091	1
Índice Estimulación Cog.	Sig. (bilateral)	,728	
	N	17	17

Como se observa en la Tabla N°24, dado que el coeficiente de correlación $c = -0,091$, con un p superior al 0,05 ($p: 0,728$) no hay una correlación significativa entre la sumatoria total de WHOQOL BREF y el índice estimulación cognitiva. Se acepta la hipótesis nula y por lo tanto se concluye que las variables son independientes, no existiendo una relación entre ellas, como se esperaba.

ANÁLISIS CONCLUSIVO

A continuación, se describirá el análisis y discusión de los resultados conseguidos a partir de los instrumentos utilizados en este estudio, relacionándolos con la información señalada en el marco teórico, la cual se agrupará de acuerdo a las hipótesis propuestas:

- Primera hipótesis (H1):

Respecto a la primera hipótesis (H1) del estudio: “Habrá una mejora de las habilidades funcionales y cognitivas (observable en la evaluación post test comparativamente a la evaluación pre test), posterior al taller de “Gimnasia Cerebral”.

De acuerdo a los resultados de la investigación, se estima lo siguiente lo siguiente:

No existe una diferencia al contrastar la evaluación pre y post en relación a las habilidades funcionales y cognitivas de los adultos mayores, por tanto no se puede comprobar un efecto de mejora en estas variables debidas al programa de estimulación cognitiva.

Cabe señalar que la variable habilidades funcionales y cognitivas está compuesta por 11 dimensiones, tales como: antecedentes relevantes, medios de transporte, antecedentes de organización, higiene, rutina de arreglarse, caminatas diarias, dibujo, habilidades numéricas, reloj esfera, reloj manecillas, reloj números, cada una de estas con evaluaciones pre y post. De acuerdo al objetivo planteado de, comparar las habilidades funcionales y cognitivas pre y post en relación al taller de gimnasia cerebral (programa de estimulación cognitivas), en su mayoría no existieron diferencias.

Sin embargo en la dimensión “**Antecedentes relevantes**”, la cual mide memoria a corto y largo plazo, memoria autobiográfica y orientación temporoespacial se encontró que:

Existen diferencias entre la evaluación pre y post de antecedentes relevantes, evidenciándose que hubo una mejora posterior al taller en la variable antecedentes relevantes.

Este antecedente es respaldado por lo que menciona Whitbourn, citado en Montorio & Izal (1999), señalando que la memoria primaria (recuerdos o resolución de problemas), la memoria semántica y la memoria de conocimientos prácticos e históricos, se encuentran bien preservadas en la vejez. Por lo tanto, no solo se preservan sino que se evidencia que pueden incluso mejorar tras una estimulación adecuada.

Por otro lado Rodríguez (2002), alude que las áreas de declive normal en el envejecimiento, tales como: orientación temporoespacial, atención dividida o simultánea, memoria corto plazo o de trabajo cuando la tarea es compleja, deben ser estimuladas o potenciadas. Sin embargo, existen estudios que señalan que la estimulación cognitiva sirve para mantener y/o mejorar funciones cognitivas, a pesar de que no se hallará evidencia en los resultados de esta investigación. Calero y Navarro (2006), concluyen en un estudio que las intervenciones (programas de estimulación cognitiva) dirigidas a estimular y a ejercitar las habilidades cognitivas pueden actuar contrarrestando efectos negativos del envejecimiento.

- Segunda hipótesis (H2):

Otra de las hipótesis (H2) del estudio, es que existiría relación entre el programa de estimulación cognitiva aplicado, y las relaciones socio-afectivas de los adultos mayores. De acuerdo a los resultados de la investigación, se encontró lo siguiente:

En términos generales, no existe relación entre el programa aplicado de estimulación cognitiva y las relaciones socio-afectivas de los adultos mayores, detectadas a partir de los resultados del test WHOQOL-BREF.

Cabe señalar que las variables socio-afectivas están compuestas por la dimensión psicológica y social del test de calidad de vida WHOQOL-BREF. En cuanto la dimensión psicológica, esta contiene aspectos como sentimientos positivos y negativos, el pensamiento, la memoria, la concentración, el aprendizaje y la autoestima; mientras que

la dimensión social se refiere a las relaciones interpersonales, el apoyo social y la actividad sexual.

