



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN**

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
BASADO EN EL PROTOCOLO LURIA-UCV SOBRE LOS PROCESOS
MNÉSICOS Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON
ENVEJECIMIENTO NORMAL**

Tutora:
Carolina Mora

Autores:
Pinto, Verónica
Vizcaya, José

Caracas, Julio 2017



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN**

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
BASADO EN EL PROTOCOLO LURIA-UCV SOBRE LOS PROCESOS
MNÉSICOS Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON
ENVEJECIMIENTO NORMAL**

(Trabajo Especial de Grado presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Psicología)

Tutora:
Carolina Mora

Autores:
Pinto, Verónica¹
Vizcaya, José²

Caracas, Julio 2017

¹Pinto Verónica, Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: veronicapinto11@gmail.com

²José Vizcaya, Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: jos.vizc@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la vida por permitirnos tener la dicha de estudiar en tan prestigiosa casa de estudios y asimismo poder culminar nuestra preparación.

A nuestros padres por el apoyo incondicional a lo largo de toda nuestra carrera, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que nos han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante ante las adversidades y por su amor.

A la Universidad Central de Venezuela; por su contagio de nobleza, humildad y espíritu para mejorar la sociedad venezolana.

A la Escuela de Psicología, un lugar que por muchos años representó una casa para nosotros, donde sus pasillos, aulas y biblioteca nos brindaron un ambiente acogedor para el estudio, debates y la formación de nuevas amistades.

A los docentes que formaron parte de nuestra educación, por su profesionalismo, paciencia y compromiso.

Al Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación, por formarnos no sólo desde lo académico sino desde lo humano, por brindarnos una visión holística de la realidad.

A la señora Alicia Ramos, que amablemente aceptó ser nuestra participante piloto, abriéndonos las puertas de su casa y regalándonos su tiempo, mostrando disposición y compromiso hacia la presente investigación.

Al centro de Juventud Prolongada de Chacao; a su coordinador por ofrecernos su espacio, tiempo y disposición, y en especial un profundo agradecimiento a Rhaiza, Sara, Georgina, María y Raúl, por ser unos participantes comprometidos con el proyecto, ya que sin su colaboración habría sido imposible llevar a cabo la presente investigación.

A nuestra tutora, Profesora. Carolina Mora por su disposición al aceptar acompañarnos y ser nuestra guía en la elaboración y culminación de este trabajo.

A los diferentes expertos de la escuela que nos aportaron con conversaciones de pasillo y reuniones; especialmente a la profesora: María Jesús Roca.

A la Librería de Psique y su trabajador por aportarnos materiales importantes.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Lista de Tablas	vi
Lista de Gráficos	vii
Resumen.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
Objetivos	12
General	12
Específicos	12
III. MARCO TEÓRICO	13
3.1.Envejecimiento	13
3.1.1. Aproximación Teórica al Envejecimiento	13
3.1.2. Teorías del Envejecimiento	17
3.1.3. Envejecimiento Normal	20
3.2.Calidad de Vida.....	22
3.2.1. Aproximación Teórica a la Calidad de Vida	22
3.2.2. Medición de la Calidad de Vida	25
3.2.3. Calidad de vida y Envejecimiento Normal.....	27
3.3.Memoria.....	29
3.3.1. Definición de la Memoria.....	29
3.3.2. Historia y Evolución del Concepto de Memoria	30
3.3.3. Modelos Teóricos	32
3.3.4. Tipos de Memoria.....	34
3.3.5. Neuroanatomía de la Memoria	36
3.3.6. Procesos Mnésicos en el Envejecimiento Normal.....	37
3.4.Neuropsicología	38
3.4.1. Historia de la Neuropsicología	38
3.4.2. Evaluación Neuropsicológica	41
3.4.3. Rehabilitación Neuropsicológica.....	43
3.4.4. Rehabilitación de la Memoria.....	46
3.4.5. Evaluación y Rehabilitación LURIA-UCV	46
3.5.Asesoramiento Psicológico, Calidad de vida y Procesos Mnésicos.....	49
IV. MARCO METODOLÓGICO	52
4.1.Sistema de Variables.....	52
4.2.Tipo de investigación	55
4.3.Diseño de investigación.....	55
4.4.Muestra	56
4.5.Instrumentos y materiales.....	56
4.6.Ambiente.....	58
4.7.Consideraciones éticas	59
4.8.Procedimiento.....	60
V. RESULTADOS	63
Resultados por participante para procesos mnésicos	64

Puntajes por participante para calidad de vida	74
VI. DISCUSIONES	82
VII. CONCLUSIONES.....	96
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	98
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	109
Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado.....	110
Anexo 2. Explicación de Motivo dirigida a Juventud Prolongada	112
Anexo 3. Protocolo de Evaluación de Procesos Mnésicos Luria-UCV	114
Anexo 4. Cuestionario Whoqol-Bref	121
Anexo 5. Ficha de Identificación.....	124

LISTA DE TABLAS

TABLA		Pág.
1	Características de la muestra	56
2	Puntajes obtenidos por la participante 1 antes y después de la intervención	64
3	Puntajes obtenidos por la participante 2 antes y después de la intervención	66
4	Puntajes obtenidos por la participante 3 antes y después de la intervención	68
5	Puntajes obtenidos por la participante 4 antes y después de la intervención	70
6	Puntajes obtenidos por la participante 5 antes y después de la intervención	72
7	Resultados de la participante 1 por dimensión de calidad de vida	75
8	Resultados de la participante 2 por dimensión de calidad de vida	76
9	Resultados de la participante 3 por dimensión de calidad de vida	78
10	Resultados de la participante 4 por dimensión de calidad de vida	79
11	Resultados del participante 5 por dimensión de calidad de vida	80

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
1	Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos	65
2	Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos	65
3	Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos	66
4	Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos	67
5	Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos	67
6	Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos	68
7	Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos	69
8	Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos	69
9	Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos	70
10	Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 4 en las evaluaciones de procesos mnésicos	71
11	Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 4 en las evaluaciones de procesos mnésicos	71
12	Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 4 en las evaluaciones de procesos mnésicos	72
13	Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos	73
14	Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos	73
15	Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos	74
16	Puntajes totales obtenidos por la participante 1 en calidad de vida y salud física general.....	75
17	Puntajes totales obtenidos por la participante 2 en calidad de vida y salud física general.....	76

18	Puntajes totales obtenidos por la participante 3 en calidad de vida y salud física general.....	77
19	Puntajes totales obtenidos por la participante 4 en calidad de vida y salud física general.....	79
20	Puntajes totales obtenidos por él participante 5 en calidad de vida y salud física general.....	80

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
BASADO EN EL PROTOCOLO LURIA-UCV SOBRE LOS PROCESOS
MNÉSICOS Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON
ENVEJECIMIENTO NORMAL**

Verónica Pinto
veronicapinto11@gmail.com
José Vizcaya
jos_vizc@hotmail.com

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Tutora: Carolina Mora³
psicologacarolinamora@gmail.com

RESUMEN

La investigación presentada consistió en la aplicación del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Luria-UCV, para conocer sus efectos sobre los procesos mnésicos y la calidad de vida percibida en personas con envejecimiento normal. Se fundamentó en la metodología cuantitativa, con un diseño de caso único de criterio cambiante. La muestra estuvo conformada por cinco sujetos (cuatro mujeres y un hombre) con edades comprendidas entre los 65 y 80 años de edad; los mismos fueron seleccionados de manera voluntaria, intencional y no probabilística. La aplicación se dio de manera individual durante tres semanas, con un mes de diferencia entre la evaluación inicial y la final. Se presentaron los resultados por separado para procesos mnésicos y calidad de vida mediante puntajes brutos, Z, y percentiles. Las conclusiones indican que el programa resultó efectivo para incrementar los niveles de procesos mnésicos, además de presentar fluctuaciones en las diferentes dimensiones de la calidad de vida.

Palabras clave: Neuropsicología, procesos mnésicos, memoria, calidad de vida, rehabilitación neuropsicológica, evaluación.

³ Profesora del Departamento Metodológico y Sustantivo de la Cátedra de Psicología General y Psicología Experimental de la Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela

**EFFECTS OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION
PROGRAM BASED ON THE LURIA-UCV PROTOCOL ON THE
MÉNETIC PROCESSES AND THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE
WITH NORMAL AGING**

ABSTRACT

The present investigation consisted in the application of the neuropsychological rehabilitation program Luria-UCV, to know the effects on the mnesic processes and the quality of life perceived in people with normal aging. The study is based on the quantitative methodology, with a unique case design of changing criteria of pre and posttest. The sample consisted of five subjects (four women and one man) within the ages of 65 to 80 years, on a voluntary, intentional and non-probabilistic basis. The application was given individually for three weeks, with one month difference between the initial and the final evaluation. The results were presented separately for mnesic processes and quality of life using crude scores, Z, and percentiles. The conclusions indicate that the program was effective increasing the levels of mnesic processes in the sample, not influencing the totality of participants on their quality of life.

Key words: Neuropsychology, mnesic processes, memory, quality of life, neuropsychological rehabilitation, evaluation

I. INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la psicología, en el año 1879 en Leipzig, ha habido revoluciones paradigmáticas que han intentado hacer frente a la insistencia por abordar al hombre desde una postura ontológica rígida, desplazando otros elementos de importancia. En un intento por resolver esta controversia, con el pasar de los años, los paradigmas se han vuelto más integradores, dando como resultado un estudio desde diferentes ángulos y perspectivas para abordar la complejidad, totalidad y variedad de problemáticas, tanto externas como internas, del ser humano, otorgándole mayor relevancia al carácter de interdisciplinariedad en la psicología.

Según Ribes (1990), ésta interdisciplinariedad se puede definir como la integración de diferentes doctrinas que forman un nuevo campo de acción y de conocimiento. Esto implica la formulación de un nuevo objeto teórico y práctico, así como la reintegración y reordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas.

Un ejemplo de ello es la neuropsicología, la cual obtiene información de otras ciencias, como la anatomía, biología, farmacología, fisiología, psicología, y se define, según Whishaw (2011), como el estudio de la relación existente entre las funciones cerebrales y la conducta de los seres humanos, y se ocupa del diagnóstico y tratamiento de aquellos problemas cognitivos, conductuales y emocionales que pueden ser el resultado de diferentes procesos que afectan el normal funcionamiento cerebral.

Sumado a esto, se puede detallar que históricamente en la psicología se ha establecido una redirección sobre su abordaje; según Tarff (1975), tradicionalmente el objeto de estudio de la psicología clínica había sido la conducta anormal, habiendo utilizado otros términos como desajuste, trastorno o desadaptación, como sustitutos del concepto de anormalidad. Esa concepción del ser humano ha ido flexibilizándose, de manera que desde hace algunas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974) define la salud como: un estado de bienestar físico, mental y social; yendo más allá de la conceptualización de la misma como mera ausencia de la enfermedad y llegando a considerar dentro de su definición incluso a la espiritualidad.

Es por ello que se considera necesaria la implementación de enfoques y metodologías que se dirijan a la parte sana del individuo, previniendo que llegue a

patologías, y potenciando así su individualidad. Hernández y Sánchez (1995), establecen que la prevención no sólo implica la reducción de incidencia física o psicológica, sino la promoción de bienestar y/o mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social eficaces en individuos sanos, es decir, un incremento en la calidad de vida, tomando en cuenta que es una propiedad de la persona y se define como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo (Tarazona, 2005).

Según Manterola, Urrutia y Otzen (2013), una de las poblaciones más vulnerables a disminuir su calidad de vida son los adultos mayores de 60 años, debido a que atraviesan un proceso natural de deterioro, el cual incluye un decremento en la funcionalidad de variables neuropsicológicas como el lenguaje, procesos intelectuales, procesos visuales, memoria, entre otras.

Por ello se considera que se deben implementar herramientas eficaces para aumentar la percepción de bienestar de esta población, las cuales deben basarse en la utilización de la evaluación y rehabilitación neuropsicológica, que asumen el papel principal de especificar los efectos de las lesiones cerebrales en el comportamiento, e identifican funciones intactas y deficitarias; es decir, son métodos que sirven para examinar y desarrollar al cerebro a través del análisis de su producto, la conducta (Blanco y Contreras, 2015).

Realizando una síntesis de lo expuesto, esta investigación lleva a cabo la aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica basado en el protocolo de evaluación Luria-UCV, específicamente el referido a la función de procesos mnésicos, a una población con envejecimiento normal con la finalidad de conocer sus efectos sobre la calidad de vida en dichas personas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las neurociencias han tenido un auge reciente debido a los grandes aportes metodológicos y tecnológicos que realiza para el estudio sobre el comportamiento humano; a su vez posee interdisciplinas como la psicología fisiológica, neurobiología, psicobiología y la neuropsicología experimental, disciplinas éstas que se encargan de comprender, explicar y abordar los procesos psicológicos y su vínculo con el comportamiento humano.

Cuando se hace referencia a la neuropsicología, se considera entonces como su principal objetivo el conocimiento de los procesos cognoscitivos y conductuales, la manera en que éstos se encuentran organizados, así como sus alteraciones en caso de disfunción o por lesión. Se hace necesario recalcar que esta disciplina, dado su objetivo, tiene un lugar intermedio entre la neurología y las ciencias comportamentales; y de acuerdo con el criterio emitido por Ardila y Rosselli, (2012) la neuropsicología involucra procesos de evaluación, diagnóstico, rehabilitación y estimulación.

Actualmente diversas disciplinas brindan un cúmulo de conocimientos relacionados con el funcionamiento cerebral; y con ellos grandes posibilidades para su recuperación; con base al hecho de ser un órgano dinámico, es capaz de experimentar considerables modificaciones después de sufrir lesiones o cambios ambientales.

El funcionamiento cerebral se encuentra fundamentado en el concepto de neuroplasticidad, el cual, de acuerdo a Muñoz, Blázquez, Galpasoro y González (2011), hace referencia a la posibilidad de transformación y adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones, independientemente de la causa que las originen; por lo que se requiere un incremento de exigencia para suministrar una rehabilitación efectiva de las lesiones cerebrales. A pesar de la espontaneidad con la que cuenta el sistema nervioso central para ser capaz de poner en marcha los procesos neuroplásticos, esta recuperación posee sus límites.

Sin embargo existen métodos que permiten llevar a cabo, desde el exterior, estímulos que pueden contribuir con los procesos neuroplásticos mediante la Rehabilitación Neuropsicológica; la cual de acuerdo a Santos y Bauselas (2001) c.p. Rivera, Estrada y Estrada (2007), es “el proceso terapéutico por el que las personas con

daño cerebral pueden incrementar o mejorar sus capacidades para procesar y utilizar adecuadamente la información a nivel cognoscitivo, así como potenciar su funcionamiento en la vida cotidiana.” (p. 17)

En contraposición a las intervenciones farmacológicas, las no farmacológicas carecen de efectos perjudiciales, por lo que resulta indispensable seguir estimulando esta área; dadas las ventajas de este tipo de tratamiento, entre las que se encuentran: las señaladas por Franco y Criado (2002) quienes consideran que los procesos terapéuticos no producen efectos secundarios ni interacciones farmacológicas, como primer lugar; y como aspecto secundario, pero no menos importante, se encuentra el hecho que facilitan el contacto personal con el terapeuta y otras personas, lo cual contribuye positivamente en el comportamiento del paciente; no solo favoreciendo las funciones cognoscitivas (como sucede con los fármacos) sino también sus habilidades sociales.

La Rehabilitación Neuropsicológica es una alternativa de las intervenciones no farmacológicas; la cual, de acuerdo a las diversas investigaciones generan efectos positivos en la conducta del individuo, ya que está dirigida a la maximización de las capacidades cognitivas de la persona y la minimización de su pérdida funcional.

De acuerdo con Bayona, Bayona y León (2011)

...la responsabilidad de los neurólogos clínicos, los neurocirujanos, los pediatras, los neuropediatras, los ortopedistas, los psiquiatras y los cirujanos en general, entre otros profesionales de la salud, debería no solo proveer un diagnóstico y suministrar un tratamiento médico o quirúrgico, sino reorientar al paciente hacia un programa formal de neurorrehabilitación, liderado por especialistas en el área, en el que le ayudaran a alcanzar una apropiada funcionabilidad, una óptima neurorrestauración y una adecuada calidad de vida, incluyendo la de sus correspondientes familias. (p. 98)

Con relación a los sujetos a los que pueden aplicarse los programas de rehabilitación neuropsicológica, de acuerdo con el criterio de Blanco y Contreras (2015), la población que puede ser abordada no distingue entre infantes, adultos o de la tercera edad; dado el carácter adaptable a las peculiaridades de cada persona.

Ahora bien, tomando en cuenta a las personas de la tercera edad como aquellas que

están adentrándose en el proceso de envejecimiento, se puede entender éste como un proceso natural y parte del ciclo vital de la persona. Con respecto a ello Correia (2011), considera:

Desde un punto de vista neuropsicológico se pueden diferenciar dos grandes tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico. Como envejecimiento normal se entiende el envejecimiento que experimenta la mayoría de la población, en el que no existen patologías neurodegenerativas y el deterioro cognitivo que se experimenta es atribuible a los cambios que experimenta un cerebro sano al envejecer. Por otro lado, cuando se habla de envejecimiento patológico se hace referencia al envejecimiento que cursa con enfermedad neurodegenerativa y en el que se sufre un deterioro cognitivo de mayor gravedad que el esperable por la edad del individuo (p. 2)

De acuerdo con el criterio de Mejía, Ríos, Suarez y Ceballos, (2014) cuando los seres humanos se encuentran en las etapas finales del ciclo vital, comienza un declive de los procesos cognitivos que se va haciendo más evidente a medida que transcurre el tiempo; el cual se identifica un deterioro más significativo en la memoria y la velocidad de procesamiento; considerando que la memoria es una de las funciones cognitivas más sensibles al daño cerebral; por lo que en este momento de la vida sus alteraciones pueden presentarse de diversas formas.

Por su parte, la memoria no es un proceso exclusivo de los lóbulos temporales, ya que junto con los lóbulos occipitales y parietales, es en donde concurren las funciones de recepción, procesamiento y almacenamiento de la información que brinda el entorno; por lo que en el envejecimiento, de acuerdo al criterio emitido por Román y Sánchez, (c.p Mejías y cols. 2014)

...en su mayoría los problemas relacionados con la memoria no son tanto de tipo receptivo, sino que éstos ocurren en el momento de evocar la información previamente almacenada; lo cual es una función principal del lóbulo frontal, más precisamente en la corteza prefrontal donde ubicamos las

funciones ejecutivas. (p. 2)

De acuerdo con el criterio emitido por Monckeberg (c.p Binotti Spina, De la Barrera, y Donolo 2009), la plasticidad cerebral, es “la habilidad que poseen las células nerviosas de desarrollar, mantener y reorganizar sus conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células” (p. 121); por lo que esto es un aspecto de suma importancia en el estudio relacionado con el deterioro de la memoria en el adulto mayor, permitiendo demostrar el rol que cumple la plasticidad cerebral para mejorar las funciones cognitivas que se degeneran con el envejecimiento.

El progresivo aumento de los adultos mayores de 65 años en la sociedad actual es lo que ha permitido que el campo de estudio del envejecimiento crezca notablemente en las últimas décadas, por lo que los estudios relacionados con los cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal también han experimentado un incremento exponencial.

En este sentido Vásquez y Ortiz (2011), analizando los datos suministrados por las Estadísticas Sanitarias Mundiales, (2010) consideran que el aumento de la esperanza de vida en países emergentes ha generado una mayor preocupación por los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, refiriendo que el envejecimiento es un fenómeno que aumenta progresivamente en todo el planeta, derivado de las transformaciones económicas, sanitarias y sociales.

La menor tasa de nacimientos, sobre todo en países desarrollados, y los avances médicos permiten que cada vez haya mayor cantidad de gente adulta mayor en el mundo. Esto trae consigo una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades, entre ellas las enfermedades neurodegenerativas. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para el año 2008 el porcentaje de adultos mayores de 60 años alcanza el 8%, mientras que las estimaciones para el 2050 indican que la población de estas edades se va a posicionar en el 16.2% a nivel mundial (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010) c.p Vásquez y Ortiz. (2011).

Conforme a los datos suministrados por Acosta, Dorado y Utria (2014) consideran que últimamente “se ha visto un progresivo incremento de personas afectadas por trastornos neurológicos como procesos neurodegenerativos, traumatismos craneoencefálicos y accidentes vasculares cerebrales” (p. 98), lo cual, de acuerdo a los

datos suministrados por sus estudios, señalan que para el año 2014 los trastornos mentales y neurológicos estarían representando el 14% de la población mundial, cuya mayor carga la poseen aquellos países con un Producto Interno Bruto (PIB) bajos.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, (c.p. Acosta y cols. 2014) ofrece como datos estadísticos de la región Latinoamericana “para el año 1990 se calculaba que las alteraciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8 % de la discapacidad en América Latina y el Caribe, cifra que en el 2004 ascendió al 22 %.” (p. 98).