No obstante, de forma específica, se evidencia en los resultados de la investigación que solo existe relación entre la **dimensión social** y el desempeño en **dibujo** que mide habilidades cognitivas.

Si bien, la investigación en general no detecto nada significativo, el taller “reviviendo el taller de gimnasia cerebral” (Anexo N°7), los adultos mayores expresaron con claridad lo que más cobro importancia fue lo socio-afectivo, señalando gratitud, respeto, importancia, cariño, apoyo y reconocimiento. Expresándola importancia socio-afectiva que el programa de estimulación cognitiva tuyo para quienes participaron.

A pesar de que se buscaba encontrar una relación directa entre la participación del programa de estimulación cognitiva y las relaciones socio-afectivas, esto no se logró comprobar ya que los resultados no demostraron relación entre dichas variables. Sin embargo, a nivel cualitativo, en el taller que se realizó, posterior a la evaluación (Reviviendo el taller de Gimnasia Cerebral), se evidenció que los adultos mayores sí veían potenciadas sus relaciones socioafectivas con la asistencia al taller, pudiendo estrechar vínculos, generando redes de apoyo y generando emociones positivas en el mismo que reforzaban el trabajo mental.

- Tercera hipótesis (H3):

De acuerdo con la tercera hipótesis de estudio (H3): Habrá relación entre calidad de vida y estimulación cognitiva en los adultos mayores, se vio reflejado lo siguiente:

- No existe relación entre la variable calidad de vida y el programa de estimulación cognitiva, (índice de estimulación cognitiva). En relación a este resultado, se puede evidenciar que iría contrario a los hallazgos empíricos, ya que la estimulación cognitiva “apunta a optimizar el funcionamiento de diversas capacidades y funciones cognitivas” (García, 2009), lo que se deduce podría traer una mejora en la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Como resultado de la investigación, es posible concluir que el presente estudio realizado en el Consultorio Ramón Corbalán Melgarejo con un grupo de adultos mayores, no ha pudieron evidenciar diferencias significativas en la calidad de vida como consecuencia de la aplicación del programa de estimulación cognitiva.

En relación a este punto se puede argumentar, por un lado, que se pudo usar un instrumento como el WHOQOL BREF, que mide dimensiones, físicas, psicológicas, relaciones sociales y ambiente, y donde la suma de estas variables conforman el total del puntaje de la calidad de vida, no pudiéndose cotejar estos resultados con otro test que midiera calidad de vida de otra forma o a través de un método cualitativo. Adicionalmente, juega un rol determinante en el estudio para medir significación estadística el tener un número bajo de participantes, ya que se sabe que al usar un N mayor, se tienen más posibilidades de lograr dicha significación estadística.

Asimismo, habría sido recomendable usar muestras aleatorias de sujetos, comparando resultados en diversas muestras de personas de distintos consultorios donde se aplicasen programas de esta naturaleza, lo cual en este caso no pudo ser realizado, ya que se trataba de una muestra intencionada, siendo el factor tiempo un limitante en este ámbito.

La recomendación en este sentido, para futuras investigaciones, es disponer de tiempo mayor, encuestando a un número mayor de sujetos y en lo posible usar muestras aleatorias que puedan comparar programas de estimulación cognitiva en diversos contextos. El tamaño de la muestra, si es adecuado y representativo de la población que se estudia, permitirá tener una mayor garantía de que los resultados son generalizables. Es así como para validar las hipótesis de investigación, el tamaño de la muestra es vital, ya que la significación estadística, necesaria para poder corroborar o no dichas hipótesis, depende en un cierto grado del tamaño muestral. Al tener muestras con un tamaño menor, se corre

el riesgo de que las hipótesis sean rechazadas por no ajustarse a la significación estadística necesaria y sin embargo presentar a nivel observacional, efectos en la variable estudiada

Del mismo modo, se podría utilizar un instrumento estandarizado (en este caso se usa un instrumento que une preguntas de varios tests y suma preguntas propias) para medir habilidades cognitivas y funcionales y una muestra homogénea en términos de género ya que el sexo masculino se vio subrepresentado. En este sentido se ha planteado que es deseable para los investigadores tener un número igual (comparable) de hombres y mujeres para no tener muestras sesgadas. “Una vez que se obtenga la cuota para un género, los investigadores se acercarán solo a miembros del otro género, hasta que tengan los individuos suficientes” (Clark-Carter, 2002, pág. 162).

Finalmente, al hacer un análisis de los datos obtenidos, no se sabe si hay variables intervinientes entre la primera evaluación y la ex post facto, por el hecho de haber transcurrido tres meses desde el final del programa (en el caso de la evaluación ex post) las que se definen según Hernández, Fernández y Baptista, como “aquellos aspectos, fenómenos, eventos, hechos o situaciones que se presentan en el medio ambiente o social donde se realiza una investigación y que tienen influencia, o presencia (es decir intervienen) de manera positiva o negativa entre las variables dependiente e independiente”. En relación a este punto cabe destacar que es difícil eliminar todas las variables intervinientes puesto que muchas se desconocen, sin embargo habiéndolas identificado se puede determinar el nivel de influencia a nivel estadístico, ya que podrían alterar los resultados esperados.

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- Aguilera, T. (2015). En *Portafolio "Taller gimnasia cerebral"*. Disponible en CESFAM N°1.
- Badía, X. y García, F. (2000). *La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de Resultados en Salud*. B, X. La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica. Barcelona, Edimac, p. 61-77.
- Baltes, (1990). En Villar, F. (2003). Desarrollo adulto y envejecimiento desde un punto de vista sociocontextual. F.V. Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación. (pp 110). Barcelona
- Bartel, D. y Mahoney, F. (1965). En *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. Recuperado el FECHA. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf
- Bedmar, M. García, J y Montero, I. (2011). *Ciudadanía activa y personas mayores: Contribuciones desde un modelo de educación expresiva*. Revista Iberoamericana de Educación, 55(5), 1-13.
- Bowling, A y Gabriel, Z. (2004). *Quality of life from the perspective of older people*. *Ageing & Society*. (24)5, 675.691.
- Blasco.S, Meléndez.J. (2006). *Cambios en la memoria asociados al envejecimiento*. Recuperado el 10 de septiembre del 2015. De <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/memoriayvejez.pdf>

- Cabañero, M. Richart, M. Cabrero, J. Orts, M. Reig, A. y Tosal, B. (2004). *Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas*". *Psicothema*. Vol. 16, nº 3, pp. 448-455.
- Castroviejo, P. (1996). *Plasticidad cerebral*. *Rev. Neural*, 24 (135): 1361-1362
- Casen. (2013). *Una medición de la pobreza moderna en Chile*. Recuperado el 04 de septiembre del 2015. De http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf
- Celade. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Recuperado el (04 de septiembre del 2015). De http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03_cepalaaranibar.pdf
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. Del diseño experimental al reporte de investigación, México, Oxford University Press
- Del barrio Truchado, E. (2007): *Uso del tiempo entre las personas mayores*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias, nº 27. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., y Smith, H. (1999), "Subjective well-being: Three decades of progress", *Psychological Bulletin*. Vol. 125, nº 2, pp. 276-302.

- Fernández- Ballesteros, R (1992b): Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida. Documento no publicado. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández, R y Marcia, A. (1993): “Calidad de vida en la vejez”, en *Intervención Psicosocial*, vol. 2(5); 7-94.
- Fernández, R. (1999) *Que es la psicología de la vejez*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002). *Vivir con Vitalidad*. (5 Volúmenes). Madrid, Pirámide. ISBN: 84-368-1725-7.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004): *Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico?*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 18-22
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Psicología de la Vejez*. Recuperado el 04 de Octubre del 2015.De http://www.iatros.es/wp-content/uploads/2014/07/MONO_11.pdf#page=29
- García.(2003) *Estimulación Cognitiva Compilada*. John Elber Tafur C - NEUROHEALTH Neurociencias Aplicadas (NEURONA) Compilación Completa de Estimulación Cognitiva.
- Garcia,M. Noriega,M. Torres,M (2005). Proceso de Envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales. M. G, *Influencia de los cambios propios del envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del anciano* (pp21).