Haciendo un acercamiento hasta Venezuela, se ubica los datos suministrados por la Fundación Alzheimer, quienes partiendo de los resultados del Instituto Nacional de Estadística del censo obtenido durante el año 2011; manifiestan que para el momento de su estudio, el 5,8% de la población del país son mayores de 60 años, lo cual representa más de un millón y medio de personas, de los cuales el 8% padece de enfermedad de Alzheimer u otras características demenciales; es decir unas 126 mil personas en estado de deterioro cognitivo; así mismo sus resultados arrojan que son en los estados Miranda y Carabobo donde se presenta la mayor incidencia, con más de 10 mil casos confirmados para el momento.

Los datos analizados, tanto a nivel mundial como nacional, evidencian un aumento progresivo, tanto de la población con envejecimiento como de la incidencia de patologías neurodegenerativas, requiriéndose entonces herramientas y tecnologías que permitan afrontar este problema de salud pública mundial, partiendo de investigaciones teóricas y aplicadas que favorezcan no solamente la rehabilitación, sino la prevención de estas patologías.

Todo lo anterior permite considerar la importancia que posee el estudio de esta etapa de la vida del ser humano, tanto por los expertos como por aquellos profesionales que se encuentran en formación; y que estos logren identificar las diferencias existentes entre el envejecimiento normal y el patológico; para lo cual el psicólogo debe estar consciente de la visión histórico-cultural del individuo y así como su valiosa misión en el proceso de cambio, transformación y reconceptualización de la vejez, lo cual, de acuerdo con la opinión emitida por Cerquera y Quintero, (2015) todo esto en beneficio a la construcción de una senectud más activa, satisfactoria y saludable, con mayor

aprovechamiento y por ende una mejor calidad de vida para los adultos mayores.

Tal y como se ha mencionado, la vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo; sin embargo, esto no impide que alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social; por lo que los primeros intentos en tratar de mejorar las condiciones de vida de estas personas se encuentran enmarcados en el análisis de sus habilidades, memoria y aprendizaje; las primeras investigaciones se centran en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación, para posteriormente examinar el nivel de actividad y agrado con la vida, para lo cual se plantea como verdadero objetivo el mejorar la calidad de vida en esa etapa. En este sentido Verdugo, (2009) considera que los estudios referidos a la calidad de vida se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la misma, de los individuos que influyen en su bienestar.

En este orden de ideas, de acuerdo a la opinión emitida por Sen, (2000) se entiende por calidad de vida

...aquella que está relacionada con el bienestar social y que depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Éstos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. (p. 29)

Por su parte, Verdugo (2000) manifiesta que las distintas conceptualizaciones de la calidad de vida en este ámbito han recogido un enfoque multidimensional que tiene en cuenta no sólo el funcionamiento físico, energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico y emocional, la ausencia de problemas de comportamiento, el funcionamiento social y el sexual, los apoyos recibidos y percibidos, junto a la satisfacción con la vida y las percepciones de salud.

Con base a las definiciones emitidas por Sen, (2000) y Verdugo, (2000) se permite asociar el concepto de calidad de vida en los mayores con la rehabilitación, conformándose así en un componente importante de promoción de la salud que optimiza

el proceso de envejecimiento.

Al vincular el declive de la memoria durante el proceso de envejecimiento del individuo y dado que esta alteración cognoscitiva tiene un efecto perjudicial sobre la calidad vida de los mismos, ya que, este deterioro puede transformarse en limitaciones funcionales, como lo sería el recordar, por ejemplo, evocar situaciones cotidianas, llevar a cabo toma de decisiones, lograr satisfacer necesidades de seguridad a familiares, así como estabilidad y pertenencia; y es por ello que se requiere lograr, que tal y como ocurre con las otras fases de la vida, que el proceso de envejecimiento se encuentre inmerso en situaciones enriquecedoras y plenas, ya que el paso del tiempo, con sus diversas transformaciones, pone en riesgo las distintas capacidades de la persona.

El análisis que se ha llevado a cabo hasta ahora permite justificar la importancia de la aplicación de un programa de rehabilitación neuropsicológica, haciendo énfasis en los procesos de memoria de manera preventiva, a personas con envejecimiento normal; con el fin de enlentecer el declive de la memoria y mantener o aumentar la calidad de vida en dicha población.

Dado que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso costoso y de recursos limitados, es por lo que se requiere su optimización a través de programas que contribuyan con la recuperación de personas en proceso de vejez. Sobre la base de datos e investigaciones del área, notamos que en Venezuela existen pocos programas que tomen en consideración la calidad de vida como elemento fundamental en la prevención y rehabilitación a personas con envejecimiento normal, existiendo solo adaptaciones y estandarizaciones de pruebas creadas en otros países; considerándose entonces como antecedentes del presente estudio los que se presentan a continuación.

Por una parte, se encuentra el trabajo de Rondón, Velásquez y Roca, (2011) quienes diseñan y aplican un programa de rehabilitación neuropsicológica de los procesos mnésicos para pacientes con demencia tipo Alzheimer en fase leve o moderada, en sus resultados plantean que los sujetos muestran mejorías en su actividad mnésica luego de ser intervenidos. Así mismo recomiendan desarrollar investigaciones que contemplen un período más prolongado de Rehabilitación Neuropsicológica en personas con la enfermedad.

Otra investigación vinculada a programas de rehabilitación neuropsicológica es la

de Gómez, Roca, Esaá, Sánchez, Ruiz y Vernet (2009) quienes desarrollaron el Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria-UCV, que consiste en una prueba confiable y válida para el examen clínico de la corteza cerebral de adultos venezolanos, mayores de 15 años, con un nivel de educación igual o superior a sexto grado de Educación Básica, con la ventaja de poder ser utilizada con facilidad por psicólogos y médicos. El Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria-UCV ofrece información tanto cualitativa como cuantitativa obtenida en forma controlada y estandarizada, por lo que se considera un instrumento útil no solo en el campo de la evaluación sino también de la rehabilitación neuropsicológica.

Así mismo Blanco y Contreras (2015), consideraron que no existe un programa de rehabilitación que abarque todas las funciones que son evaluadas en el protocolo, es por ello que diseñaron y validaron un programa de rehabilitación neuropsicológica individualizado que parte de las capacidades que permanecen conservadas o menos afectadas, y recomiendan aplicar el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Integral Luria-UCV, con el fin de investigar su efectividad y eficacia, en personas con un proceso de envejecimiento normal.

Ahora bien, la presente investigación pretende aplicar el programa de Rehabilitación Neuropsicológica basado en el protocolo Luria UCV (Sub-prueba mnésica) para evaluar los efectos sobre la calidad de vida de personas con envejecimiento normal, posicionándose en un paradigma humanista, ya que se pretende trabajar potenciando la parte sana del sujeto para evitar que llegue a una patología, respondiendo así a cuatro aspectos fundamentales, a saber:

- Es posible trabajar con la parte sana del individuo evitando que llegue a la patología, ya que el psicólogo trabaja bajo tres líneas de acción según Casado (1995), las modalidades preventivas, remedial y de desarrollo incluyendo aquellas actividades de atención al individuo que se refieren a problemas de índole emocional como por ejemplo, conflictos personales, toma de decisiones, autoestima, problemas de comunicación y familiares, además de otros factores que mencionan al desarrollo de la personalidad.
- Los programas de rehabilitación neuropsicológica que conllevan la estimulación sistemática de las estructuras y procesos implicados, parecen retrasar el proceso degenerativo.

- El hecho de seleccionar los procesos mnésicos como función a intervenir responde a que diversos autores recientes como García, Moya, Quijano (2015); Montes, Gutiérrez, Silva, García, Del Ríos (2012) establecen que estos procesos son los que se deterioran más tempranamente, sumado al hecho de que los procesos mnésicos constituyen la base operativa de otras funciones cognitivas superiores, por ejemplo el lenguaje y los procesos intelectuales. Así mismo Guerra y cols. (2015) mencionan que durante largo tiempo se consideró la pérdida de memoria una condición sine qua non de la demencia, sin embargo, en la actualidad hay criterios diferentes, porque no siempre se presenta de manera aislada las quejas de fallas de memoria y reportes de desorientación, pueden estar relacionadas con otras alteraciones propias del envejecimiento por lo que es necesario diferenciar claramente entre un deterioro cognoscitivo leve y una demencia en sus etapas iniciales o entre estas dos condiciones y un envejecimiento normal.

- La prevención no sólo implica la reducción de incidencia física o psicológica sino la promoción de bienestar y/o mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social eficaces en individuos sanos, es decir aumentar la calidad de vida.

Tomando en cuenta los beneficios de la Rehabilitación Neuropsicológica, la importancia de los procesos mnésicos, la influencia de la prevención y su relación con la calidad de vida, es necesario que especialistas en el área tomen medidas que ayuden a que el sistema nervioso central se torne más flexible, aumentando así la capacidad para memorizar. Tomando en consideración lo manifestado por Guerra y cols. (2015), los diferentes especialistas deben conocer no solo lo dañado, sino también lo conservado posibilitando una mejor intervención para contribuir a retardar el deterioro cognitivo.

En tal sentido, la presente investigación pretende responder la siguiente interrogante: ¿Cuáles serían los efectos de la aplicación de un programa de Rehabilitación Neuropsicológica basado en el Protocolo Luria UCV sobre los procesos mnésicos y la calidad de vida de las personas con envejecimiento normal?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer los efectos del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica basado en el Protocolo Luria UCV sobre los procesos mnésicos y la calidad de vida en personas de 65 a 75 años de edad con envejecimiento normal.

Objetivos Específicos

- Evaluar la función de los procesos mnésicos en personas con envejecimiento normal antes de la aplicación del programa de Rehabilitación basado en el protocolo Luria UCV., a través del protocolo de evaluación Neuropsicológica Luria U.C.V
- Determinar los niveles de calidad de vida percibida antes de la aplicación del programa de Rehabilitación basado en el protocolo Luria UCV.
- Promover la mejora de los procesos mnésicos por medio del programa de Rehabilitación Neuropsicológica basado en el Protocolo Luria UCV.
- Medir los efectos del programa de rehabilitación sobre la calidad de vida percibida de un grupo de personas con envejecimiento normal después de la aplicación del programa de Rehabilitación Neuropsicológica Luria-UCV mediante la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.
- Determinar el funcionamiento de los procesos mnésicos después de la aplicación del programa de Rehabilitación Neuropsicológica Luria-UCV mediante el protocolo de evaluación Luria UCV.

III. MARCO TEÓRICO

A continuación se expondrán los elementos teóricos de mayor relevancia para la investigación; se parte del envejecimiento así como algunas aproximaciones teóricas del mismo; luego se aborda la calidad de vida, exponiendo conceptualizaciones, el vínculo con el envejecimiento normal y se mencionan instrumentos para medirla psicométricamente; en una tercera arista se aborda la memoria: concepto, historia y tipos; posteriormente se discute lo referente a la neuropsicología, tomando en consideración su evolución histórica y su vínculo con los procesos mnésicos, y finalmente se establecen conceptualizaciones del asesoramiento psicológico.

3.1. Envejecimiento

3.1.1. Aproximación teórica al envejecimiento.

De acuerdo a la opinión de Vélez (2008); el interés por la vejez y los procesos de envejecimiento se ha producido a lo largo de la historia de la humanidad, aunque no siempre con un carácter científico. Para el estudio del envejecimiento se ha considerado la existencia de tres fases históricas que se corresponden con su nacimiento y desarrollo, por lo que se ha requerido clasificarla en tres disciplinas distintas y claves en el análisis de la ancianidad y sus teorías: la Geriatría, la Gerontología y la Psicogerontología.

Ahora bien, dado que las disciplinas mencionadas no se desarrollan a lo largo de períodos temporales estáticos, sino a lo largo de un continuo histórico, no se realiza una delimitación entre éstas; pero cada una presenta fases históricas, las cuales, según Vélez (2008), son:

1. Fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento (Geriatría)
2. Fase de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento (Gerontología).
3. Fase de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento (Psicogerontología)

Haciendo una visión del abordaje de la vejez y el envejecimiento, Vélez (2008)

identifica etapas históricas de acuerdo a las manifestaciones culturales más importantes de la humanidad en los términos siguientes:

En la literatura bíblica del Antiguo Testamento la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados. De esta manera, las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza.

La cultura griega ofrece multitud de actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de las personas mayores. Fundamentalmente, destaca la concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a dicha población. Platón habló de una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores, elogiando a la vejez como la etapa de la vida en la que los individuos alcanzan la máxima prudencia y juicio. Mientras que, Aristóteles presenta una imagen más negativa de la persona mayor, definiendo así la senectud, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, como equivalente a deterioro, asociando la vejez con la enfermedad. (p.47)

Dicho autor describe las posturas de grandes filósofos griegos, como Platón, Aristóteles, Cicerón y Horacio, frente a la vejez; las cuales considera como continuadas y matizadas por diversos autores en todo el proceso histórico del pensamiento humano; atribuyéndoles la responsabilidad de muchos de estos estereotipos, tanto positivos como negativos, presentes en la sociedad actual.

Prosiguiendo con el proceso de análisis de las etapas históricas de la humanidad, Vélez (2008) toma en consideración no solo el período propiamente dicho, sino el protagonismo de los diversos hechos que permiten su caracterización como las que se presentan a continuación:

A lo largo de la Edad Media son transmitidos y acentuados ciertos estereotipos asumidos de las tradiciones culturales precedentes. Destaca, por una parte, San Agustín que dignifica la visión cristiana de la persona mayor ya que de ella se espera un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos, y por otra, Santo Tomás de Aquino que afianza el estereotipo aristotélico de la vejez como período decadente, física y moralmente.

En la época renacentista, se rechaza lo senil y lo viejo, se evade el tema de la muerte, se da una imagen melancólica de la persona mayor e incluso se le atribuyen artimañas, brujerías y enredos. Se configura así un perfil renacentista mínimamente contrarrestado por la permanencia del estereotipo de la sabiduría.

En cambio, durante el período barroco adquieren la máxima actualidad y cultivo los temas del control de los vicios y pasiones, el perfeccionamiento constante en la vida y en la vejez, y el problema de la muerte. (p.52)

Las etapas históricas descritas fueron marcadas por grandes poetas y pensadores, los cuales se ocuparon muy a fondo de la definición y la explicación del proceso de envejecimiento; destacándose Shakespeare, Schopenhauer, Hölderlin y Humboldt, quienes consideraron la vejez no sólo como una “época difícil” sino por el contrario como una etapa de la vida que ofrece aspectos agradables.

Lo anterior constituye el aporte filosófico y las manifestaciones humanas relevantes acerca de la vejez, conformando los antecedentes de su estudio como fase inicial en la investigación sobre el envejecimiento; la cual es relevada por la aparición de la Geriátrica como disciplina; entendida por Thane (2012) como la rama de la medicina encargada del estudio terapéutico, clínico y preventivo de la salud y las enfermedades de los ancianos.

El término de Geriátrica fue introducido por Nascher en el año 1909, permitiéndole la conquista de un nuevo territorio en la medicina, por lo que se le ha considerado el precursor de la investigación médica de la vejez (Thane, 2012).

En este sentido, las primeras investigaciones científicas promovidas, durante el siglo XIX, sobre la vejez, han tenido fundamentalmente una orientación médico-geriátrica que únicamente consideraba los aspectos de declive biológico de las personas mayores. Posteriormente, surgieron aportaciones desde otra disciplina que cambiaron la visión negativa de la Geriátrica y ofrecieron un nuevo punto de vista sobre las teorías el proceso de envejecimiento (Vélez, 2008).

De igual modo, dicho autor señala, que una de las contribuciones más importantes en dicha fase, corresponde al período final del siglo XIX, dado que los investigadores se inclinaban por lograr medidas objetivas. Aunque todavía se utilizaban métodos descriptivos éstos ya no se basaban en la intuición o en observaciones aisladas, sino que se apoyaban en unidades de medida, datos cuantitativos y cálculos estadísticos, dándole paso a la Gerontología, definida según Thane (2012) como:

La investigación del comportamiento en la edad proveya teniendo como finalidad la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos y que se hallan relacionados

con la edad (p. 16).

Pavlov, considerado como uno de los precursores de la Gerontología, intentó establecer conexiones entre los aspectos fisiológicos y psicológicos, las funciones del sistema nervioso central y los modos de comportamiento observables; y demostró que los perros mayores formaban más lentamente sus reflejos condicionados, “aprendían más despacio”. Además, Pavlov descubrió en 1926 que si se administraba una serie demasiado rápida de determinados estímulos, los animales de experimentación mayor reaccionaban con un estado de confusión a causa de la menor conductibilidad de las vías nerviosas, porque las huellas del último estímulo influían todavía sobre la reacción a los estímulos siguientes (Vélez, 2008).

Santana (2016) señala que durante el desarrollo de la Gerontología, surgió la disciplina de la Psicogerontología, y es considerada una parte de ella, por lo que resulta muy difícil delimitarla. Asimismo, refiere que la investigación psicogerontológica de la vejez se dirige a las aptitudes mentales, el funcionamiento de la memoria, las habilidades y estrategias de aprendizaje, la elasticidad o rigidez del carácter, el autoconcepto, la afectividad y movilidad emocional, la regresión de la personalidad en situaciones de inseguridad o la creatividad excepcional en la vejez.

A partir de los años sesenta se produce una reconceptualización en el estudio de la vejez, ya que empieza a consolidarse un modelo integral bio-psico-social que aglutina todas las perspectivas posibles, biológicas, sociales y psicológicas. Esta perspectiva, es acorde con la definición de la salud humana establecida por la OMS (1974), como un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedades.

La nueva concepción de vejez conlleva entenderla como un proceso de cambio. Desde este momento, el estudio del envejecimiento es interdisciplinar y en él están implicados médicos, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, juristas, ecologistas y arquitectos, con el objetivo de esclarecer las interacciones entre los factores que forman el proceso de envejecimiento, es decir, los factores bio-psico-sociales (Santana, 2016).

De igual modo el autor ya mencionado, hace la acotación de que la perspectiva psicológica es la más interesante en la investigación contemporánea del envejecimiento, siendo los psicogerontólogos los que más aportaciones han producido a través de

investigaciones de tipo longitudinal y diseños generacionales. Estas aportaciones han contribuido al reconocimiento científico de la Gerontología y la creación de teorías del envejecimiento.

3.1.2. Teorías del envejecimiento

3.1.2.1. Teorías biológicas del envejecimiento.

De acuerdo al criterio emitido por Fernández, (2009) existen teorías que pretenden explicar los mecanismos que producen el envejecimiento, abordando el tema desde una visión biológica, para lo cual analizan los procesos que se llevan a cabo en el cuerpo humano, es decir, “cómo se producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas” (p. 63); lo cual ha sido tratado, de acuerdo a su comentario, por “la dilatada experiencia médica en la atención a la ancianidad y el amplio desarrollo de la investigación biológica.” (p. 63), entre las teorías biológicas del envejecimiento las más destacadas son las denominadas externas e internas.

Las teorías externas se fundamentan en los efectos que producen en el individuo diversos factores externos, como lo son la nutrición, los virus, las radiaciones, los contaminantes, entre otros; por lo que de acuerdo a lo analizado por Fernández, (2009) estas teorías consideran que “La acción de estas ‘agresiones’ determina la lesión de las células, lo que provoca a su vez el deterioro de los órganos y funciones característico de las personas envejecidas” (p. 64)

En tanto que las denominadas “teorías internas”, se apoyan en los efectos que producen en el organismo los procesos internos de éste, como lo podrían ser los neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas; siendo la Inmunológica, la Metabólica y la de los Radicales Libres de Oxígeno, las que constituyen las teorías más importantes de esta tendencia. Fernández (2009), las explica en los términos siguientes:

La Teoría Inmunológica de Walford, Gottesman, Weindruch, y Tam (1981), justifica el envejecimiento por la disminución de los mecanismos de defensa del organismo. Se sabe que el sistema inmunitario tiene menor capacidad para enfrentarse a organismos extraños a medida que el cuerpo

envejece y que muchos de los problemas de salud que afectan a las personas mayores pueden tener su explicación en la disfunción del sistema inmunitario, como sucede con el cáncer, la demencia senil y algunos trastornos vasculares. La alteración de la capacidad para enfrentarse a organismos extraños, y el incremento en los errores de identificación por parte del sistema inmunitario, reducen la capacidad de respuesta, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades y aceleran el proceso de la muerte.

La Teoría Metabólica sugiere que la existencia y acumulación progresiva de productos de desecho, que se producen en el organismo como consecuencia de la actividad celular para el mantenimiento de la vida, interfieren con el funcionamiento celular normal, y son la causa del envejecimiento.

La Teoría de los Radicales Libres de Oxígeno sugiere que la acumulación de estas sustancias en el ADN dificulta el normal funcionamiento de las células. El daño producido por los radicales libres de oxígeno es acumulativo y aumenta sus efectos en ausencia de agentes que contrarresten sus efectos destructivos (agentes antioxidantes). (p. 65)

En síntesis, de acuerdo a las teorías biológicas, el envejecimiento viene dado como consecuencia de la suspensión o disminución de los procesos reguladores con el ambiente; lo cual se manifiesta a través de la carencia de ponderación entre las neuronas y las hormonas que las regulan, lo cual trae como consecuencia alteraciones en las funciones que controlan, cuyas pruebas se evidencian en la mengua de las facultades reproductoras, así como aquellas relacionadas con la fuerza y capacidad de recuperación de los sistemas muscular, respiratorio, excretor, entre otros.