Recuperado 20 de Enero del 2016. Disponible en <http://www.seegg.es/Documentos/libros/temas/Cap2.pdf>

- George, I. K. & Clipp, E. C. (1991). Subjective components of aging well. *Generations*, 15, 57-60.
- Gómez-Vela, Maria y Sabeh, Eliana. (2001). *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica*. Recuperado 15 de Octubre de 2015. Disponible en <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Goldberg, E. (2001). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.
- Guzmán, J y Huenchuan, S (2003) *Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual*. CELADE. División de Población de la CEPAL
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010).
- Izal, M. Montorio, I. (1999). *Gerontología Conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid : Síntesis.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2007).
- Lawton, M. y Brody E. (1969). En *Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*. Recuperado el FECHA. Disponible en http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_lawton_brody.pdf

- Lirio, J. y Alonso, D. (2006). *Aumentar la calidad de vida de las personas mayores: un reto para las Universidades de Mayores*. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 6 (4), 30-37.
- Madrigal, P. (2008) *Habilidades directivas*. Editorial Thomson. Barcelona. España.
- Martínez, Rodríguez (2002). *Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales: Asturias.
- Madrigal, A. (2008). *Atención a la población Española Residente en el extranjero mayor de 65 años*. Recuperado el 04 de Octubre de 2015. De <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/madrigal-atencion-01.pdf>
- Mella, R. González, L. D'Appolonio, J. Maldonado, I. Fuenzalida, A y Díaz, A. (2004), *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*, Psykhe. Vol.13, nº 1, pp. 79-89.
- Moreno, B y Ximénez, C (1996). *Evaluación de la calidad de la vida*. En: G Buela-Casal, V.E. Caballo & J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud. (2014).

- PATRICK, D. L. y ERICKSON, P.(1993): *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation* Oxford, Oxford University Press
- Rivadeneira, L. Villa, M. (2003). *Proceso de Envejecimiento de la Población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. Recuperado el 29 de Febrero del 2016. De <file:///C:/Users/Equipo%20A/Downloads/Dialnet-ElProcesoDeEnvejecimientoDeLaPoblacionDeAmericaLat-1181318.pdf>
- Rowe y Khan. (1997). En Fernández, R.(2002). *Cuide su mente (vivir con vitalidad III)*. Madrid: Pirámide
- Sarabia. C (2009). *Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento*.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2015)
- Servicio Nacional de adulto Mayor.(2012)
- Thalman, B. (1996). En *Test del dibujo del reloj*. Recuperado el 20 de septiembre de 2015. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/test-reloj.pdf>
- Veenhoven, R. (1984), *Conditions of Happiness* . The Netherlands: Kluwer Academic, Dordrecht

- WHOQOL Group. (1995). En *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, n° 10, pp. 1403-1409.

ANEXOS

ANEXO N°1: "TEST DE HABILIDADES SOCIALES Y COGNITIVAS"

"TEST DE HABILIDADES SOCIALES Y COGNITIVAS"

Fecha: _____
 AÑO DIA DE LA SEMANA DIA MES

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

RUT: _____

EDAD:		NUMERO DE TELEFONO:	
-------	--	---------------------	--

DIRECCION:

II. ANTECEDENTES RELEVANTES

1.- ¿QUIEN VIVE CON USTED?

2.- ¿VIENE CON ALGUIEN HASTA AQUÍ? ESCRIBALOS POR FAVOR Y AGREGUE PARENTESCO O RELACION.

3.- ¿COMO SE VIENE HASTA AQUÍ? DETALLE SU MEDIO DE TRANSPORTE (TIEMPO INVETIDO, COSTO, ETC)

4.- ¿CUAL ES EL NOMBRE COMPLETO DE SU MADRE? ¿DONDE NACIO ELLA?

5.-EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA ¿CON QUIEN DEBEMOS COMUNICARNOS? INDIQUE PORFAVOR: NOMBRE, PARENTESCO O RELACION, NUMEROS DE TELEFONOS

--

I. ANTECEDENTES DE ORGANIZACIÓN

ESCRIBA PORFAVOR , DESDE QUE DESPERTO ESTA MAÑANA, HASTA QUE LLEGO HASTA AQUI HOY	ESCRIBA, PORFAVOR UN DIA COMPLETO NORMAL

**II. ANTECEDENTES DE ACTIVIDADES DE DISPERCION, HOBBIES
Y ACTIVIDADES DIARIAS.**

LEA LAS SIGUIENTES ORACION Y RESPONDA SI O NOY CUENTENOS CON
DETALLE, PORFAVOR.