3.1.2.2. Teorías sociológicas del envejecimiento.

Según Benatar (1993) las ciencias sociales, al igual que las biológicas, consideran la vejez como un período en el cual la persona comienza con un estado de decadencia; tanto biológica como en su participación social.

Fernández (2009) explica que a diferencia de las teorías de corte biologicista, el

análisis del proceso de envejecimiento desde la perspectiva psicosocial, pretende identificar la manera en que los factores ambientales y la personalidad del individuo producen cambios sobre su estilo de vida. Su principal dificultad se relaciona por tanto con la complejidad para definir, delimitar y comprender las características que afectan al ciclo vital de los mayores en una sociedad cambiante. La propia condición ‘móvil’ del significado de tercera edad, ha provocado una variada cantidad de teorías que han ido evolucionando y adaptándose a los progresivos cambios sociales. Dada esta complejidad, dicho autor refiere que existen dos perspectivas de interpretación para el proceso de envejecimiento:

El abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad, centrando la atención en el estudio de las características de ésta y de las condiciones de vida de las personas mayores.

La consideración del individuo como unidad de análisis, con un enfoque de tipo psicológico, que estudia la manera en que el individuo enfrenta su propio envejecimiento dentro del contexto social que lo condiciona. (p. 74).

3.1.2.3. Teoría de la modernización.

Esta teoría sugiere que el estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización de una sociedad, y describe la situación actual de los mismos en las sociedades industrializadas, relegados socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales gozaban de una posición y un reconocimiento elevados por su experiencia y sabiduría. Desde el punto de vista económico, esta teoría destaca también la descalificación que sufren los adultos mayores en el ámbito laboral, pues la alta competitividad y la necesidad de una mejor formación y actualización constante en tecnologías de vanguardia que generan las nuevas exigencias sociales, vuelve ‘obsoletas’ a las personas mayores y genera luchas intergeneracionales por conseguir los empleos (Fernández, 2009).

Directamente derivadas de este argumento teórico, distintos autores citados por Fernández (2009) derivan tres nuevos planteamientos agrupados bajo la categoría de

teorías de la socialización: Teoría de la Actividad, Teoría de la Desvinculación y Teoría de la Continuidad. La perspectiva común de las tres teorías, se basa en la idea de que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales, etc.) que reducen su autonomía y disminuyen su competencia, convirtiéndolo en una persona socialmente envejecida.

3.1.3. Envejecimiento normal.

Si bien existen diversas teorías sobre el envejecimiento, hoy en día, no se responde a una definición sencilla del mismo, en términos biológicos, pero tampoco desde el punto de vista psicológico y menos aún social, esto sucede ya que se pretende determinar los aspectos que definen el envejecimiento mediante criterios que no resulten aleatorios, pues aunque el concepto de envejecimiento se ha venido abordando desde tres perspectivas diferenciadas (envejecimiento como consecuencia del paso del tiempo; envejecimiento como deterioro físico y constatación de la pérdida de capacidad funcional; y envejecimiento como una etapa más del ciclo vital), por separado ninguna de esas formas de abordaje define por completo esa construcción social llamada vejez (Osorno, 2009).

Partiendo de lo expuesto en el párrafo anterior, se realizó una amplia revisión bibliográfica, con el fin de encontrar o construir la definición más adecuada para los fines de la presente investigación; siendo la de Peña (2005), la que reúne las ideas principales. Dicho autor define al envejecimiento como:

El conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Es un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social. Este proceso de envejecimiento implica, en el cerebro, la modificación de múltiples mecanismos neurofisiológicos, con sus consecuentes efectos en las capacidades neurológicas, cognitivas y funcionales. Por otro lado, este proceso se relaciona también con una modificación de las coordenadas personales, familiares, laborales y sociales de los individuos (p. 20).

Es evidente que el individuo se vuelve más vulnerable con el paso del tiempo y

con frecuencia padece alteraciones orgánicas y cognitivas. El problema surge en el momento de precisar cuándo un síntoma o comportamiento se considera “normal” o “patológico”. El envejecimiento normal y el envejecimiento patológico constituirían los polos opuestos de un mismo continuo (Weiner y Lipton, 2005).

Entendiendo el envejecimiento normal o fisiológico, como aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, le permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea. Mientras que el envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico (Vélez, 2008).

Tal y como lo indica Osorno (2009), la definición de vejez bajo la premisa de lo patológico y de la enfermedad, en lugar de como un fenómeno fisiológico y psicosocial natural, y hasta deseable, se había venido imponiendo casi de manera generalizada a las visiones del proceso de envejecer. Por lo que dicho autor explica que quizás por ello todos los aspectos relacionados con las personas mayores, se han limitado durante mucho tiempo a ser valorados e interpretados desde el ámbito de la geriatría.

Siguiendo la línea de la investigación del autor, se menciona que desde finales del pasado siglo, los aspectos sociales del fenómeno han tomado mayor relevancia, tanto en la definición del proceso como en la aceptación y abordaje de las circunstancias y problemas que se derivan del mismo, generando el resurgimiento de la gerontología, una ciencia mucho más pluridisciplinar, cuya finalidad es tratar de aproximarse y explicar el envejecimiento, mediante la aglutinación de diferentes especialidades que participan en la descripción de un fenómeno que atañe tanto a los aspectos biológicos, como a los psicológicos y sociales de las personas (Osorno, 2009).

En síntesis, cada vez se hace mayor reconocimiento de que el envejecimiento no constituye solamente un proceso físico y material del organismo, sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales, y cuya explicación sólo puede hallarse mediante un enfoque multifactorial, lo que ha provocado que las teorías de carácter psicosocial hayan cobrado también una gran importancia en la

actualidad (Fernández, 2009).

Ahora bien, la frecuente, aunque no inevitable, aparición de enfermedades y limitaciones en ese periodo de vida, establece la necesidad de diferenciar entre el proceso de evolución fisiológica normal, o envejecimiento normal, y el proceso de envejecimiento patológico. (Pirela y Linero, 2013) mencionan que cuando surge dicha diferenciación y el individuo transita por la línea de lo patológico comienza a ser evidente el deterioro en su calidad de vida percibida; concepto que se expondrá con mayor detalle a continuación.

3.2. Calidad de Vida

3.2.1. Aproximación teórica a la calidad de vida.

Tal y como indica Gómez y Sabeh (2001) el interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal, la preocupación por la evaluación sistemática y científica y el uso extendido del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60, donde la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

Los autores mencionados refieren que durante dicha década el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional), dado que, el desarrollo y perfeccionamiento de dichos indicadores sociales, trajo consigo el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida (Gómez y Sabeh, 2001).

Se insiste que en el mundo en desarrollo, la mayor parte de las personas no han satisfecho sus necesidades básicas. Por lo tanto, el concepto de calidad de vida también

debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales (Ardila, 2003).

Los indicadores objetivos intentan delimitar los aspectos de la vida material que se consideran necesarios desde una perspectiva social, frente a los indicadores subjetivos, tan importantes una vez cubiertas las necesidades básicas (González, Bousoño, González, Pérez y Bobes, 1993). Por ello, al hacer un balance de la calidad de vida es importante considerar tanto los estados y procesos internos o subjetivos como los estados y procesos objetivos o externos, teniendo en cuenta múltiples cualidades y condiciones vitales del hombre (Trujillo, Tovar y Lozano, 2003).

La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE. UU. "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término (Vizcaíno y Muñoz, 1998).

De igual modo, según Rodríguez y García (2006) establecen que para la década de los 80 se reconoce que el ambiente es parte integral de la calidad de vida, ya que ésta no solo está en función del nivel de vida de un conglomerado, sino que va a depender del estilo de desarrollo adoptado, de las políticas educativas y de las visiones de realidad construidas por la sociedad. Autores como (Andrews y Withey 1976) c.p. Rodríguez y García (2006) rompieron esta tendencia al usar los indicadores sociales subjetivos como medidas de bienestar de la población, centrando la atención más allá de las condiciones físicas de vida y dirigiéndola hacia las percepciones de las personas acerca de su propio estado de bienestar.

Según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) el concepto es utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Sin embargo, el hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a distintas variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta.

Tal como lo comenta Meeberg (1993), muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar

calidad de vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir.

Taillefer, Dupuis, Roberge y LeMay (2003), plantean que desde que el concepto comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar.

A pesar de dichos problemas ya mencionados con respecto al concepto de calidad de vida, con el paso del tiempo, se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica y psicológica del mundo actual; cuando se habla de la calidad de vida, se hace referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de las relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental (Fernández, 2009).

Organismos oficiales, como la OMS (2002), proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (1982), la calidad de vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en ocho grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal.

A su vez, Reimel y Muñoz (1990) afirman que la calidad de vida puede definirse como una actitud de satisfacción o insatisfacción que tiene la persona hacia diversos elementos, situaciones y condiciones presentes en su ambiente. Esto quiere decir que la calidad de vida, bien sea laboral, familiar, comunitaria o nacional, no solo está en el ambiente en sí sino es una propiedad de la persona.

La satisfacción con la vida es el componente cognitivo del constructo Bienestar Subjetivo y se define como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la

propia vida, diferenciándose de la aprobación-desaprobación o el grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida (Tarazona, 2005).

Por su parte, Alfageme (2003) plantea que tener buena calidad de vida, significa estar a gusto, encontrarse bien, llevar una vida digna. Es complicado, entre otras razones, porque es subjetivo, íntimo, espiritual, en cierto modo, eso a lo que se le llama felicidad o estar bien. Casas (2010), establece que hablar de calidad de vida es complejo, debido a que es un concepto que cada día se hace más amplio y, por ende abarcador. De la misma manera, Pellicer y Velásquez (2014), señalan que es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias.

La exposición realizada en los párrafos precedentes, da evidencia que la calidad de vida, hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.

Sin embargo, después de la revisión bibliográfica realizada se considera que la definición ofrecida por Ardila (2003) quien se basó en varias definiciones (Levy y Anderson, 1980; Szalai 1980; Celia y Tulskey, 1990; Chaturvedi, 1991 y Quintero, 1992) es la más integradora, por tanto la más adecuada para los fines de la presente investigación. Este autor postula que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona; posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos; es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social; incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva; como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

3.2.2. Medición de la calidad de vida en personas con envejecimiento normal.

La medición de la calidad de vida no es una tarea sencilla, puesto que se habla de un concepto difícil de definir y evaluar. No obstante, el interés creciente por comprender el concepto también ha multiplicado los esfuerzos por evaluar la calidad de vida.

Verdugo (2009): señala que la evaluación de la calidad de vida se puede caracterizar por:

- Su naturaleza multidimensional.
- El uso del pluralismo metodológico que incluye tanto medidas objetivas como subjetivas.
- El uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la calidad de vida medida en una persona.
- La incorporación de la perspectiva de sistemas, que engloba los múltiples entornos que ejercen impacto sobre la persona en los niveles micro, meso y macro.
- La creciente participación de las personas con discapacidad intelectual en el diseño y desarrollo de la evaluación, investigación y valoración orientadas a la calidad de vida. (p. 22)

Para Fernández (2009), los enfoques de investigación son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: enfoques cuantitativos y enfoques cualitativos. El propósito de los primeros es operacionalizar la calidad de vida, para lo que se suelen estudiar indicadores biológicos (que incluyen la salud y el bienestar físico), indicadores sociales (referidos a las condiciones externas relacionadas con el entorno, como el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, la vivienda, etc.); indicadores psicológicos (que miden las reacciones subjetivas del individuo o la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); e Indicadores Ecológicos (que valoran el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Por su parte, la investigación mediante enfoques cualitativos, adopta una postura de escucha a la persona mientras ésta relata sus experiencias, desafíos y problemas, referidos a esos mismos cuatro ámbitos biológico, social, psicológico y ecológico, y relacionándolas posteriormente con la calidad de vida.

3.2.2.1. Cuestionario WHOQOL-BREF.

Según Badía, X; Salamero, M; y Alonso J. (1999), el WHOQOL ha sido

desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes con alguna patología.

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países.

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREF, éste último contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

En cuanto a su estructura psicométrica se puede encontrar que las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron correlaciones de alrededor de 0,90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas.

3.2.3. Calidad de vida y envejecimiento normal.

La prolongación de la vida según Guajardo y Varas (2013), siempre ha sido uno de los grandes desafíos para la humanidad. En la mayoría de los países del mundo las expectativas de vida han aumentado considerablemente, como consecuencia se ha

incrementado la población de adultos mayores a nivel global y en especial en los países desarrollados. De igual modo los autores señalan, que dicho crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a una edad avanzada se vea compensado en el adulto mayor con una vida con calidad. Por lo que ahora el gran desafío ya no es sólo seguir aumentando las expectativas de vida, sino también mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

En relación con esto último, la calidad de vida en los adultos mayores ha sido estudiada desde diferentes ángulos y desde diferentes disciplinas. Según Velandia (1994) es definida como

...la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (p. 300).

De igual modo, Krzeimen (2001) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; señalando que esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

Según Valderrama, Castillo, Sandoval, Silva y García (2016) existe una diversidad de factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores, como es el caso de la función cognitiva, específicamente la memoria, la cual declina con el proceso normal del envejecimiento, por lo que existen ocasiones en que esta disminución cognitiva es desproporcionalmente alta en los adultos mayores. A nivel individual, el deterioro cognitivo se transforma en una carga para los sujetos, debido al efecto

perjudicial sobre la calidad de vida y la asociación con un mayor riesgo de limitaciones funcionales, como: poder tomar decisiones, satisfacer necesidades de seguridad a sus familias, de estabilidad y de pertenencia, entre otras (Mol, et al. 2007).

Según Martín (1994), un elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa” (p. 7).

Tal y como indica Guajardo y Varas (2013), los aspectos relacionados con la calidad de vida tienen que ver con la capacidad de dar sentido a los acontecimientos vitales adversos (en este caso, la declinación de la memoria) y la satisfacción de las necesidades de la especie humana, de tal manera que las personas mayores con mayor calidad de vida son aquellas que, a pesar de las dificultades y pérdidas propias del envejecimiento, se sienten capaces de focalizar su mirada en las ganancias y recursos que aparecen en esta etapa evolutiva.

Uno de tantos eventos relevantes en el adulto mayor que impiden la satisfacción de sus necesidades propias es la incapacidad que van observando de retener y/o evocar material de su memoria, afectando de manera importante su calidad de vida, es por ello que resulta imperativo en esta investigación esbozar el concepto de memoria y siendo un abordaje desde las neurociencias también exponer las premisas más relevantes en torno a esta área

3.3. Memoria

3.3.1. Definición de la memoria.

La memoria puede ser definida como la capacidad de adquirir y almacenar información diversa, desde los elementos de la cotidianidad hasta complejas abstracciones, siendo uno de los aspectos más notables del comportamiento humano ya que le permite al sujeto afrontar su día a día; la importancia del estudio de este concepto radica no sólo en que es esencial para la continuidad de la identidad de la persona sino para la transmisión de la cultura y la evolución de las sociedades a lo largo de los siglos, así como también forma las bases para la conjugación de otros procesos psicológicos más complejos como la resolución de problemas, la toma de decisión, la conducta social y el

aprendizaje (Kandel, 2007).

Así mismo Sternberg (2011) define a la memoria como el proceso mediante el cual la persona retiene y utiliza información pasada para utilizarla en el presente; existiendo inmersos procesos dinámicos como lo son el almacenamiento, la retención y recuperación de la información previa.

Carboni (2007) plantea que la función de la memoria es unitaria compuesta de numerosos sistemas y subsistemas. Estos diferentes sistemas poseen características comunes que justifican su denominación común como memoria. Todas las formas de memoria implican tres etapas discretas: codificación, almacenamiento y recuperación. Durante la codificación se transforman los datos sensoriales en una forma de representación mental, en el almacenamiento se conserva la información codificada en la memoria y con la recuperación se extrae o utiliza la información almacenada en la memoria (Sternberg, 2011);

3.3.2. Historia y evolución del concepto de memoria.

El interés sobre la memoria humana ha estado presente en casi todas las culturas de todos los tiempos. Para los griegos el interés estaba primordialmente enfocado en los procesos de conservación y recuperación de contenidos. Es posible encontrar referencias a la memoria en múltiples textos antiguos. Para la psicología el estudio de la memoria humana podría estar marcado como uno de sus temas desde los inicios, investigadores como Hering, Ribot, Paulhan fueron pioneros, también las escuelas de Wundt y Ebbinghaus, crearon los primeros modelos de memoria humana a nivel científico (Piedra, 2011).

Para Carrillo (2010), históricamente el estudio teórico de la memoria y el aprendizaje se inició desde los tiempos de Aristóteles, este hace alusión por primera vez a distintos niveles de conocimiento, planteando que el verdadero saber se encuentra más allá de la sensación y la experiencia, además implica el conocimiento acerca de la causa y motivo de los sucesos u objetos.

Hasta antes del siglo XIX el estudio de la memoria sólo se limitaba a métodos más empíricos y filosóficos que científicos, es decir, para su estudio se utilizaba una metodología como la lógica, la introspección, la comparación, la reflexión. Fue hasta

mediados de 1800 que comenzaron los primeros reportes y estudios respecto a la memoria y sus trastornos. (Squire, 2004).

Nombres y conceptos empiezan a aparecer en esta época estudiando algunos elementos de la memoria que Schacter (2001) los expone en su investigación: Ebbinghaus, quien en 1885 realizó estudios experimentales sobre la memoria de repetición verbal en seres humanos utilizando silabas sin sentido, y además describe la mejoría progresiva del rendimiento durante la adquisición de nuevas tareas. También surge William James, quien propuso la distinción entre memoria de corto y largo plazo. Korsakoff, quien describe junto con Wernicke, el síndrome amnésico que lleva su nombre y además propone el estudio de los trastornos de memoria (amnesias) como un medio importante para conocer los procesos mnésicos normales. (Schacter, 2001).

A lo largo del siglo XX, específicamente a mediados de las décadas de los años sesenta y setenta surge una mayor preocupación por conocer la estructura y funcionamiento del cerebro, esto se dio con la unificación de paradigmas como las neurociencias y la psicología cognitiva dando como resultado las neurociencias cognitivas, aportando a la psicología moderna metodología para estudiar todos los procesos mentales como la atención, la concentración, el aprendizaje y por supuesto la memoria, (Carlson, 2007).

Empezando dicho siglo, se puede notar la corriente conductista con sus principales exponentes Thorndike, Pavlov, Watson y Skinner, quienes estudiaron las características y componentes de un tipo particular de aprendizaje y memoria: el que se deriva de la asociación repetida entre un estímulo y una respuesta (condicionamiento clásico) o entre un estímulo y una conducta (condicionamiento operante), Carrillo (2010).

Karl Lashley, en 1929, inició formalmente el estudio experimental de la memoria con su investigación llevada a cabo en ratas, encontrando que el deterioro en el desempeño en laberintos se correlacionaba más con la extensión de las lesiones cerebrales que con la localización de las mismas. (Avilés, Manga y Jiménez, 1999).

Para mediados de siglo, Hebb (1949) propuso que la memoria podría estar conformada por subsistemas de almacenamiento transitorio de información dependientes de circuitos neuronales, y otros sistemas más perdurables ligados a cambios estructurales en las neuronas, siendo ésta la primera propuesta que aseguraba que la memoria se

encontraba conformada por subsistemas de memoria, además de sugerir el sustrato anatomofisiológico de la memoria de largo plazo (Carrillo, 2010).

Para 1957 surge el polémico caso H.M (Henry Molaison) donde los investigadores Scoville y Milner sentaron un antecedente muy importante en el estudio de la memoria, contradiciendo la noción de la equipotencialidad cortical cerebral, además de ayudar a esclarecer la participación del lóbulo temporal en los mecanismos de la memoria (Avilés, Manga y Jiménez, 1999).

Posteriormente aparecieron los trabajos de Tulving (1985) quien propuso un modelo de memoria que comprendía tres sistemas que trabajaban de forma conjunta: la memoria procedimental, la memoria semántica y la episódica; para el autor la primera de estas instancias podía funcionar de forma aislada, siendo ésta la más elemental y primitiva y que podía estar presente desde los organismos más simples. La memoria procedimental comprendería el conocimiento en relación a saber cómo hacer las cosas. La memoria semántica es la que se denomina como genérica o de hechos particulares, y se asume que no involucra ninguna estructura de eventos o ubicación temporo-espacial. La memoria episódica es aquella que hace referencia a eventos que ocurrieron en un lugar y tiempo específicos; la recuperación de este tipo de información requiere generalmente de la creación de imágenes mentales que son evocadas en el momento y cuyo recuerdo puede incluir una gran variedad de tipos de información.