1.- ¿TIENE ALGUN HOBBIE? SI - NO

¿CUAL O CUALES?

2.- ¿TIENE ALGUNA COMIDA FAVORITA? SI- NO

¿CUALES? ¿POR QUE? NOMBRE POR FAVOR TODOS LOS INGREDIENTES QUE SU COMIDA FAVORITA TIENE.

3.- ¿USA LA DUCHA PARA SU HIGIENE PERSONAL? SI – NO

¿COMO REALIZA ESTA ACTIVIDAD? ¿ALGUIEN LE AYUDA? ¿POR QUE?

4.- ¿TIENES PRENDAS DE VESTIR QUE USTED PREFIERA? SI – NO

¿CUALES Y PORQUE?

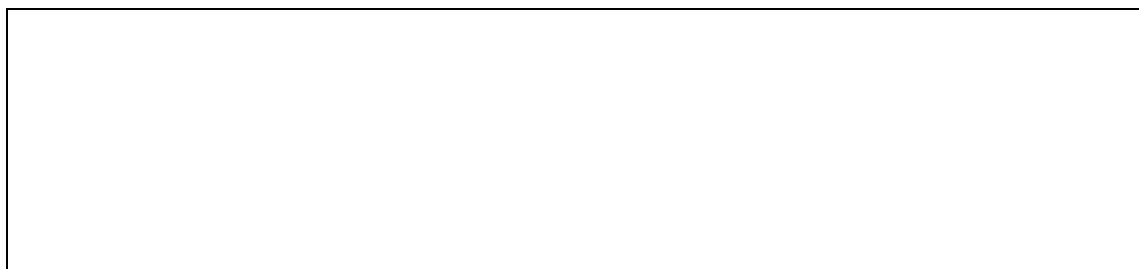
5.- ¿TIENE ALGUNA RUTINA PARA ARREGALSE ANTES DE SALIR? SI- NO
¿CUALES?

¿COMO LO HACE?



6.-- ¿TIENE CAMINATAS DIARIAS? SI – NO

DETALLE POR FAVOR QUE SATISFACCION ESTA ACTIVIDAD LE ENTREGA,
EN EL CASO CONTRARIO REGISTRE TAMBIEN PORQUE.



III. ANTECEDENTES COGNITIVOS

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES Y EJECUTE EN LA HOJA QUE SE
ENCUENTRA EN BLANCO

1.-TERMINE DE DIBUJAR EL SIGUIENTE DIBUJO:



2.-INVENTE UNA LINDA HISTORIA HACERCA DEL DIBUJO QUE ACABA DE TERMINAR

IV. HABILIDADES NUMERICAS

1.-MARQUE CON UNA X TODOS LOS NUMEROS QUE CORRESPONDEN, A 50 Y QUITE TRES HASTA LLEGAR AL FINAL.

	1		37	13		26	47
16	43						
		27	41		5	34	22
3		7					
	24	49	8	31	19		39
28	12						
	45	4	44	46	38	25	
42	35	15					
	30	50	18	11	48	2	23
10	20	32					
		14	17	9	40	29	29
33	6	36					

4.- DIBUJE UN RELOJ CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

- DIBUJE PRIMERO LA ESFERA REDONDA Y GRANDE
- COLOQUE DENTRO DE ELLA LOS NUMEROS CORRESPONDIENTES A LAS HORAS DEL RELOJ CADA UNO EN SU SITIO
- DIBUJE LAS MANESILLAS DEL RELOJ MARCANDO LAS HORAS DE LLEGAR A LA CITA DE HOY MAS 10 MINUTOS.

ANEXO N°2: CRITERIOS DE PUNTUACIÓN

I. ANTECEDENTES RELEVANTES

1. Preguntas:

¿Quiénes viven con usted?

¿Viene con alguien hasta aquí?

¿Cuál es el nombre completo de su madre?

En caso de alguna emergencia con quien debemos comunicarnos ¿con quién debemos comunicarnos? Nombre, parentesco o relación indique número telefónico.

Puntuación completa: información completa 10 puntos

Puntuación incompleta: información omitida 5 puntos

Puntuación demasiado incompleta: información incompleta 0 puntos

2. MEDIOS DE TRANSPORTE

Pregunta

¿Cómo viene hasta aquí? Detalle su medio de transporte (tiempo invertido, costo, etc)

Puntuación: usa medios de transporte (transantiago, metro, taxi, vehículo particular) 1 punto

Puntuación: no utiliza medio de transporte 0 puntos

3. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN

Preguntas

Escriba por favor, desde que despertó esta mañana hasta que llego hasta aquí hoy

Escriba por favor un día completo normal

Puntuación completa: información completa (describe horarios y cada actividad que realiza durante el día) 10 puntos

Puntuación incompleta: información omitida (describe información de forma básica) 5 puntos

Puntuación demasiado incompleta: información incompleta (no contesta) 0 puntos

4. HIGIENE

Preguntas

¿Usa la ducha para su higiene personal? ¿Alguien le ayuda?

Puntuación completa: se ducha solo 5 puntos

Puntuación incompleta: se ducha con ayuda 0 puntos

5. RUTINA ARREGLARSE

Preguntas

¿Tiene alguna rutina para arreglarse antes de salir? ¿Cuáles? ¿Cómo lo hace?

Puntuación completa: describe su rutina y lo realiza solo 5 puntos

Puntuación incompleta: describe la rutina pero necesita ayuda 0 puntos

6. CAMINATAS DIARIAS

Preguntas

¿Tiene caminatas diarias? Detalle por favor que satisfacción esta actividad le entre. En caso contrario registre también porque.

Puntuación: independiente 15 puntos

Puntuación: necesita ayuda 10 puntos

Puntuación: utiliza silla de ruedas 5 puntos

Puntuación: dependiente 0 puntos

7. HABILDADES COGNITIVAS

Preguntas

Completar dibujo (de un adulto mayor)

Puntuación: completa dibujo 5 puntos

Puntuación: Incompleta 2 puntos

Puntuación: no completa 0 puntos

8. HABILDADES NUMERICAS

Preguntas

Marquen con una x los números que correspondan a 50 y quite tres hasta llegar al final

1		37	13		26	47		16	43
		27	41		5	34	22	3	7
24	49	8	31	19		39	28	12	
45	4	44	46	38	25		42	35	15
30	50	18	11	48	2	23	10	20	32
	14	17	9	40	29	29	33	6	36

Puntuación: completa correctamente 5 puntos

Puntuación: incompleto 2 puntos

Puntuación: no completa 0 puntos

ANEXO N°3: TEST DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

‘TEST DE CALIDAD DE VIDA DE WHOQOL-BREF’

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida. Por favor conteste todas las preguntas. Para responderlas piense en su vida durante las dos últimas semanas.

1.	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Muy mal	Mal	regular	Bien	Muy bien
2.	¿Cuán satisfecho esta con su salud?	Muy poco	Poco	regular	Satisfecho	Muy Satisfecho
3.	Un dolor (físico) le impide hacer lo que necesita	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

4.	¿Necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
5.	¿Disfruta de la vida?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

6.	¿Siente que su vida tiene sentido?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
7.	¿Tiene capacidad de concentración?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

8.	¿Se siente segura / o?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
9.	¿El ambiente físico de su alrededor es saludable?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
11.	¿Acepta su apariencia física?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

12.	¿Tiene dinero para cubrir sus necesidades?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
13.	¿Cuán disponible esta para Ud. la información necesaria para su vida diaria?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

14.	¿Tiene oportunidad para realizar actividades de recreación?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

16.	¿Está satisfecho con su sueño?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
17.	¿Está satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

18.	¿Está satisfecho con su capacidad de trabajo?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
19.	¿Está satisfecho con Ud. Mismo?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

20.	¿Está satisfecho con sus relaciones interpersonales?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
21.	¿Está satisfecho con su vida sexual?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

22.	¿Está satisfecho con el apoyo de sus amigos?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
23.	¿Está satisfecho con las condiciones de vida?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

24.	¿Está satisfecho con sus posibilidades de acceso a atención en salud?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
25.	¿Está satisfecho con sus medios de transporte?	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	

26.	¿Cuán frecuentemente experimenta Ud. Sentimientos Negativos como rabia	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	
------------	---	-------------	-------------	--------------------	-----------------	--

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado **“Influencia de la estimulación cognitiva en adultos mayores” (Gimnasia cerebral)**, dirigido por la Prof. Diana León, académica del Departamento de Psicología de la Universidad Ucinf, Santiago.