Partiendo de esta revisión histórica se puede puntualizar lo complejo del estudio del concepto de memoria, así como su evolución y transformación; actualmente los sistemas de clasificación y estudios no han terminado aún; concediéndose una diversidad de términos que se expondrán más adelante.

3.3.3. Modelos teóricos.

Al hablar de procesos mnésicos resulta necesario hacer una breve referencia teórica a aquellos modelos clásicos de memoria que sustentan la investigación tanto en procesos normales como patológicos. A lo largo del siglo XX se han postulado diferentes modelos que defienden una u otra postura. Blasco (2013) destaca que existen tres modelos influyentes en el estudio de la memoria; el modelo modal de Atkinson y Shiffrin (Estructural), el enfoque del procesamiento de la información cuyos representantes son

Craik y Lockhart (Procesal) y, por último, el modelo de memoria de trabajo de Baddeley (Sistémico); cabe destacar que para Piedra (2011) los anteriores modelos no son excluyentes en el desarrollo y actualmente los tres siguen vigentes y se superponen o complementan en algunas teorías.

El modelo Modal

En los años sesenta se fue acumulando cada vez más evidencia a favor de la hipótesis de la independencia de los sistemas de almacenamiento a corto y largo plazo. Se formularon diferentes modelos, que normalmente tenían muchos aspectos en común entre ellos. El más influyente fue el propuesto por Atkinson y Shiffrin (1968) c.p. Blasco, (2013), denominado modelo modal, el cual propone que la memoria estaría compuesta por tres subsistemas: un registro sensorial, que involucraría la memoria icónica y la ecoica, un almacén a corto plazo donde la información quedaría retenida en un sistema temporal y de capacidad limitada y, un almacén a largo plazo caracterizado por tener una capacidad ilimitada.

El modelo supone que la información se procesa en primer lugar y en paralelo en una serie de almacenes sensoriales con un alto poder de almacenamiento aunque con una persistencia temporal muy breve. Estos almacenes transfieren la información a un almacén a corto plazo de capacidad limitada (ACP), el cual se comunica con un almacén a largo plazo (ALP) con una persistencia temporal de almacenamiento ilimitada. El aspecto central de la teoría es la importancia concedida al almacén a corto plazo, ya que sin él la información no puede introducirse o extraerse de la memoria a largo plazo. El ACP posee otras funciones denominadas procesos de control. Uno de los procesos de control por el cual se retiene la información en el ACP es el repaso, postulando que cuanto más tiempo se mantiene una determinada información en el ACP, mayor probabilidad tendrá de ser transferida al ALP (Atkinson y Shiffrin, 1968 c.p. Blasco, 2013).

La hipótesis de los niveles de procesamiento

En 1972, Craik y Lockhart sugieren que resultaría más útil concentrarse en modalidades de procesamiento que en estructuras de memoria hipotéticas tales como los

almacenes a corto y largo plazo. La idea que los autores proponen es que cuanto más profundamente se procese algo, mejor será su recuerdo. De este modo, la información procesada en términos sensoriales superficiales dará lugar a huellas de procesamiento de vida relativamente cortas, produciendo una huella más permanente, mientras que el procesamiento semántico profundo es el que genera un aprendizaje más duradero (Baddeley, 1999). De este modo, un almacenamiento más prolongado se debe a un procesamiento más elaborado o profundo dentro del ALP y no de la transferencia de información de un almacén a otro. Los niveles de procesamiento fueron abordados por diversos autores como la evidencia a favor de la hipótesis de un sistema unitario de memoria, según Baddeley (1999), el modelo representa un sistema interesado en el papel de la codificación en la memoria a largo plazo.

El modelo de memoria de trabajo

Surge el concepto de memoria de trabajo para tratar de hacer hincapié en el papel del almacenamiento temporal en otras tareas cognitivas como el razonamiento, la comprensión y el aprendizaje (Baddeley, 1999). Diversos estudios demostraron que la ejecución de una doble tarea entorpece el desempeño del sujeto dando origen entonces al concepto de memoria de trabajo con varios subcomponentes. El primero sería un sistema de atención controlador que supervisa y coordina varios sistemas subordinados subsidiarios, denominado ejecutivo central. Los sistemas bajo la influencia del ejecutivo central serían, por un lado, el bucle articulatorio o fonológico, responsable de la manipulación de información basada en el lenguaje y, por otro, la agenda viso-espacial, encargada de la creación y manipulación de imágenes visuales. (Blasco, 2013).

3.3.4. Tipos de memoria.

Los intentos de clasificación de la memoria han sido variados, proponiéndose distintas divisiones. Los psicólogos y profesionales afines con las neurociencias utilizan una gran diversidad de términos para referirse a variedades, características o niveles de procesos mnésicos, por lo que en la literatura especializada se encuentran conceptos que pueden llegar a hacer confusa la conceptualización integral de la memoria y sus distintos componentes.

Clásicamente y por motivos didácticos la memoria puede ser clasificada en términos de tres almacenes según Sternberg (2011):

- Un almacén sensorial, capaz de guardar cantidades de información relativamente limitadas por periodos muy breves
- Un almacén de corto plazo (memoria a corto plazo MCP), capaz de contener información por tiempo un poco mayor pero también con una capacidad relativamente reducida; destacando que este tipo de memoria debe distinguirse de memoria de trabajo u operativa el cual hace referencia a las estructuras o procesos implicados para el almacenamiento temporal de la información (MCP)
- Un almacén de largo plazo, de gran capacidad, el cual puede conservar información por lapsos muy prolongados, incluso quizás de manera indefinida; siendo este almacén quizás el que mayor estudio y subdivisiones posee. (p. 254)

Este tipo de memoria presenta dos sub-tipos principales a saber: la memoria explícita, declarativa o consciente que es aquella que representa la tendencia a recordar material presentado previamente mediante estrategias de recuperación consciente o deliberada; y la memoria implícita, procedimental o no declarativa que se refiere al almacenamiento y recuperación de información sobre las habilidades motoras; es decir, el aprendizaje relacionado a saber cómo hacer distintas tareas (Blasco, 2013).

Tulving en un intento de sistematizar el conocimiento sobre la memoria explícita divide a ésta en episódica y semántica. La memoria episódica se considera de naturaleza autobiográfica y almacena eventos que están codificados en términos del espacio y el tiempo de su ocurrencia, por ejemplo recordar un cumpleaños, o la fecha de aniversario. La memoria semántica, por su parte, es una memoria de información general sobre el conocimiento del mundo, el lenguaje, conceptos y representaciones, por ejemplo, reconocer la definición del concepto de masa o reconocer un símbolo matemático (Ruiz Vargas, 1994 c.p. Blasco, 2013).

En cuanto a la memoria procedimental se puede establecer que es aquella que se maneja de manera inconsciente, permitiendo desarrollar acciones cotidianas de forma

automática no requiriendo de procesos conscientes para la ejecución de las tareas, por ejemplo un adulto atarse los cordones de los zapatos, cepillarse los dientes, o montar bicicleta, es decir, todas esas actividades que en principio fueron parte de la memoria consciente pasan a darse de manera automatizada. Sternberg (2011).

3.3.5. Neuroanatomía de la memoria.

Con el transcurrir de los avances y estudios en el área neurocientífica específicamente de la memoria se ha encontrado los diferentes correlatos neuroanatómicos que están asociados a los procesos mnésicos, es decir cada sub-tipo de memoria está encargada de una determinada área cerebral.

En lo que respecta a la memoria de trabajo se puede decir que el buen funcionamiento de ésta depende de las áreas sensoriales primarias, del lóbulo prefrontal, núcleo dorso-mediano tálamo y neocoriado. (Carboni, 2007).

La principal estructura encargada de la memoria declarativa es el hipocampo que es una pequeña masa de sustancia gris que se encuentra localizado en el interior de lóbulo temporal y al cual se le asocia diferentes funciones entre esas la memoria, por otra parte la memoria procedimental está en las regiones del neocoriado, el cerebelo, la amígdala, y la neocorteza posterior (Squire, 1992 c.p. Carboni, 2007).

Por otro lado Solís y López-Hernández (2009) sostienen que siendo la memoria un proceso por el que la información adquirida se convierte en conocimiento que guarda el sujeto para utilizarlo posteriormente cuando sea necesario, se considera una función que tiene relación estructural y funcional con el sistema nervioso central (SNC) y que se caracteriza por adquisición, almacenamiento y reposición de la información y las experiencias previas aprendidas, ingresadas por alguna vía sensorial. Las estructuras del SNC relacionadas con la memoria a largo plazo están representadas por el hipocampo, tálamo, amígdala del lóbulo temporal, cuerpos mamilares y al cerebelo; con respecto a la bioquímica, se enfatiza la participación de diversos neurotransmisores, entre los que destacan principalmente la acetilcolina y la dopamina.

El lóbulo temporal medial cumple un rol fundamental en la memoria declarativa, en particular el hipocampo es fundamental en dos componentes de este sistema de memoria, la memoria episódica, nuestra capacidad para acumular experiencias personales

únicas y, la adquisición de conocimiento semántico o fáctico. Existen distintas perspectivas sobre los mecanismos por los cuales el hipocampo sostiene la memoria declarativa (Carboni, 2007).

Así mismo otros autores como Solís y López (2009) establecen que el área de la memoria declarativa o explícita es la zona cerebral relacionada al lóbulo temporal. El funcionamiento de la memoria episódica depende de la integridad del hipocampo, giro dentado o circunvolución dentada, de la amígdala y núcleos talámicos. Además hay otras áreas involucradas en la codificación y almacenamiento de la información. En la memoria no declarativa, implícita o procedimental: que es aquella que se construye lentamente a través de la repetición de muchos ensayos, siendo el acceso de manera inconsciente; las áreas cerebrales relacionadas son el hipocampo, los ganglios basales y el cerebelo que son estructuras específicas que se encargan del control motor.

3.3.6. Procesos mnésicos en el envejecimiento normal.

Según Pirela y Linero (2013) el envejecimiento normal comporta una serie de cambios fisiológicos y neuro-anatómicos, los cuales pueden afectar tanto al sustrato neural que subyace al funcionamiento cerebral normal, como a los diferentes procesos cognitivos que soportan. De igual modo señalan que las consecuencias del paso del tiempo no son iguales para todas las personas del mismo modo, no afecta por igual a todas las capacidades cognitivas.

Clásicamente se ha considerado a la memoria como el ámbito cognitivo más vulnerable al paso del tiempo. Peña, et al. (2009) observaron un decremento con la edad de todas las medidas de memoria (adquisición y recuerdo a inmediato y a largo plazo) de una prueba de evaluación de la memoria verbal (Test de Recuerdo Libre y Selectivamente Facilitado). El deterioro mnésico más importante se observaría en tareas de memoria prospectiva (la que se requiere para recordar una tarea o acción futura) y en pruebas de memoria de trabajo aparece un deterioro de la memoria de trabajo, más específicamente del sistema ejecutivo central, lo que se ha asociado tanto al enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información como al deterioro de los lóbulos frontales (Pirela y Linero, 2013).

En lo que se refiere a la Memoria a Largo Plazo durante el envejecimiento aparece

un déficit mayor de la memoria declarativa. A su vez dentro de este subsistema declina más la memoria episódica, manteniéndose relativamente la memoria semántica. Estos déficits se han asociado con los cambios que aparecen en la corteza temporal, más específicamente con la pérdida neuronal de la formación hipocámpica, aunque también se han relacionado con cambios a nivel talámico y áreas corticales, así como con una disminución colinérgica, catecolaminérgica y de fosfolípidos (Pirela y Linero, 2013).

3.4. Neuropsicología

La neuropsicología puede ser definida como el estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos y comportamentales y de sus alteraciones en caso de daño o disfunción cerebral. La misma ocupa entonces un lugar intermedio entre la neurología y las neurociencias por una parte, y la psicología y las ciencias comportamentales por la otra. Su objetivo es el estudio de la organización (normal y anormal) de la actividad psicológica a partir del sistema nervioso, para ello, recurre a procedimientos tanto clínicos como experimentales.

Así, la importancia de la neuropsicología es, en consecuencia, múltiple: Como área fundamental de conocimiento en el análisis y la investigación de la organización, a partir del sistema nervioso, de los fenómenos cognoscitivos y comportamentales; como área clínica de trabajo, en el estudio y diagnóstico de personas cuyo sistema nervioso está lesionado y que, en consecuencia, presentan alteraciones cognoscitivo-comportamentales; como área aplicada de trabajo, en el diseño e implementación de procedimientos remediales y rehabilitativos en caso de patología del sistema nervioso (Ardila y Rosselli, 2007).

3.4.1. Historia de la neuropsicología.

El estudio de la neuropsicología ha presentado unos avances marcados a través de la historia. Rains (2002), plantea que en los tiempos prehistóricos se practicaba la trepanación (hoy llamada craneotomía) o apertura quirúrgica del cráneo para realizar observaciones de la actividad cerebral. Los primeros escritos encontrados datan de la era egipcia donde existe evidencia de observaciones en traumatismos cráneo cefálicos y como éstos afectaban la conducta de la persona. Por su parte, los griegos específicamente

Platón establecía que el cerebro y la cabeza era la parte más cercana al cielo y en consecuencia era el asiento del alma, más tarde Aristóteles mencionó que el cerebro servía como enfriador de la sangre y que era el corazón el órgano más adecuado para controlar las emociones y el pensamiento; unos cuantos siglos más tarde surge Hipócrates, que al igual que los Egipcios, realizó observaciones en personas con traumatismos y llegó a la conclusión de que el cerebro era el órgano encargado del pensamiento y el comportamiento.

Los Romanos también se adentraron en el estudio del cerebro, Galeno estableció que en los ventrículos cerebrales llenos de líquido cerebro espinal eran donde se encontraban ubicadas las principales funciones psicológicas; esta hipótesis se mantuvo hasta finales de la edad media con los planteamientos de Leonardo da Vinci quien amplió la visión de Galeno. En el siglo XVII surge el dualismo mente cuerpo de René Descartes quien hizo observaciones sobre la glándula pineal; Al transcurrir los siglos surgen otras ideas como la frenología de Gall, la cual establece tipos de conducta y personalidad en base a la forma y dimensiones del cráneo (Rains, 2002).

El siglo XIX es el catalogado como el inicio de la neuropsicología moderna, específicamente con los trabajos de Paul Broca; éste mediante observaciones de una lesión en una persona, pudo dar cuenta de la localización de la articulación del lenguaje, ya que la persona comprendía pero no podía articular frases; es acá donde se dio la ubicación en la zona frontal del hemisferio izquierdo, que actualmente se conoce como área de Broca. Unos años más tarde las investigaciones de Fritsch y Hitzig dieron frutos en la ubicación de la corteza motora, es decir, que la corteza cerebral estaba vinculada no solo a funciones cerebrales superiores sino también controlaría el movimiento. (Kolb y Wischaw, 2007).

Más avanzado el siglo XIX se tiene al alemán Wernicke quien estableció el área de la comprensión del lenguaje a través de observaciones en personas que podían articular sin problemas las palabras pero con una profunda incoherencia, dicha área también se encontraría en el hemisferio izquierdo pero en la región parietotemporal; dando así concordancia en que el lenguaje poseía una dominancia intrahemisférica en el hemisferio izquierdo (Kolb y Wischaw, 2007).

Luego a principios del siglo XX surgen nombres importantes que dieron aportes

específicos a la neuropsicología: La primera descripción sobre alteraciones perceptuales consecuentes al daño cerebral la realizó Munk quien observó que los perros con daño parcial y bilateral de los lóbulos occipitales no podían reconocer o reaccionar adecuadamente ante los objetos ya conocidos, aunque sí podían evitar los obstáculos colocados en su camino. Freud, antes de adentrarse en el psicoanálisis propuso el nombre agnosia, que finalmente reemplazó al de ceguera psíquica. También se encuentra Liepmann quien introdujo el concepto de apraxia, para indicar la incapacidad de realizar determinados movimientos por orden verbal, sin que hubiera parálisis de la extremidad correspondiente. (Ardila y Rosselli, 2007).

Los psicólogos de la Gestalt, promovieron el enfoque holístico en neuropsicología; con la premisa de que el daño cerebral interfiere con la función básica (gestalten), con una sintomatología variable derivada de las variaciones en la alteración de toda la organización cerebral. El apoyo científico para el enfoque holístico provino también de la experimentación animal de Lashley, cuyos trabajos iniciales sugirieron que la función cerebral no era el producto de una estructura neuroanatómica específica, sino que resulta de la participación integrada de una masa extensa de tejido cerebral. (Ardila y Roselli, 2007).

Durante la Segunda Guerra Mundial y en los años posteriores, no sólo en los países europeos sino en el resto del mundo, el número creciente de pacientes heridos de guerra con alteraciones cognoscitivas resultantes de lesiones cerebrales incrementó la demanda de procedimientos diagnósticos y rehabilitativos. El primer resultado importante de la posguerra fue la aparición de Luria (quien es el autor pilar en el que está basada esta investigación), que presenta una serie de propuestas originales acerca de la organización cerebral del lenguaje y de su patología, con base en la observación sistemática de centenares de heridos. Luria adoptó un punto de vista intermedio entre el localizacionismo y el antilocalizacionismo; para él, los procesos psicológicos representan sistemas funcionales complejos que requieren de muchos eslabones diferentes para su realización normal. (Cardinali, 2007).

En el momento actual la neuropsicología goza de una visión anatómica, funcional, descriptiva y correctiva de diferentes problemáticas que afectan la conducta del individuo, específicamente las funciones psicológicas básicas y complejas; también

cuenta con un amplio repertorio de herramientas para lograr que la persona se reajusta: evaluación mediante pruebas psicométricas estandarizadas y no psicométricas, técnicas de neuroimagen, tomografías, actividades de rehabilitación de corte cognitiva y cognitivo conductual así como la psicoterapia. (Rains, 2002).

3.4.2. Evaluación neuropsicológica.

El diagnóstico desde el punto de vista neuropsicológico se obtiene al aplicarse procedimientos psicométricos estandarizados, compuestos por ítems correctamente analizados y con una confiabilidad y validez aceptables, por ello, en su práctica profesional, el neuropsicólogo está obligado a utilizar procedimientos que dependen no sólo de la orientación particular del profesional, sino también de los recursos y condiciones existentes, y del objetivo para el cual se realiza; a esto se le denomina evaluación neuropsicológica (Ardila y Roselli, 2007).

La evaluación neuropsicológica asume el papel principal de especificar los efectos de las lesiones cerebrales en el comportamiento, identificando funciones intactas y deficitarias. Es decir, la evaluación neuropsicológica es un método para examinar el cerebro a través del análisis de su producto, la conducta. Estando enfocada en la conducta, la evaluación neuropsicológica tiene un parentesco con la evaluación psicológica; se basa en muchas de las mismas técnicas, supuestos y teorías. Al igual que la evaluación psicológica, la evaluación neuropsicológica implica el estudio intensivo del comportamiento por medio de la observación, las entrevistas y los tests estandarizados que proveen índices sensibles y precisos del funcionamiento neuropsicológico. (Blanco y Contreras, 2015).

Para Barroso y Junqué (2007) la evaluación neuropsicológica consiste en un examen comprensivo de las funciones cognitivas, conductuales y emocionales que pueden resultar comprometidas como consecuencia de una afectación funcional y/o estructural del sistema nervioso central. Así mismo se puede decir que obedece a distintos objetivos, a saber:

- Identificar, describir y cuantificar déficits cognitivos y alteraciones conductuales que se derivan de lesiones y disfunciones cerebrales de distinta

etiología.

- Establecer medidas de línea base para controlar el daño cerebral progresivo o los procesos de recuperación.
- Evaluar la eficacia de la intervención terapéutica de naturaleza médica, quirúrgica y/o neuropsicológica.
- Determinar las secuelas sociales, laborales, legales, familiares y personales derivadas de la lesión cerebral.
- Evaluar el estado cognitivo y afectivo para la formulación de estrategias de rehabilitación y diseño de intervenciones.
- Contribuir al diagnóstico diferencial. (p. 173)

Para Lezak, Howieson y Loring (2004), debe ser entendida como un proceso que se inicia con un acercamiento general al problema, que viene determinado por el propósito o motivo de la consulta, continúa con la realización de una entrevista y valoración inicial, la selección de los tests que se van a aplicar, la interpretación de los datos obtenidos y culmina con la comunicación de resultados.

A esto Ardila y Ostrosky (2012 c.p. Blanco y Contreras, 2015) proponen una síntesis del proceso de evaluación neuropsicológica, dividiéndolos en cuatro etapas a saber:

- Obtención de la historia clínica y establecimiento de una relación positiva con el paciente: éste es usualmente el primer contacto que el neuropsicólogo tiene con el paciente y su familia. Es importante ya que constituye una oportunidad para establecer una relación adecuada con el paciente...
- Aplicación y calificación de las pruebas: se debe explicar la naturaleza de la evaluación, la forma como se va a realizar el proceso y el tiempo que pueda tomar. Las pruebas a aplicar dependen de la condición del paciente y del tiempo disponible para la evaluación. Para medir todos los aspectos cognitivos posiblemente afectados, la evaluación neuropsicológica emplea procedimientos que se pueden llevar a cabo desde el acercamiento cualitativo o cuantitativo.

- Análisis de los resultados y elaboración del informe: para ello el neuropsicólogo debe tener claridad suficiente sobre el diagnóstico del paciente y las recomendaciones que va a realizar.
- Devolución de los resultados al paciente o a quien lo remitió: se considera que la misma debe hacerse en una sesión especial, para explicar qué se encontró en la evaluación, explicar qué significan los resultados, comentar las recomendaciones y contestar las preguntas. (p. 13)

3.4.3. Rehabilitación neuropsicológica.

La rehabilitación neuropsicológica es una parte de la neuropsicología que apunta hacia el reordenamiento y readaptación de la persona con su entorno físico, social y emocional, proporcionando un conjunto de estrategias y técnicas específicas a cada persona y/o patología (Barroso y Junqué, 2007).

Blanco y Contreras (2015) definen el proceso de rehabilitar como el incremento o mejora de la capacidad de un sujeto con daño cerebral para procesar y utilizar adecuadamente la información a nivel cognitivo, y para potenciar su funcionamiento en su vida cotidiana, a través de un proceso terapéutico, en dicho proceso de intervención participan conjuntamente las personas con daño cerebral, sus familiares y los profesionales del servicio de salud. Abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana.

Por otra parte Gómez y cols. (2009) establecen que el proceso de rehabilitación comienza con una adecuada evaluación neuropsicológica, para destacar así cuales funciones están alteradas y cuales se encuentran conservadas; así como debe estar a cargo de múltiples profesionales: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc; en este marco la rehabilitación puede ser considerada como un proceso de aprendizaje que implica cambios en los modelos de conducta preexistentes, o la implementación de nuevos patrones de comportamiento.

Por otra parte para Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano (2011) la rehabilitación trabaja bajo la premisa de neuroplasticidad, donde las neuronas aunque no son capaces de

reproducirse si crean nuevas conexiones corticales, de este modo las actividades apuntan a que se facilite la creación de nuevas conexiones que suplan o complementen las alteradas o dañadas.

En cuanto a los principios que debe regir cualquier plan de rehabilitación Blanco y Contreras (2015), proponen cinco criterios básicos:

- La Rehabilitación Neuropsicológica debe ser individualizada, debido a que las personas con daño cerebral constituyen un grupo muy heterogéneo con diversas variables que influyen en la eficacia de la rehabilitación.

- Debido a que la Rehabilitación Neuropsicológica se basa en el aprendizaje para el desarrollo de las mejoras en las limitaciones funcionales de la persona afectada, se debe atender a las características del contexto donde se realiza, es decir, el ambiente debe estructurarse de forma que puedan usarse situaciones conocidas y funcionales, con el fin de aumentar la eficacia del desempeño de la persona.

- La Rehabilitación Neuropsicológica no es una responsabilidad inherente sólo al profesional, por el contrario, es un proceso que debe contar con la máxima participación de la persona a rehabilitar, para esto, se deben incorporar sus déficits cognitivos e identificar el nivel de conciencia que tiene de éstos.

- La Rehabilitación Neuropsicológica debe incorporar varias perspectivas y diversas aproximaciones. Desde el inicio de la rehabilitación, y a medida que se manifiestan progresos, se debe establecer una jerarquía de las tareas que la persona debe cumplir, las cuales se vuelven cada vez más complejas. De esta forma, la persona logra alcanzar metas funcionales, iniciando con comportamientos simples y avanzando hacia otros más complejos.

- El apoyo familiar constituye una parte importante del proceso rehabilitador, esto se debe a que en este contacto se encuentra la principal fuente de reforzamiento para la mayoría de las personas. Los miembros de la familia deben ser incluidos como parte de la rehabilitación, la Rehabilitación

Neuropsicológica debe incluir la realización de actividades, prácticas e informativas, en conjunto con la familia de la persona a tratar.

- Los aspectos afectivos y emocionales que conlleva el daño cerebral deben ser incluidos dentro de la rehabilitación. Es muy frecuente que aparezcan síntomas de depresión y ansiedad ante la presencia de una alteración funcional. Sin embargo, son quizás más preocupantes los sentimientos de miedo, frustración y pérdida de control de las facultades, que propician conductas de evitación y el desarrollo de predicciones negativas autocumplidas. (p. 22)

Por otra parte Arango (2006) c.p. Blanco y Contreras (2015) mencionan que existen estrategias de rehabilitación, entre las cuales se puede describir:

- Restauración: son aquellas que se enfocan en mejorar la función a través de la intervención de los déficits neuropsicológicos subyacentes, fortaleciendo las habilidades mediante el ejercicio y la práctica repetida de las tareas cognitivas

- Compensación: se utilizan cuando se asume que la función alterada no puede ser restaurada y, por ello se entrena a la persona en el uso de otros comportamientos alternativos para evitar dificultades que podrían surgir como consecuencia de los déficits cognitivos (calendarios, alarmas, relojes, libros de memoria, agendas o computadoras personales).

- Sustitución: Cuando la pérdida de la función es total, se busca un sustituto para disminuir el impacto del deterioro en el funcionamiento diario. (p. 24)

Para que el proceso de rehabilitación sea efectivo en el tratamiento de las funciones cognitivas alteradas no sólo se emplean las estrategias propias de la Rehabilitación Neuropsicológica, sino que también el profesional debe estar capacitado en uso de técnicas psicológicas como la modificación de conductas, las técnicas cognitivo-conductuales, de orientación grupal y familiar, para abordar la problemática emocional presente durante el proceso rehabilitador (Blanco y Contreras, 2015).

3.4.4. Rehabilitación de la memoria.

Ardila y Roselli (2007) plantean que la rehabilitación de la memoria se basa en dos de los principios básicos ya señalados

- Restauración (ejercicios que implican repetir una lista de palabras o párrafos, uso de imaginería o claves para mejorar la evocación, etc.)
- Compensación (ayudas externas o instrumentos que ayuden a organizar, guardar y recuperar información; por ejemplo, agendas electrónicas, libros, calendarios). Adicionalmente, y al igual que en el restablecimiento de otras capacidades se aconseja hacer ciertas modificaciones en el ambiente. Se habrá que ayudar al paciente a recordar y disminuir en lo posible las interferencias. (p. 226)

Los individuos pueden incrementar el volumen de información disponible si establecen un orden y aprenden a sistematizarla (metamemoria). En consecuencia, llevar a la práctica estrategias para organizar la información ayuda a incrementar la cantidad de ésta. En pacientes con defectos mnésicos puede ser deseable disminuir las exigencias de memoria, es decir, que su vida cotidiana no dependa sólo de retener permanentemente nueva información. Sería deseable crear hábitos comportamentales que disminuyan la cantidad de información que debe ser almacenada en cada momento. (Carter, 2009).

3.4.5. Evaluación y Rehabilitación Luria-ucv.

El Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria-UCV es una prueba para el examen clínico de la corteza cerebral, diseñado para ser utilizado por psicólogos y médicos para la evaluación neuropsicológica de adultos venezolanos, mayores de 15 años, con un nivel de educación igual o superior a sexto grado de Educación Básica. El estudio de confiabilidad y validez del Protocolo, mostró resultados que permitieron establecer la seguridad psicométrica del mismo como instrumento para la evaluación neuropsicológica (Gómez y cols. 2009).

Dicho Protocolo ofrece información cualitativa que, a su vez, potencia y complementa la información cuantitativa que también proporciona, ya que la

interpretación de los datos se hace sobre la base del modelo neuropsicológico de Luria. Además, el mismo permite realizar una evaluación a distintos niveles de complejidad, con el objetivo de describir, comprender y/o explicar las distintas funciones observadas, para que sirva de base en la elaboración del plan de rehabilitación. Además, permite que la evaluación pueda ser repetida fácilmente en poco tiempo y en igualdad de condiciones (Gómez y cols. 2009).

El Protocolo está conformado por 337 ítems, agrupados en 10 subpruebas que se corresponden con las funciones cognitivas que aborda, estos ítems se dividen en (236) para la evaluación cuantitativa y (101) para la evaluación cualitativa. Los ítems cuantitativos evalúan la calidad de la ejecución de la tarea o acción indicada, los cualitativos evalúan la ausencia o presencia de una anormalidad específica. Para el perfeccionamiento del protocolo se procedió, en primer lugar, a diseñar en forma separada cada una de las funciones del mismo, quedando así constituido como una batería de 10 pruebas (Gómez, Roca y Esaá, 1999 c.p. Blanco y Contreras, 2015).

El Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria-UCV consta de 10 cuadernillos (uno por cada función cognitiva que se ha de evaluar), la Ficha de Datos de Identificación, el formato para la evaluación del Estado de Conciencia, el formato de evaluación del Predominio Lateral, 7 hojas de ejercicios y 171 tarjetas a utilizar. Con la aplicación del Protocolo se evalúa clínica y psicométricamente el nivel de deterioro neuropsicológico de 10 funciones cognitivas superiores basadas en el trabajo de Luria (Gómez y cols, 2009):

- Función Motora
- Organización Acústico-Motora,
- Funciones Cutáneas y Quinestésicas Superiores
- Función Visual,
- Lenguaje Receptivo
- Lenguaje Expresivo
- Lectura y Escritura
- Destreza Aritmética
- Procesos Mnésicos: la cual será la utilizada en esta investigación, la misma incluye 33 ítems, 15 cuantitativos y 18 cualitativos distribuidas en 3 subfunciones:

- Aprendizaje (Serie de Palabras y Números Inconexos): 10 ítems
 - Retención y Recuperación: 17 ítems
 - Memoria Lógica: 6 ítems
- Procesos Intelectuales

Por su parte el Programa de Rehabilitación Luria - UCV fue diseñado sobre la base del Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria-UCV, lo que implica que abarca las diez funciones cognitivas superiores que se evalúan en el mismo. Dichas funciones fueron desarrolladas tomando como soporte los trabajos originales de Luria (Gómez, Roca, Esaá, Sánchez, Ruiz y Vernet, 2009 c.p. Blanco y Contreras).

El programa incluye información relacionada con variables asociadas con el desempeño neuropsicológico tales como: edad, género y nivel de educación. Se puede trabajar con adultos venezolanos, mayores de 15 años, con un nivel de educación igual o superior a sexto grado de Educación Básica.

El Programa contiene un total de 396 actividades, enumeradas de forma consecutiva, independientemente de la función a la que pertenezcan. Cada actividad tiene instrucciones específicas. Las mismas están separadas en: aquellas que representan las acciones que debe realizar el rehabilitador y las instrucciones verbales que debe suministrar a la persona. El programa tiene la flexibilidad de que las instrucciones sean parafraseadas, repetidas (un máximo de tres veces) o se ofrezcan ejemplos, cuando el rehabilitador lo considere necesario para asegurarse que la persona comprendió la instrucción. (Blanco y Contreras, 2015).

En cuanto al análisis psicométrico; la batería por ser de creación reciente consta de un proceso de validación de expertos: el cual estuvo compuesto por la revisión y análisis de siete profesionales dedicados al área de neuropsicología.

La función de procesos mnésicos, que es la que se llevará a cabo en la presente investigación, consta de 37 actividades divididas en 3 niveles de complejidad; en el primer nivel existen 114 tarjetas estímulos para lograr el entrenamiento; el nivel 2 consta de 96 tarjetas, mientras que el último nivel consta también de 96 tarjetas: las mismas tienen una dimensión y longitud especificada por las autoras, quienes establecieron el mismo patrón del protocolo de evaluación. Cabe destacar que el proceso de rehabilitar debe comenzar por el nivel uno hasta que la persona completa correctamente cada

actividad para luego implementar los niveles dos y tres. (Blanco y Contreras, 2015).

3.5. Asesoramiento Psicológico, Calidad de Vida y Procesos Mnésicos

La Psicología Humanista como corriente psicológica surge para estudiar los fenómenos de la conducta y los procesos mentales bajo la concepción holística del ser humano y su entorno. El concepto del ser humano que tiene la Psicología Humanista es rico y complejo. Lo concibe, un ente inherentemente activo; creativo, impredecible, proactivo, responsable, consciente de sí mismo y de su libertad; con la capacidad de construir su destino apoyándose en su auto-afirmación, de elegir y de asumir las consecuencias de sus acciones, y con un gran potencial para su desarrollo personal positivo (Losada, 1994). De esta manera, el Humanismo proporciona el basamento teórico dentro del cual se enmarca el Asesoramiento Psicológico, enfoque que da fundamentación a la presente investigación.

En este orden de ideas el asesoramiento psicológico, es una rama de la Psicología cuyo objetivo fundamental radica en que el asesor brinda apoyo como un guía competente para aquello que necesita el asesorado como lo es el entrenamiento, conocimientos y desarrollo de la capacidad para la resolución de problemas tanto académicos y vocacionales, pasando por la intervención familiar, la asesoría a organizaciones, la promoción del potencial humano hasta el trabajo psicoterapéutico con individuo y grupos.

Asimismo procura el bienestar del ser humano como totalidad y como parte integrante de una sociedad, haciendo énfasis en las labores preventiva y de desarrollo más que en las de tipo correctivo o remedial. Se desarrolla mediante un proceso de asistencia profesional donde la relación de ayuda es el instrumento básico y está enfocada principalmente en el asesorado, su conocimiento y comprensión de sí mismo (características y potencialidades, fundamentalmente) y del mundo que lo circunda (Obregón, 2002).

Peña, Cañoto, y Santalla (2006) señalan que el Asesoramiento Psicológico muestra, entonces un perfil flexible e integrativo que puede ser caracterizado por: el énfasis en una visión de apoyo, el interés por la promoción del bienestar, el interés por el análisis y aprovechamiento de los recursos personales, la influencia de una visión

evolutiva que engloba todo el ciclo vital humano y una visión centrada en la resolución de problemas.

En cuanto al profesional que presta la asesoría psicológica se puede establecer que es una persona capacitada que aplica principios y procedimientos para facilitar un funcionamiento efectivo durante toda la vida; dicho profesional apoya al individuo a adquirir o a modificar destrezas, para mejorar sus capacidades de adaptación a las exigencias de una vida cambiante. Los servicios de asesoramiento psicológico son utilizados por individuos de todas las edades para abordar dificultades relacionados con la educación, la familia, matrimonio, sexualidad, la salud, el envejecimiento y las limitaciones o impedimentos de naturaleza física o social. (A.P.A, 1981 c.p. Obregón, 2002).

Lo plasmado hasta ahora hace referencia, tal como lo expone Peña, Cañoto y Santalla (2006) a que el asesoramiento psicológico engloba una multiplicidad de teorías y estrategias de intervención; y a su vez la relación implícita que existe entre el enfoque y otras tendencias como la psicología clínica.

Asimismo (Crites 1969 c.p. Opción de Asesoramiento psicológico y Orientación s/f) propone que el vínculo entre estas dos áreas crea lo que se denomina como orientación conductual u orientación personal: la cual aborda aspectos como, ajuste superficial de la personalidad, problemas de desajuste temporal, higiene mental y prevención, rehabilitación, entre otros. Atiende problemas específicos de la formación y desarrollo de la personalidad del individuo, siendo una actividad que ayuda a la persona a resolver situaciones no patológicas que se le presentan en su campo de acción vital, es decir, no trabaja con problemas de índole anormal sino aquellos elementos que se encuentran dentro del ámbito del desarrollo normal del individuo, como lo es el envejecimiento normal y el declive de la memoria en dicha etapa de la vida, tema a tratar en la presente investigación.

De igual modo resulta imperativo resaltar las tres dimensiones de la orientación y asesoramiento psicológico que proponen Morril, Oetting y Hurst (1974) los cuales establecen mediante la propuesta de un cubo tres elementos de acción del asesor: la dirección de la intervención, el propósito de la intervención, y el método de la intervención. La primera se refiere a si el trabajo va dirigido a individuos per se, grupos

primarios (diadas), grupos (asociaciones) o instituciones y comunidades; la segunda línea que se refiere al propósito establece la índole de la intervención, es decir, si es de tipo correctivo, de prevención o de desarrollo; y por último se encuentra el método de intervención: que sería la forma de cómo ejecutar y se puede nombrar los medios indirectos (libros, tv, computadoras), de consulta y entrenamiento y servicio directo.

Una vez establecida la conceptualización de asesoramiento se puede resumir que la siguiente investigación se encuentra enmarcada dentro de dicha filosofía ya que parte de realizar un trabajo holístico con un sujeto, siendo la dirección de tipo individual. El abordaje de la parte sana del individuo incrustado en su proceso natural evolutivo (envejecimiento normal), con el objetivo de desarrollar y prevenir mediante un entrenamiento específico en procesos mnésicos. La filosofía humanista sobre la cual descansa el asesoramiento psicológico, constituyen un asidero para desarrollar la intervención prevista en la siguiente investigación a fin de dar herramientas a los participantes que les permita potenciar los recursos mnésicos con los que cuentan para prolongar su estado de envejecimiento normal y mejorar su bienestar psicológico.

IV. MARCO METODOLÓGICO

Esta sección describe de forma detallada la metodología que se llevará a cabo el estudio; incluyendo el análisis de variables, el diseño empleado, los participantes, los materiales que se necesitan para el experimento, así como el procedimiento empleado y la factibilidad del mismo.

4.1. Sistema de Variables

Variable independiente: Programa de rehabilitación integral-Luria UCV, subprueba mnésica.

Definición teórica: La subfunción procesos mnésicos es aquella que trabaja la memoria inmediata verbal y no verbal, con y sin interferencia en distintos niveles de complejidad; recuperar información verbal desde letras hasta párrafos, e información visual desde imágenes simples hasta complejas, con y sin la ayuda de claves verbales o visuales (Blanco y Contreras, 2015, p. 10)

Definición operacional: La aplicación del programa está organizada por un número de tres (3) sesiones (dependiendo del desempeño del sujeto), con una duración aproximada de sesenta (60) minutos cada una, dispuestas en un (1) día por semana: los cuales están distribuidos en un (1) día para el primer nivel, un (1) día para el segundo nivel y un día (1) para el tercer nivel, dando así tres (3) semanas de aplicación aproximadamente. Es preciso resaltar que la dificultad aumenta conforme la persona avanza en la rehabilitación.

Variables dependiente: Calidad de vida

Definición teórica de calidad de vida: Interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (Velandia,

1994 p. 300).

Definición operacional de calidad de vida: La medición será llevada a cabo mediante el instrumento de calidad de vida WHOQOL. Ver apartado de instrumentos.

Variables dependiente: procesos mnésicos.

Definición conceptual: Sternberg (2011) define a los procesos mnésicos como aquel mediante el cual la persona retiene y utiliza información pasada para utilizarla en el presente; existiendo inmersos procesos dinámicos como lo son el almacenamiento, la retención y recuperación de la información previa.

Definición operacional de procesos mnésicos: esta función neuropsicológica es medida mediante el protocolo de evaluación neuropsicológica LURIA-UCV. Ver apartado de instrumentos.

Variables Extrañas Controladas

En este ámbito se encuentran variables tanto de las personas como del ambiente que pueden influir en el impacto del programa de rehabilitación, facilitando o interfiriendo la eficacia del mismo; es por ello que es necesario controlarlas

- Exclusión de demencias y trastornos neuropsicológicos: Como se quiere conocer los efectos del programa sobre las personas con envejecimiento normal es preciso que los participantes se encuentren en un declive orgánico acorde a su edad, es decir, sin demencias o algún otro tipo de patologías a nivel cerebral. Forma de control: Eliminación, garantizando que la intervención se encuentre desarrollada con personas sanas probando su alcance en primera instancia con el envejecimiento normal.

- Edad: se eligió un rango de edad específico (65-80 años de edad), ya que en dichas edades ya se evidencia un declive normal en las funciones cognitivas Ventura (2004); Saleh, Jara y Michea (2012). Forma de control: Homogenización, a fin de conocer los efectos de la variable independiente sobre un grupo específico de edad.

- Medicación: ciertos tipos de medicación influyen en el rendimiento normal del sujeto, es por ello que para garantizar que el programa tenga algún efecto los participantes no pueden tener una medicación que influya en el rendimiento cognitivo como por ejemplo, antidepresivos, ansiolíticos, neuromoduladores. Forma de control: eliminación.

- Ambiente: la aplicación se dará en el mismo lugar, con las mismas condiciones

de iluminación. Forma de control: Constancias de las condiciones para así garantizar que el entorno se presente con un mismo valor de influencia sobre los participantes.

Variables Extrañas No Controladas

- Sexo: No se garantiza el control de esta variable dado que depende que adultos deseen participar de forma voluntaria en la investigación; por lo que no puede establecerse una distribución equitativa según el sexo.

- Muerte experimental: En caso de que alguno de los participantes no se presente el día acordado o que decida abandonar el experimento una vez comenzada la dinámica, estará en su derecho de hacerlo, sin embargo, los investigadores no podrán prever esta situación y se contará con un sujeto menos a la hora de realizar la aplicación.