El objetivo de este estudio es medir y relacionar los talleres de gimnasia cerebral o estimulación cognitiva con la calidad de vida, de los adultos mayores que participaron en dichos talleres en el consultorio.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda, dos cuestionarios test, específicamente sobre calidad de vida y ejercicios cognitivos, los cuestionarios en sí le tomará aproximadamente 15 minutos.

La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante, la identidad de los participantes, estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informe y tesis.

Cabe destacar que no existe ningún riesgo al participar de este estudio. De participar, los beneficios directos que recibirá usted son la posibilidad de ayudar a desarrollar programas de intervención más eficaces.

La informaciones recolectadas no serán usadas para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....
, Rut....., acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación **“Influencia de la estimulación cognitiva en adultos mayores” (Gimnasia cerebral)**, dirigida por la Prof. Diana León, académica del Depto. de Psicología de la Universidad Ucinf.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto Participar en el taller “Reviviendo el taller de Gimnasia cerebral” y responder los cuestionarios, a realizarse en el Auditorio del Consultorio 1 Doctor Ramón Corbalán Melgarejo, Santiago centro.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de hacerlo en cualquier momento sin dar explicaciones.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Ucinf y será utilizada sólo para este estudio.

Nombre participante

Nombre investigador

Firma

Firma

Fecha.....

Fecha.....

ANEXO N°5: PROTOCOLO TELÉFONICO

Hola, Buenos Días/Tardes. Mi Nombre es _____ llamamos del CESFAM N°1 (consultorio N°1, Dr. Ramón Corbalán Melgarejo) nos podría comunicar con _____.

Hola Señor (a) _____ sabemos que usted asistió al taller de Gimnasia cerebral.... ¿Lo recuerda? el cual fue un proceso significativo, es por esto que queremos invitarlo (a) a revivir el taller de Gimnasia Cerebral, esto se realizara el día 05 de Noviembre a las 15.00 hrs en el CESFAM N°1, en el auditorio. El cual también habrá una instancia para compartir un pequeño cóctel.

¿A usted le gustaría confirmar su asistencia ahora?

En caso de si:

Muy agradecidos por su confirmación, entonces le confirmaremos un día antes del taller para recordarle, que tenga un muy buena tarde.

En caso de no:

Le gustaría comentarnos ¿cuál sería el motivos por el cuales no podría asistir?

Bueno, le agradecemos de todas maneras, que tenga un buen día. En el CESFAM se encuentra la información del taller, publicada en afiches

OBSERVACIONES:

ANEXO N°6: AFICHE “TALLER GIMNACIA CEREBRAL”



The image is a flyer for a workshop. At the top, there are two logos: on the left, the official logo of Universidad UCINF (Universidad Católica del Norte) with the text 'UNIVERSIDAD UCINF' below it; on the right, a 3D illustration of a human brain with a dumbbell around its middle, symbolizing mental exercise. The background of the flyer is a scenic landscape with a lake, trees, and mountains under a blue sky. The title 'Recordando taller de Gimnasia Cerebral' is written in large, bold, yellow-orange letters in the center. Below the title, the text 'Juntémonos a recordar el taller y revivir lo mejor de cada uno. 15 de Nov-Horario: 15:00 a 17:00 PM.' is written in black. At the bottom, the location 'Lugar: Auditorio CESFAM.' is specified, followed by the invitation 'Invitan, alumnos en proceso de Licenciatura en Psicología.'

**Recordando
taller de
Gimnasia
Cerebral**

Juntémonos a recordar el taller y revivir lo mejor de cada uno. 15 de Nov-Horario: 15:00 a 17:00 PM.

Lugar: Auditorio CESFAM.

Invitan, alumnos en proceso de Licenciatura en Psicología.