- Motivación: El factor de la motivación representa una variable extraña no controlada debido a que no resulta posible conocer los niveles de motivación de los participantes al realizar el experimento o saber sus condiciones personales para ese momento.

- Deseabilidad Social: Al momento de contestar los instrumentos, el sujeto pudo responder no sobre la base de lo que en realidad siente, sino con base en lo que cree que los demás esperan que éste lo haga. Resultando un puntaje no correspondiente con la realidad.

- Cambios en la planificación del lugar: en ocasiones se tenía planificado trabajar en uno de los espacios asignados por la institución pero era cambiado de manera repentina por algún trabajador con alguna actividad pautada.

- Ruido y distracciones repentinas: debido a que el centro donde se lleva a cabo la investigación (Centro de Juventud Prolongada de Chacao) realiza diferentes actividades, y se encuentra ubicada en las cercanías de un centro deportivo el ruido es una variable que no pudo ser controlada.

- Situación de protestas en el país: dado el número de eventos nacionales de importancia es preciso puntualizar que en ocasiones los participantes asistían a la actividad reportando que se sentían distraídos y con un estado emocional alterado por todo lo que estaba sucediendo en el entorno nacional.

4.2. Tipo de Investigación

Esta investigación tendrá un alcance de tipo explicativo, lo cual, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006), se entiende como aquel que mide, evalúa y conoce los efectos de una variable sobre otra, estableciendo relaciones causa-efecto; tal como se plantea en la pregunta de investigación y en el objetivo general, se pretende explicar los efectos de la aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica Luria UCV tanto en los niveles de memoria como en la calidad de vida percibida por cada uno de los sujetos.

4.3. Diseño de Investigación

Según McGuigan (1996) el diseño es el plan y estructura de la investigación que se concibe de determinada forma para responder a la pregunta de investigación; posee las funciones de maximizar los efectos de la VI, minimizar la varianza de error y controlar las variables extrañas. Siguiendo los planteamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2006), la investigación es de tipo cuasiexperimental ya que aún cuando se está garantizando un grado de control no se cumplen con los requerimientos mínimos para que sea una investigación experimental.

Debido a las características de la investigación la cual está enmarcada en la aplicación de un programa que debe ser individualizado (N=1) se puede establecer que es un diseño de caso único donde es el sujeto el que representa su propio control ya que no existe un proceso de comparación grupal; específicamente un estudio de criterio cambiante.

Sulzer y Mayer (1985) establecen que en el diseño de criterio cambiante el evaluador cambia sucesivamente el criterio de consecución, por lo común en pasos graduales, a partir de los niveles de línea base hasta un nivel terminal deseado; una vez alcanzado dicho criterio, se cambia, haciéndose cada vez más exigente hasta alcanzar el nivel terminal de comportamiento. Cada una de las fases del diseño se convierte en la línea base de la próxima. Este diseño es de utilidad ya que es una estrategia útil para ponderar el moldeamiento de programas con la finalidad de acelerar o disminuir conductas.

En el caso de la presente investigación se partirá de una línea de base de evaluación de la memoria para luego pasar a la intervención la cual está organizada por tres niveles de dificultad (criterios de consecución), la persona para completar cada uno debe culminar de manera eficaz el nivel previo hasta completar todos los establecidos en el programa.

4.4. Muestra

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo de tipo no probabilístico intencional; debido al diseño de la investigación la cual está enmarcada en el caso único, se eligieron 5 personas con edades comprendidas entre los 65 y 80 años de edad que cumplan los requisitos manifestados por el programa de rehabilitación (personas de cualquier sexo con escolaridad igual o superior a sexto grado); así mismo se buscaron sujetos sanos (sin patologías neurocognitivas diagnosticadas) ya que se pretende evaluar los efectos del programa en personas con envejecimiento normal.

Tabla 1.

Características de la muestra

Sujeto	Edad	Sexo	Nivel de instrucción
R.E	78 años	Femenino	Bachillerato incompleto
S.M	71 años	Femenino	Universitaria
G.M	73 años	Femenino	Universitaria
M.G	75 años	Femenino	Bachillerato incompleto
R.	77 años	Masculino	Universitaria

4.5. Instrumentos y Materiales

4.5.1. Instrumento de Calidad de vida WHOQOL:

- Descripción: Escala tipo likert compuesta por 26 ítems de 5 puntos, los cuales producen un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, relaciones sociales, ambiente.
- Puntuación: Cada ítem se puntúa del 1 a 5 y se ubica la sumatoria de cada dimensión para obtener un puntaje bruto. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.
- Normas: Las normas fueron diseñadas con población española y se dan mediante puntajes percentiles; los cuales establecen el porcentaje que iguala o supera dicho

sujeto con respecto a la población.

4.5.2. Protocolo de evaluación Luria-UCV: sub-prueba mnésica

- Descripción: con la utilización de 33 ítems de ejecución (15 cuantitativos y 18 cualitativos) distribuidos en 3 subfunciones referidas al aprendizaje (serie de palabras o números inconexos), retención y recuperación y memoria lógica.
- Puntuación: El test arroja un puntaje bruto que viene dado por la sumatoria de respuestas correctas establecidas por la persona; luego debe ser asociado con un puntaje Z que establece a cuantas desviaciones típicas se encuentra el desempeño del sujeto con respecto a la media, estos puntajes asumen que la distribución se comporta como una curva normal con Media de 50 y Desviación de 10
- Baremos: La prueba contiene diferentes cuadros de baremos los cuales se organizan por criterio de edad y escolaridad.

4.5.3. Programa de rehabilitación Luria-UCV: sub-prueba memoria

- Descripción: la subfunción de memoria consta de 306 tarjetas estímulos que fueron impresas y organizadas previamente, así mismo consta de treinta y siete (37) actividades divididas en tres niveles de dificultad: el primer y segundo está compuesto por doce (12) actividades cada uno, mientras que el tercero consta de trece (13), es de hacer notar que cada uno tiene comprendido los mismos tres elementos que la evaluación: aprendizaje (series de palabras y números inconexos), retención y recuperación (reconocimiento de la forma; reproducción inmediata de huellas acústicas, cinestésicas y verbales; recuerdo de palabras; recuerdo de oraciones y textos) y memoria lógica (recuerdo mediante ayudas visuales y recuerdo mediante el método de pictograma), la diferencia se encuentra en que aumenta la complejidad de la tarea en el transcurso de cada uno.
- Puntuación: Siguiendo lo diseñado por Blanco y Contreras (2015), cada una de las actividades están organizadas por una escala de rehabilitación que la persona debe cumplir para avanzar; una que va de cero a tres puntos y otra que solo incluye el

ceros y el tres. Estas escalas se rigen por las siguientes proposiciones:

Puntaje	Significado
0	No hay respuesta o ninguna respuesta correcta
1	Respuestas correctas: la mitad menos 1
2	Respuestas correctas: la mitad más 1
3	Todas las respuestas correctas

Así mismo, las actividades contenidas tienen varias repeticiones de una misma tarea o varias tareas que deben ser ejecutadas sucesivamente. Esto implica que dichas actividades se evalúan en cuanto a la frecuencia de sus respuestas, las cuales pueden consistir de 1, 3 o 5 respuestas. De esta manera su equivalencia en la escala es la siguiente:

Puntaje	Número de respuestas correctas		
0	0/1	0/3	0/5
1		1/3	1-2/5
2		2/3	3-4/5
3	1/1	3/3	5/5

4.5.4. Material de apoyo:

Se requirió de lápices y borrador, hojas en blanco para realizar anotaciones sobre diferentes aspectos que consideren pertinentes los evaluadores, engrapadora para anexar los dibujos realizados por los participantes en algunas actividades, cámara fotográfica para recolectar evidencias sobre el trabajo realizado, cronómetro para llevar el tiempo en las actividades que lo requerían.

4.5.5. Cartas de consentimiento

Para el Centro de Juventud Prolongada debidamente firmadas y selladas por la dirección de la escuela de psicología donde se explica que la investigación es con carácter académico y que los participantes deben estar bajo su propia voluntad.

4.6. Ambiente

La aplicación tanto del protocolo de evaluación como la rehabilitación de procesos mnésicos debe realizarse en un ambiente relajado, libre de ruidos excesivos, y debe contar con buena iluminación, así como de sillas y escritorio para la comodidad tanto de

la persona participante como la de los evaluadores.

La presente investigación se llevó a cabo en Centro de Juventud Prolongada del municipio Chacao del estado Miranda, el cual cuenta con espacios dedicados a múltiples actividades dentro de las cuales se encuentra el área de psicología, luego de realizar el contacto inicial y tener la permisología correspondiente tanto por la dirección de la escuela de psicología como por el centro se procedió a aplicar la variable independiente principalmente en dos salones diferentes los cuales poseían los requerimientos mínimos para la actividad: buena iluminación, sillas y mesas, ventilación natural así como puertas para lograr un mayor clima de privacidad.

4.7. Consideraciones éticas

La ética se refiere a las consecuencias e implicaciones del uso del conocimiento producido, es por ello que toda investigación debe mantener un carácter ético con la finalidad de preservar y proteger el bienestar físico y psicológico de los participantes.

El diseño y la aplicación de la investigación no está exento respecto a los parámetros éticos dispuestos por la American Psychological Association (2010) y el código de ética del psicólogo venezolano, resaltando las siguientes consideraciones:

Kerlinger y Lee (2002), establecen que “el investigador tiene que garantizarle al participante que los datos que se obtengan de él estarán salvaguardados” p. 399. En el caso de este estudio en algunos participantes se puede hacer referencia a temas que pudieran resultar privados. Se le debe explicar cuidadosamente la naturaleza de la investigación, así como se les informará a los individuos participantes las razones de este estudio y alcance de la investigación, hasta el punto que no entorpezca en el desempeño y resultado en las pruebas. Es ético explicarles a las personas que el objetivo principal es mejorar su estado actual de memoria y calidad de vida percibida.

Según lo planteado por el código de ética del Psicólogo en Venezuela en su artículo 57: se reconoce el derecho del participante a expresar en absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación y tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento; para ello se utilizó una carta de voluntariedad que los participantes debían firmar previo a la intervención; así mismo se respetó la decisión de tres participantes que decidieron no ser parte de la investigación.

4.8. Procedimiento

A partir de los objetivos planteados, la presente investigación se llevó a cabo en dos fases:

Etapa preintervención

- Surge un interés particular de los investigadores en vincular las neurociencias con el asesoramiento psicológico mediante la asignatura seminario de investigación.
- Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva que contempló todo lo relacionado con los aspectos teóricos, a través de la indagación en bibliotecas y buscadores electrónicos especializados sobre neurociencias y asesoramiento psicológico; encontrando antecedentes de importancia.
- Se encuentra la investigación de Blanco y Contreras (2015), quienes diseñaron y validaron un programa de rehabilitación neuropsicológica, y en sus recomendaciones exponen la conveniencia de aplicar dicho programa en una población con envejecimiento normal, siendo ésta una muestra que encaja dentro de los dominios del asesoramiento psicológico; partiendo de la premisa que dicho programa puede mejorar la calidad de vida de las personas.
- Se realizó una serie de entrevistas a expertos en el área de Neuropsicología y Calidad de vida, para así complementar la información teórica obtenida, dando como resultado que se trabajaría específicamente sobre la función memoria debido a que es la que se deteriora más tempranamente, afectando la calidad de vida del sujeto.
- Con base en la búsqueda teórica realizada se procedió a la elaboración del anteproyecto del trabajo especial de grado.
- Debido a que el programa a ejecutar ya se encontraba diseñado y validado se procedió a la impresión del mismo incluyendo manuales de aplicación, protocolos de corrección y tarjetas estímulo (306): para la elaboración de éstas últimas fue necesario adquirir el material utilizado la plastificación (hojas tamaño carta de plastificar, máquina calentadora y guillotina); fue necesario aproximadamente un mes de trabajo debido a la cantidad de tarjetas que se tenían que elaborar.

- Luego se procedió a la revisión exhaustiva de los protocolos donde se encontraron errores de ortografía y gramaticales que fueron corregidos y reimpresos.
- A través del instituto de psicología fue adquirido el protocolo de evaluación de Luria-UCV así como se realizó un entrenamiento en la aplicación del mismo.
- Así mismo entre los investigadores procedieron a entrenarse en la aplicación del programa de rehabilitación, así como en diversas técnicas de modificación de conducta como lo son: el reforzamiento positivo, entrenamiento en relajación y moldeamiento debido a que las mismas pudieron haber sido utilizadas en la fase de intervención.

Etapa de intervención

- Fue necesario realizar un pilotaje del programa para estimar los tiempos de aplicación, así como observar si las tarjetas estímulos y las instrucciones fueron percibidas de manera efectiva; el mismo se ejecutó con una persona que cumple con las mismas características de la muestra (mayor de 65 años y escolaridad igual o superior a 6to grado); de allí se calculó que la aplicación del programa tomaría en promedio cuatro (4) días, detallándose que hay actividades de la misma magnitud en todos los niveles; también se ajustaron los tiempos de presentación del estímulo en algunas actividades y se consideró que hay tarjetas que no se entienden por el criterio de elaboración; a esto se decidió explicarle a la persona lo que significa el contenido de la misma.
- Se realizó el contacto inicial con la institución Centro de Juventud Prolongada por recomendación de un profesional de la psicología, explicando el objetivo de la investigación, así como el interés de los investigadores de acceder a la muestra especificada. Fueron solicitadas por parte de la administración de la institución cartas de explicación y autorización firmadas y selladas por la dirección de la escuela de psicología.
- Una vez adquiridas las cartas y llevadas al centro, se organizó una reunión entre los investigadores, el personal de salud, y las personas interesadas en participar voluntariamente en la aplicación del programa; acá se explicó todo el procedimiento de lo que se realizaría, obteniendo el interés de los cinco

participantes que se necesitarían para la investigación.

- Se organizó y se fotocopió todo el material a utilizar: fichas, protocolos, manuales de corrección, hojas en blanco, test de calidad de vida, entre otros.
- Se planteó una segunda reunión con los cinco interesados de aproximadamente una hora de duración con la finalidad de entablar el rapport y explicar más a fondo la investigación.
- Se aplicó el pre test de calidad de vida y se rellenaron las cartas de voluntariedad; también se fijaron horarios de trabajo y lugares específicos dentro de la casa para ejecutar el programa.
- En la semana subsiguiente se aplicaron los cinco pre test de procesos mnésicos, estableciéndose una primera línea base.
- Por el asueto de la semana mayor la aplicación del programa se comenzó una semana después de aplicar el pre test, extendiéndose durante un lapso de 3 semanas; teniendo algunas dificultades como consecuencia del contexto nacional.
- Transcurrida la aplicación se procedió a la elaboración de post test tanto de calidad de vida como de los procesos mnésicos, también se tomaron evidencias fotográficas con los participantes. Se les despidió, haciendo énfasis en que debían continuar con la estimulación de los procesos mnésicos, mediante actividades semejantes a las incluidas en el programa; se les dejó presente el carácter ético de devolución de feedback de su desempeño en el programa para una reunión posterior.

V. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados de manera cuantitativa de la presente investigación para cada uno de los participantes, considerando los objetivos de la misma. Los datos se expresan mediante los puntajes obtenidos (brutos y transformados) y se encuentran representados mediante tablas y gráficos que los ilustran.

Como primer lugar se presentan los resultados correspondientes a los objetivos específicos, los cuales consisten en evaluar la función de procesos mnésicos en cada una de las cinco (5) personas partícipes del estudio, antes y después de aplicar el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica; para lo cual se comparan los puntajes brutos y transformados Z obtenidos en las dos evaluaciones, para posteriormente presentarlo por subfunción (Aprendizaje, Retención y Recuperación, así como Memoria Lógica) con lo cual se permite evidenciar con mayor precisión en dónde se producen los cambios.

Los puntajes brutos en el apartado de memoria representa la sumatoria de los ítems respondidos de manera correcta por los participantes; los mismos van comprendidos de 0 a 99, siendo la media del grupo normativo de 72,9. Con respecto a las puntuaciones Z son aquellas que asumen el comportamiento de la distribución como una curva normal (con media de 50 y desviación típica de 10) y establecen a cuántas desviaciones se encuentra una persona con respecto a la media.

Es preciso destacar que la evaluación previa a la intervención también se utilizó para explorar que los participantes estuviesen en un envejecimiento normal y no patológico, ya que representa la muestra de la investigación; para ello se compararon los puntajes Z de las personas con el criterio de ejecución normal establecido por el Protocolo de Evaluación Neuropsicológica el cual valora un puntaje igual o superior a 40, así como aquellos que se encuentran dentro de los niveles de ejecución normal independientemente de la función a evaluar. Cabe destacar que todos los sujetos de la investigación cumplieron con el nivel requerido, sin embargo, un solo participante obtuvo 41 puntos, estando cerca del límite.

Posteriormente se muestran los resultados obtenidos por los participantes en el Test de Calidad de Vida; presentando los datos arrojados antes y después de la aplicación del programa. En este aspectos se establecen Puntajes Brutos en cada una de las dimensiones

o dominios de la escala, siendo éstas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; las cuales van asociadas con un puntaje percentil. Así como en el apartado de memoria, los puntajes brutos representan la sumatoria de la persona en el test por dimensión; así mismo los percentiles reflejan el porcentaje que la persona se encuentra igualando o superando al grupo normativo.

5.1. Resultados por Participante para Procesos Mnésicos

Participante 1. Nombre: R.E.

En la tabla 2 se muestran los puntajes obtenidos (brutos y transformados) por la participante en la evaluación de los Procesos Mnésicos realizada con el Protocolo Luria-U.C.V., antes y después de la intervención con el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

Tabla 2.

Puntajes obtenidos por la participante 1 antes y después de la intervención

EVALUACIÓN PROCESOS MNÉSICOS			
Antes de la intervención		Después de la intervención	
Puntaje Bruto	Puntaje Z	Puntaje Bruto	Puntaje Z
78	54	81	56

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Al analizar los puntajes arrojados en la Evaluación Procesos Mnésicos, se puede detallar que R.E obtuvo un Puntaje Bruto equivalente a 78, el cual va asociado con un Puntaje Z de 54, en la evaluación previa a la intervención; en tanto que, una vez finalizado el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica la puntuación en el post test aumentó a un Puntaje Bruto de 81, ligado a un Puntaje Z de 56, mostrándose con un desempeño que se encuentra ligeramente por encima de la media del grupo específicamente a 0,6 desviaciones típicas.

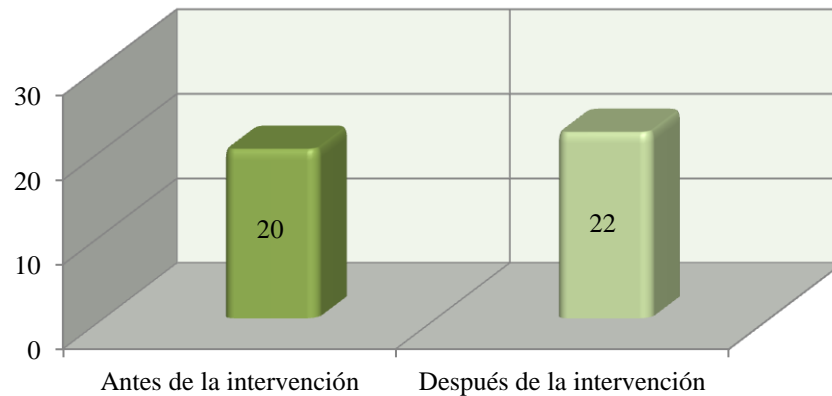


Gráfico 1. Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 1 se puede observar la evolución en el desempeño de R.E en la Subfunción Aprendizaje; específicamente en las series de palabras o números inconexos. Se puede evidenciar que en la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje total de 20/30; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de 2 puntos para un total de 22/30.

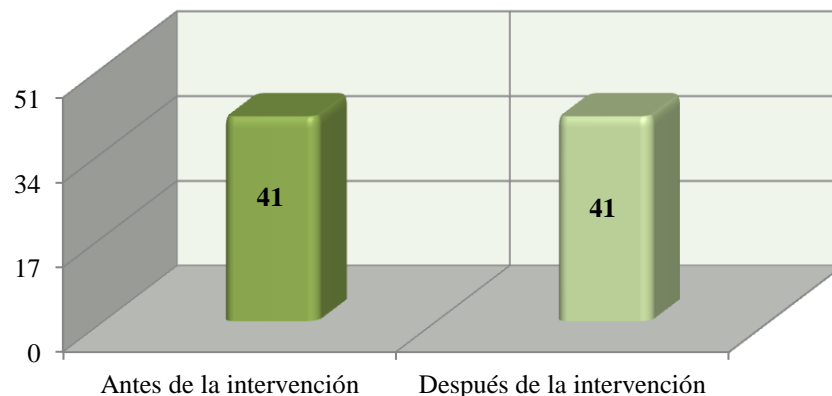


Gráfico 2. Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

El gráfico 2 muestra los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la participante analizada, evidenciándose en la subfunción de retención y recuperación, que se presentan con el mismo valor de 41/51 en los dos momentos estudiados; es decir antes de la aplicación del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica; por lo que no se presentaron aumentos, pero tampoco decrecieron estos valores.

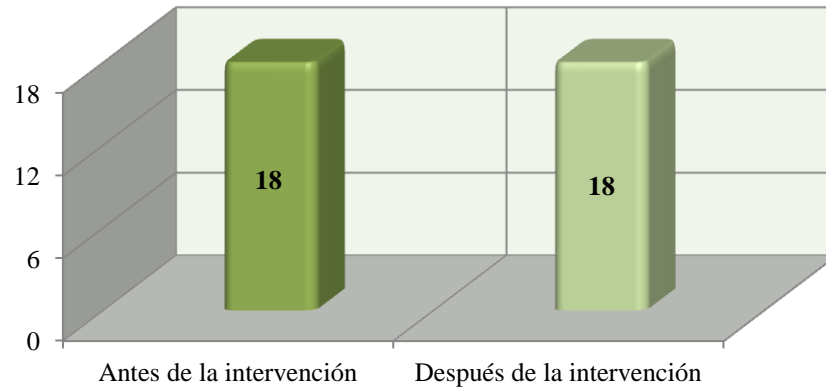


Gráfico 3. Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 1 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 3 se muestran los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la participante 1, en lo atinente a la memoria lógica; en donde se evidencia que ambos puntajes, antes de la aplicación y posterior a su aplicación, se mantuvieron en 18/18.

Participante 2. Nombre: S.M.

En la Tabla 3 que se presenta a continuación, se muestran los puntajes obtenidos (brutos y transformados) por la participante 2 en la Evaluación de los Procesos Mnésicos, la cual se llevó a cabo mediante el empleo del Protocolo Luria-UCV, antes y después de la intervención con el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

Tabla 3.

Puntajes obtenidos por la participante 2 antes y después de la intervención

EVALUACIÓN PROCESOS MNÉSICOS			
Antes de la intervención		Después de la intervención	
Puntaje Bruto	Puntaje Z	Puntaje Bruto	Puntaje Z
85	59	96	67

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el caso de S.M., se observa que obtuvo un puntaje bruto total de 85 que va asociado a un Puntaje Z de 59 en la evaluación previa a la intervención, mientras que una vez finalizado el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica la puntuación en el post test aumentó a un puntaje bruto de 96 que va ligado a un Puntaje Z de 67, mostrándose con un aumento en su desempeño que va de 0,9 a 1,7 desvíos típicos por encima de la

media.

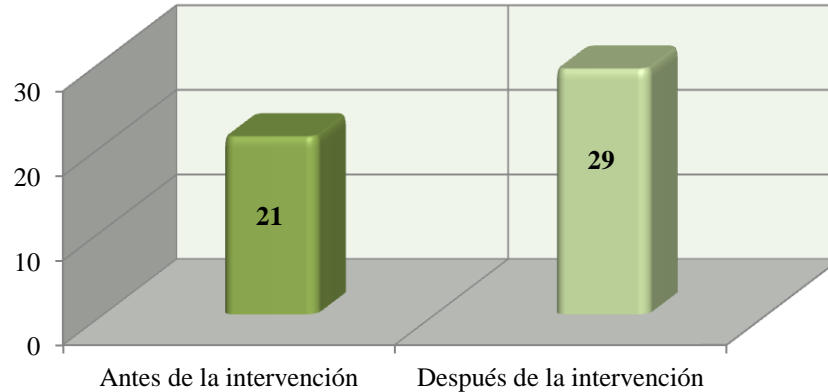


Gráfico 4. Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

De igual forma, en la figura 4, se observa la evolución en el desempeño de S en la subfunción aprendizaje: series de palabras o números inconexos. En la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje total de 21/30; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de 8 puntos para un total de 29/30.

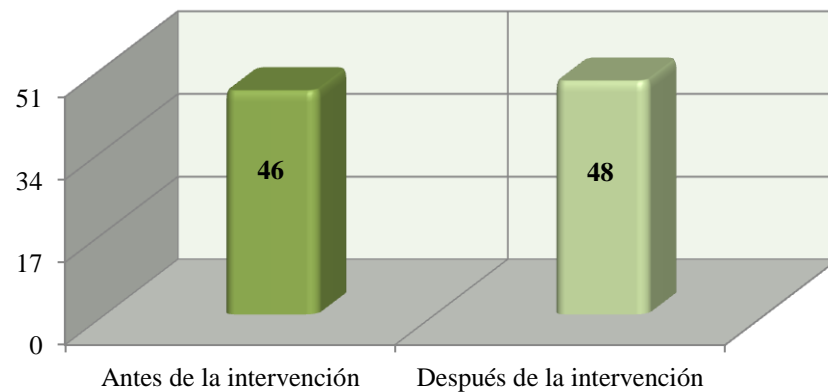


Gráfico 5. Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

El gráfico 5 muestra los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la participante S. en la subfunción de retención y recuperación, en donde se dio un aumento de 46/51 a 48/51 puntos.

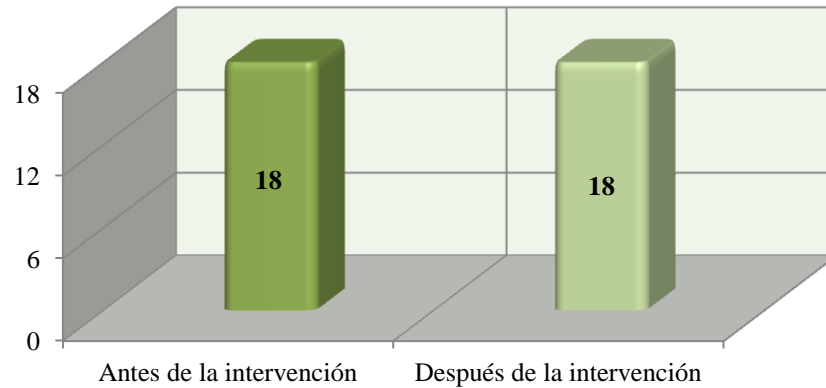


Gráfico 6. Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 2 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Para culminar con la participante 2; se exponen los puntajes obtenidos en la subfunción memoria lógica mediante la figura 6; los resultados no variaron en las evaluaciones siendo 18/18 puntos.

Participante 3. Nombre: M.G.

En la Tabla 4 se muestran los puntajes obtenidos (brutos y transformados) por la participante 3 en la evaluación de los Procesos Mnésicos realizada con el Protocolo Luria-U.C.V., antes y después de la intervención con el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

Tabla 4.

Puntajes obtenidos por la participante 3 antes y después de la intervención

EVALUACIÓN PROCESOS MNÉSICOS			
Antes de la intervención		Después de la intervención	
Puntaje Bruto	Puntaje Z	Puntaje Bruto	Puntaje Z
71	49	77	53

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Se puede apreciar en la Tabla 4, que M.G., obtuvo un Puntaje Bruto de 71 que va asociado a un Puntaje Z de 49 en la evaluación previa a la intervención, mientras que una vez finalizado el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica, la puntuación en el post test aumentó a un puntaje bruto de 77 que va ligado a un puntaje Z de 53, mostrándose con un aumento en su desempeño que va de -0,1 desvíos típicos por debajo de la media a

0,3 desvíos típicos por encima de la misma.

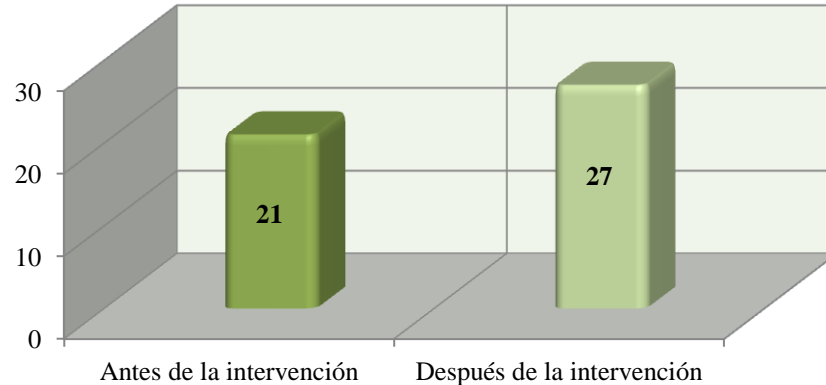


Gráfico 7. Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 7 se muestra la evolución en el desempeño de en la subfunción aprendizaje: series de palabras o números inconexos. En la evaluación previa a la intervención la participante obtuvo un puntaje total de 21/30; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de 6 puntos para un total de 27/30.

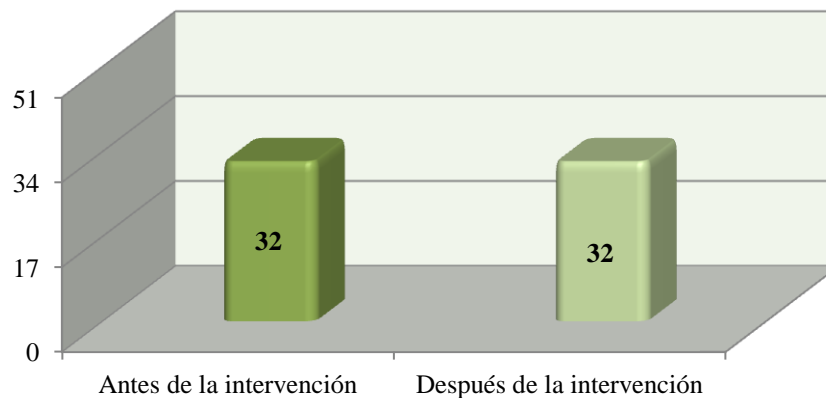


Gráfico 8. Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos.

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Asimismo en la figura 8 se muestran los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la participante en la subfunción de retención y recuperación las cuales se dieron con el mismo valor de 32/51; lo que indica que no se presentaron aumentos ni decrementos en su desempeño.

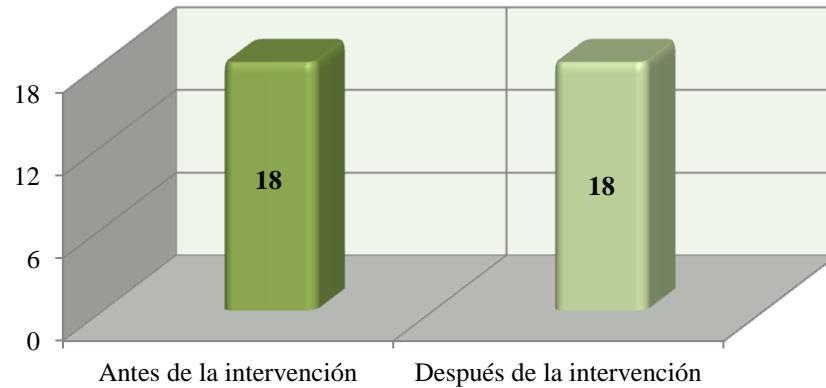


Gráfico 9. Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 3 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 9 se muestran los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la tercera participante en memoria lógica. Se puede observar que ambos puntajes se mantuvieron en 18/18.

Participante 4. Nombre: G.M.

En la tabla 5 se muestran los puntajes obtenidos (brutos y transformados) por la participante 4 en la evaluación de los Procesos Mnésicos realizada con el Protocolo Luria-UCV, antes y después de la intervención con el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

Tabla 5.

Puntajes obtenidos por la participante 1 antes y después de la intervención

EVALUACIÓN PROCESOS MNÉSICOS			
Antes de la intervención		Después de la intervención	
Puntaje Bruto	Puntaje Z	Puntaje Bruto	Puntaje Z
73	50	83	57

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el caso de G.M., se observa que obtuvo un puntaje bruto total de 73 que va asociado a un puntaje Z de 50 en la evaluación previa a la intervención, notándose que una vez finalizado el programa de rehabilitación Neuropsicológica la puntuación en el post test aumentó a un puntaje bruto de 83 que va ligado a un puntaje Z de 57, mostrándose con un aumento en su desempeño que va de 0,1 a 0,7 desvíos típicos por

encima de la media.

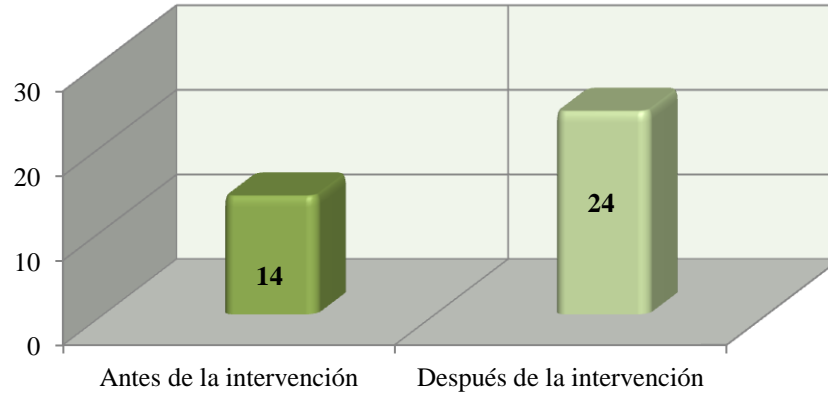


Gráfico 10. Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por la participante 4 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En lo que respecta al gráfico 10 se puede observar la evolución en el desempeño de G.M., en la subfunción aprendizaje: series de palabras o números inconexos. En la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje total de 14/30; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de 10 puntos para un total de 24/30.

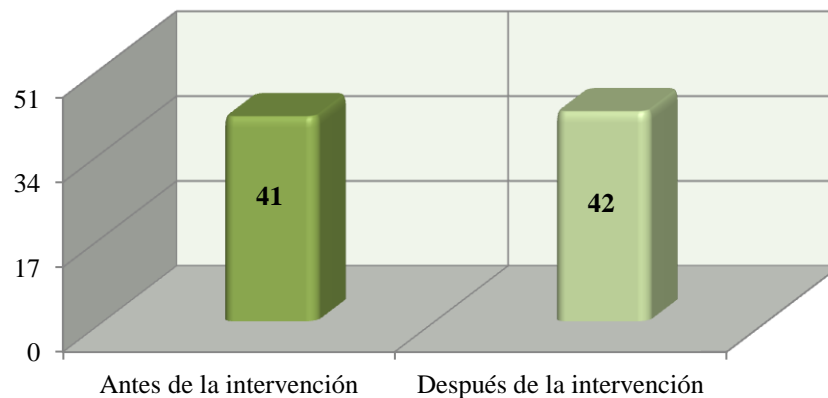


Gráfico 11. Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por la participante 4 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 11 se observan los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por la participante G.M en la subfunción de retención y recuperación en donde se dio un aumento de 1 punto de 41/51 a 42/51 puntos.

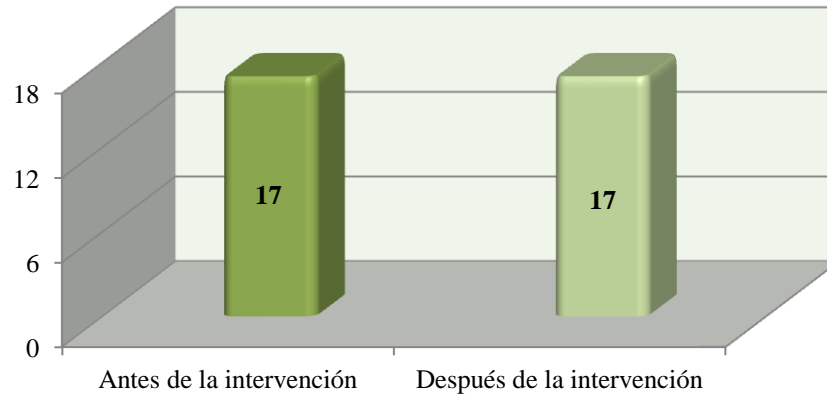


Gráfico 12. Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por la participante 4 en las evaluaciones de procesos Mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Para culminar con la participante 4; se exponen los puntajes obtenidos en la subfunción memoria lógica mediante el gráfico 12; los resultados no variaron en las evaluaciones siendo 17/18 puntos.

Participante 5. Nombre: R.M.

En la tabla 6 se muestran los puntajes obtenidos (brutos y transformados) por el participante en la evaluación de los Procesos Mnésicos realizada con el Protocolo Luria-U.C.V., antes y después de la intervención con el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

Tabla 6.

Puntajes obtenidos por la participante 5 antes y después de la intervención

EVALUACIÓN PROCESOS MNÉSICOS			
Antes de la intervención		Después de la intervención	
Puntaje Bruto	Puntaje Z	Puntaje Bruto	Puntaje Z
61	41	67	46

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

Se puede detallar que R.M., en la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje bruto total de 61 que va asociado a un puntaje Z de 41, (puntaje Z más bajo expresado por los participantes, del mismo modo se cataloga como un nivel de ejecución normal) mientras que una vez finalizado el programa de Rehabilitación Neuropsicológica la puntuación en el post test aumentó a un puntaje bruto de 67 que va ligado a un puntaje

Z de 46, mostrándose con un aumento en su desempeño de $-0,9$ a $-0,4$ desvíos típicos por debajo de la media.

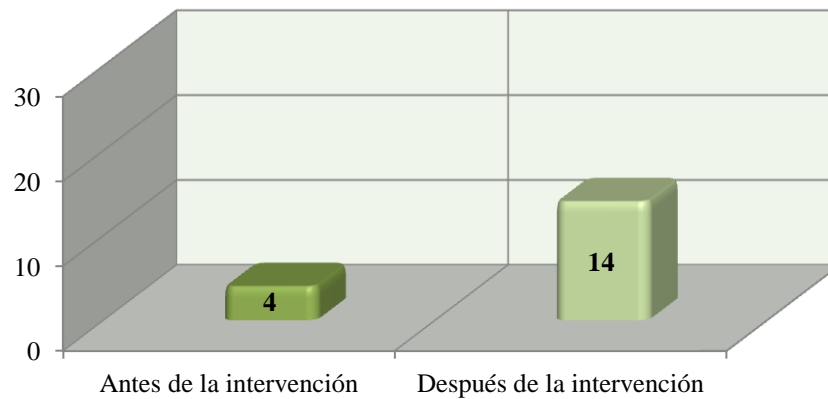


Gráfico 13. Comparación de los puntajes obtenidos en aprendizaje por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 13 se observa la evolución en el desempeño del participante 5, R.M., en la subfunción aprendizaje: series de palabras o números inconexos. En la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje total de 4/30; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de 10 puntos para un total de 14/30.

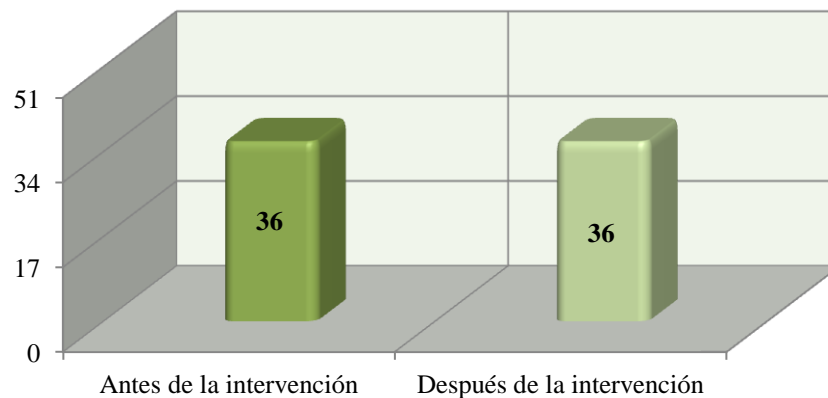


Gráfico 14. Comparación de los puntajes obtenidos en retención y recuperación por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 14 se muestran los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por el participante en la subfunción de retención y recuperación las cuales se dieron con el mismo valor de 36/51; sin mostrar aumentos ni decrementos en su desempeño.

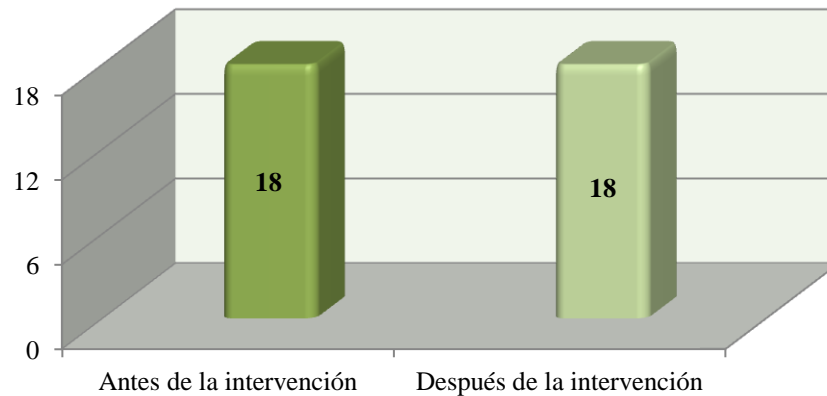


Gráfico 15. Comparación de los puntajes obtenidos en memoria lógica por el participante 5 en las evaluaciones de procesos mnésicos

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 15 se expresan los resultados obtenidos en ambas evaluaciones por R.M., en memoria lógica, en donde se puede detallar que ambos puntajes se mantuvieron en 18/18.