ANEXO N°7: “RECORDANDO EL TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL”

‘RECORDANDO EL “TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL”

ADULTOS MAYORES –CESFAM N°1

Autores: Guido Galindo, Beverly Navarrete, Anssy Pinto

Docente: Diana León

Colaboradores: Claudia Cossio – Nathalie Gatica

Lugar: CESFAM N°1 – Auditorio

Actividad N° 1:

Objetivo: Conocer a los Adultos Mayores asistentes, entregarles información de la investigación que se está llevando a cabo con el fin de aplicar los cuestionarios.

Hora	Actividad	Materiales	Realizado por
15.00 hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida: Se les brindara la bienvenida, dando gracias por su asistencia y se procederá a entregarle un distintivo a cada uno, con su nombre respectivos. Se pedirá a los asistentes que lo 	<ul style="list-style-type: none"> • Plumones • Alfiler de gancho • Distintivos 	Claudia Cossio Nathalie Gatica Guido Galindo Beverly Navarrete

	<p>ubiquen en un lugar visible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación: Se presentará al equipo que está realizando el Taller. Además de presentar el proyecto de investigación a grandes rasgos, con el fin de mejorar las intervenciones en relación a los Adultos Mayores (AM). Enfatizando en el agradecimiento por su asistencia y colaboración. • Consentimiento Informado: A cada uno de los asistentes se les hará entrega del consentimiento informado y luego se procederá a su lectura en voz alta. Posteriormente se pide a los interesados que la firmen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices • Consentimiento informado • Lápices • Evaluación inicial: Test de índice de Barthel Test de escala de actividades instrumentales de 	<p>Anssy Pinto</p> <p>Anssy Pinto</p> <p>Guido Galindo</p> <p>Beverly Navarrete</p> <p>Claudia Cossio</p> <p>Nathalie Gatica</p>
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de Evaluación Inicial y Test Whoqol Breff: Posterior al consentimiento informado, se les pedirá contestar con tranquilidad algunas preguntas que viene a continuación. Cualquier duda o pregunta levantan la mano y algunos de los encargados se acercara. Les pedimos que cada una de sus respuestas sean en base de su realidad.	Lawton Y Brody, Test del reloj	<ul style="list-style-type: none">• Whoqol Breff, test de Calidad de Vida.
--	--	--------------------------------	--

Actividad N°2 :

Objetivo: Construir un recuerdo generalizado del taller de “Gimnasia Cerebral “

Hora	Actividad	Materiales	Realizado por:
15.45	<ul style="list-style-type: none"> • Motivacion : Se les mostrara un power point, con diferentes actividades respecto a los cuadernillos que ellos mismos realizaron en el taller. Con el fin de situarlos y recuerden como fue este taller. • Compartir: (sillas en Circulo) Luego de ver las imágenes tomar un minuto de silencio y preguntar ¿Qué sienten al ver estas imágenes? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyector ➤ Power point listo ➤ Sillas 	<p>Guido Galindo</p> <p>Beverly Navarrete</p>

**¿Qué significado
el taller para
ustedes?**

**¿Podrían
describir
algún
momento
dentro de
taller que los
marco?**

Actividad N°3

Objetivo: Crear un mapa grupal de las emociones vividas en relación al significado del taller de Gimnasia Cerebral

Hora	Actividad	Materiales	Realizado por:
16.20	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación: Recopilación de testimonios en base a las preguntas anteriores. • Mapa de las emociones Grupal <p>Consigna: Quisiera que piensen en unos minutos, en una palabra que para ustedes represente lo que “SIGNIFICO EL TALLER “ Luego de unos minutos ...</p> <p>Los quiero invitar a que esa palabra no quede solo en su mente sino que la plasmen aquí en este corazón (cartulina) . Posterior a que identifiquen y escriban la palabra en el corazón. Explicar la figura humana:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pepelografo con figura humana . ➤ Corazon de cartulina ➤ Pegamento ➤ Lápices 	Anssy Pinto

“ Conjunto de las partes que forman un ser vivo”

Los queremos invitar a que realicemos juntos este cuerpo que cada uno de ustedes son parte fundamental para que haya funcionado. Cada uno deberá pegar su corazón y explicar por qué eligió esa palabra.

Cierre: Se concluyen las ideas y se les hace entrega de un pequeño presente.

**Invitación al Coffe
Para compartir.**

➤ Presente,
bolsa con
dulces