5.2. Puntajes por Participante para Calidad de Vida

Continuando con el desarrollo de los objetivos específicos planteados en la investigación, seguidamente se presentan las mediciones realizadas antes y después de la intervención sobre el nivel de calidad de vida de cada participante; cuyos resultados están presentados de dos maneras siguiendo los lineamientos de corrección de la escala WHOQOL-BREF; por lo que, en primer lugar, se da un puntaje total de calidad de vida y salud general el cual no posee una puntaje transformado ya que está mediado por los ítems 1 y 2 de la escala, es decir, se califican en un rango del 1 a 5 puntos.

Posteriormente se expresan los resultados obtenidos por en cada una de las dimensiones estudiadas; es decir: salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno. Estos datos poseen un puntaje transformado que luego le son asociados una medida expresada en percentiles.

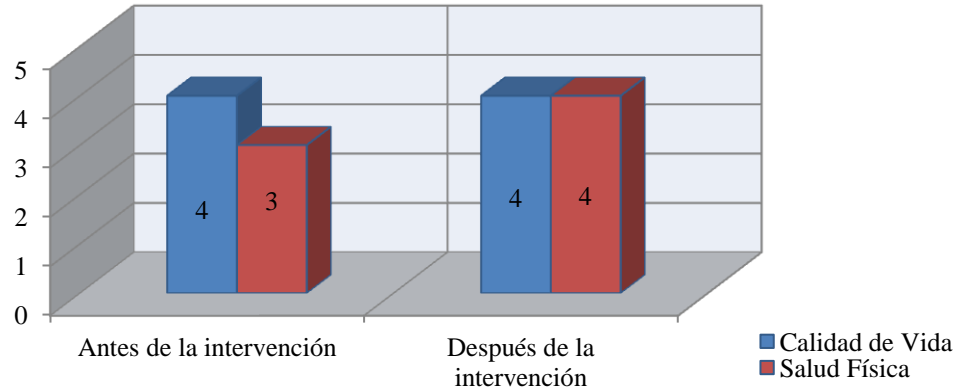
Participante 1. Nombre: R.E.

Gráfico 16. Puntajes totales obtenidos por la participante 1 en calidad de vida y salud física general

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 16 se muestran los resultados obtenidos en calidad de vida total y salud física, en ambos momentos (pre y post-test); se puede observar que el puntaje de C.V., se mantuvo en 4 puntos mientras que la ponderación de salud física general aumentó de 3 a 4 puntos.

Tabla 7.

Resultados de la participante 1 por dimensión de calidad de vida

Dimensión	Pretest		Posttest	
	P.T.	Percentil	P.T.	Percentil
Salud Física	16	75	15	69
Salud Psicológica	16	75	16	75
Relaciones Interpersonales	13	56	12	50
Entorno	13	56	13	56

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

La dimensión salud física antes de la intervención obtuvo un puntaje transformado de 16 que va asociado al percentil 75 es decir, la participante iguala o supera al 75% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje disminuyó un nivel estando en 15, el cual se encuentra en el percentil 69, igualando o superando al 69% de la población.

Los dominios salud psicológica y entorno no se vieron alterados por la intervención estando ambos puntajes transformados en 16 y 13 respectivamente, asociándose los percentiles 75 y 56; igualando o superando al 75% y 56% de la población. Por su parte en

la dimensión relaciones interpersonales se pueden notar cambios donde el puntaje transformado presentó un decremento de 13 a 12 puntos, disminuyendo así el percentil el cual estaba posicionado en 56, igualando o superando al 56% de la población, quedando en 50, es decir igualando o superando justo la mitad de la población.

Participante 2: Nombre: R.E.

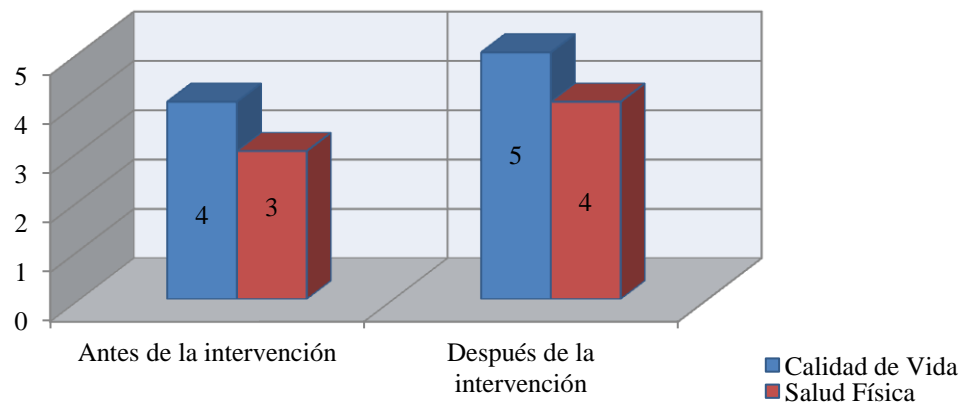


Gráfico 17. Puntajes totales obtenidos por la participante 2 en calidad de vida y salud física general

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 17 se muestran los resultados obtenidos en calidad de vida total y salud física, en ambos momentos (pre y post-test); se puede observar que el puntaje de Calidad de Vida aumentó de 4 a 5 puntos, mientras que el puntaje de salud física general aumentó de 3 a 4 puntos.

Tabla 8.

Resultados de la participante 2 por dimensión de calidad de vida

Dimensión	Pretest		Posttest	
	P.T.	Percentil	P.T.	Percentil
Salud Física	20	99	19	94
Salud Psicológica	16	75	16	75
Relaciones Interpersonales	13	56	17	81
Entorno	16	69	19	94

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la tabla 8 se presentan los resultados en cada una de las dimensiones de la participante 2 antes y después de la intervención: se puede detallar que en la dimensión salud física y hubo un decremento en los puntajes; en salud psicológica el puntaje se

mantuvo y en relaciones interpersonales y entorno el puntaje logró aumentar.

La dimensión salud física antes de la intervención obtuvo un puntaje transformado de 20 que va asociado al percentil 99 es decir, la participante iguala o supera al 99% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje disminuyó estando en 19, el cual se encuentra en el percentil 94, igualando o superando al 94% de la población. El dominio salud psicológica no se vio alterado por la intervención estando ambos puntajes transformados en 16, asociándose al percentil 75; igualando o superando al 75% de la población en ambos casos.

Por su parte en la dimensión relaciones interpersonales se pueden notar diferencias donde el puntaje transformado presentó un aumento de 13 a 17 pts, aumentando así el percentil, el cual estaba posicionado en 56, igualando o superando al 56% de la población, quedando en 81, es decir igualando o superando al 86% de la población.

En lo que respecta a la dimensión entorno también se pueden detallar cambios ya que el puntaje transformado varió de 16 a 19; alterando el percentil de 69 hasta 94; superando o igualando al 94% de la población luego de realizarse la ejecución del programa.

Participante 3. Nombre: M.G.

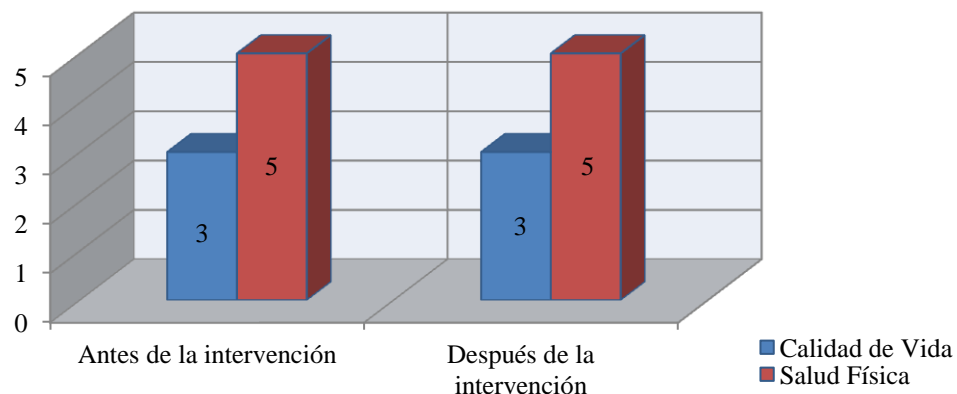


Gráfico 18. Puntajes totales obtenidos por la participante 3 en calidad de vida y salud física general

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la figura 18 se muestran los resultados obtenidos en calidad de vida total y salud física, en ambos momentos (pre y post-test); se puede observar que el puntaje de Calidad de Vida se mantuvo en 3 puntos al igual que el puntaje de salud física general, estando en

5 puntos.

Tabla 9.

Resultados de la participante 3 por dimensión de calidad de vida

Dimensión	Pretest		Postest	
	P.T.	Percentil	P.T.	Percentil
Salud Física	18	88	18	88
Salud Psicológica	16	75	17	81
Relaciones Interpersonales	15	69	13	56
Entorno	12	50	14	63

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la tabla 9 se presentan los resultados en cada una de las dimensiones de la participante M.G., antes y después de la intervención; en donde se puede apreciar que en la dimensión salud física se mantuvo el puntaje, mientras que en las dimensiones salud psicológica y entorno el puntaje presentó un aumento, en lo que respecta a relaciones interpersonales hubo un decrecimiento en el mismo.

El dominio salud física no se vio alterado por la intervención estando ambos puntajes transformados en 18, asociándose al percentil 88; igualando o superando al 88% de la población en ambos casos.

Por su parte, el dominio salud psicológica antes de la intervención obtuvo un puntaje transformado de 16 que va asociado al percentil 75; es decir, la participante iguala o supera al 75% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje aumentó 1 punto estando en 17, el cual se encuentra en el percentil 81, igualando o superando al 81% de la población.

Asimismo en la dimensión relaciones interpersonales se pueden notar diferencias donde el puntaje transformado presentó un decremento de 15 a 13 puntos, disminuyendo así el percentil, el cual estaba posicionado en 69, igualando o superando al 69% de la población, quedando en 56, es decir igualando o superando al 56% de la población.

Finalmente, en la dimensión entorno se puede detallar un aumento ya que el puntaje transformado varió de 12 a 14; alterando el percentil de 50 hasta 63; superando o igualando al 63% de la población luego de realizarse la ejecución del programa.

Participante 4: Nombre: G.M.

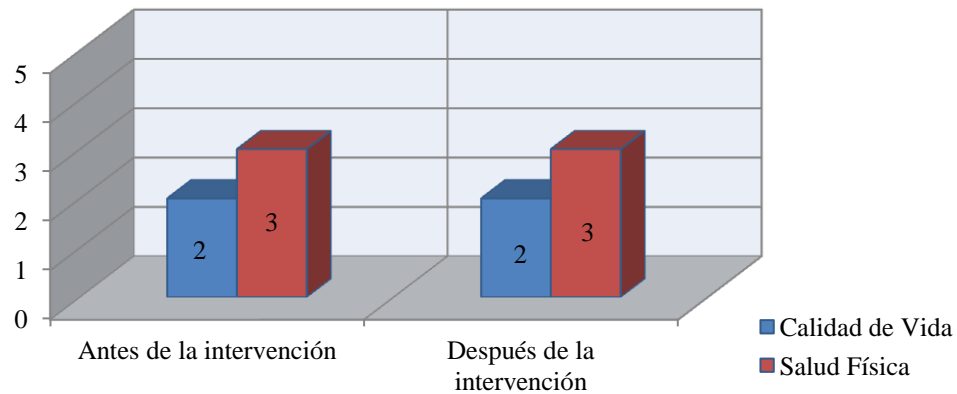


Figura 19. Puntajes totales obtenidos por la participante 4 en calidad de vida y salud física general

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la figura 19 se muestran los resultados obtenidos en calidad de vida total y salud física, en ambos momentos (pre y post-test); se puede observar que el puntaje de Calidad de Vida se mantuvo en 2 puntos al igual que el puntaje de salud física general en 3 puntos.

Tabla 10.

Resultados de la participante 4 por dimensión de calidad de vida

Dimensión	Pretest		Postest	
	P.T.	Percentil	P.T.	Percentil
Salud Física	13	56	13	56
Salud Psicológica	17	81	16	75
Relaciones Interpersonales	15	69	13	56
Entorno	12	50	12	50

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la tabla 10 se presentan los resultados en cada una de las dimensiones de la participante 4 antes y después de la intervención: se puede observar que el puntaje se mantuvo en la dimensión salud física y entorno; en salud psicológica y en relaciones interpersonales se presentó un decremento en el puntaje. Los dominios salud física y entorno no se vieron alterados por la intervención estando ambos puntajes transformados en 13 y 12 respectivamente, asociándose los percentiles 56 y 50; igualando o superando al 56% y 50% de la población.

La dimensión salud psicológica antes de la intervención obtuvo un puntaje

transformado de 17 que va asociado al percentil 81 es decir, la participante iguala o supera al 81% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje disminuyó un nivel estando en 16, el cual se encuentra en el percentil 75, igualando o superando al 75% de la población. Asimismo ocurrió en la dimensión relaciones interpersonales, ya que se pueden notar cambios donde el puntaje transformado presentó un decremento de 15 a 13 pts, disminuyendo así el percentil el cual estaba posicionado en 69, igualando o superando al 69% de la población, quedando en 56, es decir igualando o superando al 56% de la población.

Participante 5: Nombre: R.M

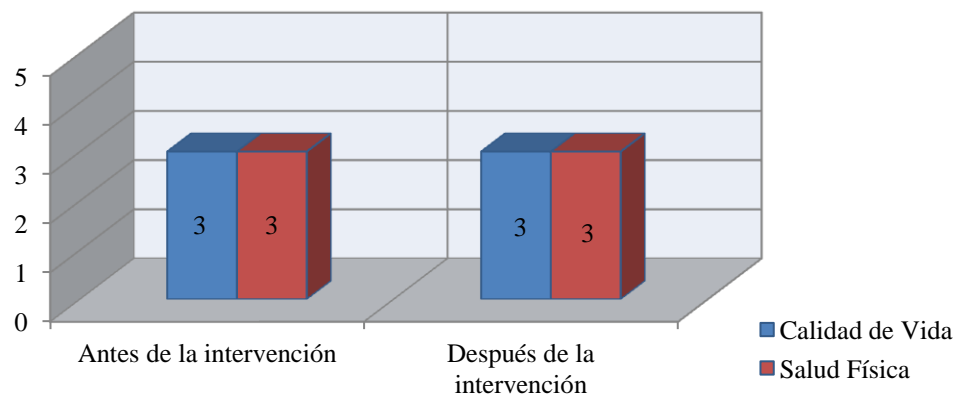


Gráfico 20. Puntajes totales obtenidos por él participante 5 en calidad de vida y salud física general

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En el gráfico 20 se muestra que los resultados obtenidos en Calidad de Vida total y salud física, en ambos momentos (pre y post-test); los cuales se mantuvieron en 3 puntos.

Tabla 11.

Resultados de la participante 5 por dimensión de calidad de vida

Dimensión	Pretest		Postest	
	P.T.	Percentil	P.T.	Percentil
Salud Física	16	75	14	63
Salud Psicológica	14	63	12	50
Relaciones Interpersonales	15	69	15	69
Entorno	15	69	15	69

Fuente: Pinto y Vizcaya, (2017)

En la tabla 11 se presentan los resultados en cada una de las dimensiones antes y

después de la intervención: se puede observar que el puntaje presentó un decremento de 2 puntos en las dimensiones salud física y salud psicológica; en el caso de las dimensiones relaciones interpersonales y entorno se mantuvo el puntaje. El dominio salud física antes de la intervención obtuvo un puntaje transformado de 16 que va asociado al percentil 75 es decir, el participante iguala o supera al 75% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje disminuyó dos niveles estando en 14, el cual se encuentra en el percentil 63, igualando o superando al 63% de la población.

El mismo caso se presenta en el dominio de salud psicológica antes de la intervención obtuvo un puntaje transformado de 14 que va asociado al percentil 63 es decir, el participante iguala o supera al 63% de la población en dicha dimensión; posteriormente el puntaje disminuyó dos niveles estando en 12, el cual se encuentra en el percentil 50, es decir que iguala o supera justo a la mitad de la población.

Con lo que respecta a los dominios relaciones interpersonales y entorno no se vieron alterados por la intervención estando ambos puntajes transformados en 15 respectivamente, el cual se encuentra en el percentil 69; igualando o superando en ambas dimensiones al 69% de la población.

VI. DISCUSIONES

Una vez presentados los resultados en la sección anterior se procederá a discutir lo que se obtuvo tanto en la parte de memoria como en calidad de vida respondiendo a los objetivos específicos de la investigación que consisten en conocer si existen efectos de la rehabilitación neuropsicológica sobre dichas variables:

6.1. Área de Memoria

Si bien la presente investigación es un estudio de caso único, en el cual el sujeto es el que representa su propio control, no existiendo un proceso de comparación grupal, se debe destacar que los investigadores observaron distintos aspectos que se presentaron como factor común entre los participantes en el área de memoria, tales como:

- Todos los participantes mostraron una mejoría en los procesos mnésicos luego de la intervención. Cumpliendo entonces con lo expuesto por Blanco y Contreras (2015) ya que definen el proceso de rehabilitar como el incremento o mejora de la capacidad de un sujeto con fallas para procesar y utilizar adecuadamente la información a nivel cognitivo, y para potenciar su funcionamiento en su vida cotidiana.
- La subfunción memoria lógica era alcanzada en su totalidad en los evaluaciones; no dándose cambios luego de la intervención, sólo en una participante.
- La mayoría de los participantes mostraron dificultad en la subfunción retención y recuperación específicamente en recuerdo de huellas acústicas y recuerdo de la forma tanto en la evaluación como en la rehabilitación.

Luego de mencionar los distintos factores en común que presentaron los participantes, es necesario tal y como se expuso en el capítulo previo, la discusión de los resultados por participante ya que la rehabilitación para Blanco y Contreras (2015) debe ser individualizada, debido a que las personas constituyen un grupo muy heterogéneo con diversas variables que influyen en la eficacia de la rehabilitación.

Asimismo, cabe destacar que dentro de la Rehabilitación Neuropsicológica existen tres estrategias básicas a saber: restauración, compensación y sustitución, siendo

la primera la que representa la intervención realizada, la misma es definida por Ardila y Roselli (2007) como aquellas que se enfocan en mejorar la función a través de la intervención de los déficits neuropsicológicos, fortaleciendo las habilidades mediante el ejercicio y la práctica repetida de las tareas cognitivas.

Participante 1: R.E

Como se planteó en los resultados, la participante número uno en la subfunción aprendizaje obtuvo un aumento de veinte a veintidós puntos de treinta posibles; esto es explicado por la intervención donde en el nivel 1 de la rehabilitación, en la sección de series palabras, pudo recordar las tres palabras que le fueron dichas en dos de los tres intentos; esto coincide con la cantidad de palabras que logró memorizar en el pre test. Luego en el nivel 2 el número de palabras de la tarea aumentó logrando también elevar su capacidad de memorización de las palabras y su posterior evocación siendo cinco palabras de cinco posibles las que logró realizar en dos de los tres ensayos. Finalmente en el nivel 3 se aumenta la complejidad de la tarea lo que ocasionó que disminuyera cuatro de cinco palabras recordadas y evocadas; el aumento sucesivo en la dificultad del ítem trajo como consecuencia que R pudiera recordar ocho de diez palabras posibles en el post test. Esto indica una posible ventaja de trabajar por niveles de dificultad ya que la persona va adquiriendo una adaptación al tipo de tarea.

Por otra parte en serie de números inconexos no se encontraron diferencias en las evaluaciones obteniendo una puntuación de uno (logrando recordar dos números de diez posibles en ambos momentos); así como puntajes negativos en los ítems cualitativos de la evaluación, aún así logró cumplir de manera efectiva los criterios de rehabilitación.

En lo que respecta a retención y recuperación se puede detallar que no hubo diferencias en los puntajes del pre y post test siendo cuarenta y un puntos obtenidos en ambos momentos incluso disminuyó el puntaje en ítems cuantitativos de recuerdo de la forma y reproducción inmediata de huellas acústicas, cenestésicas y verbales; a esto los evaluadores dieron cuenta que no solo el participante 1 sino todos los demás requerían de mayor pausa y tiempo durante la presentación de los estímulos; particularmente la Sra. R se topó con dificultades en la actividad 325 del nivel 2 (huellas acústicas).

Los resultados obtenidos en las evaluaciones para recuerdo de números y retención y recuperación, pueden ser explicados mediante la investigación de Blasco y Meléndez (2006) quienes establecen que con la edad la memoria sensorial (icónica y ecóica) requieren de mayor tiempo para transferir la información hacia la memoria a corto plazo; normalmente estos cambios obedecen a deterioros normales en los aparatos visuales y auditivos. También se generan cambios en la memoria a corto plazo donde para los mismos autores, se da la incapacidad de separar los estímulos no deseados de los deseados, es decir, debido a ciertos cambios fisiológicos que se producen en la parte del cerebro que favorece la atención (corteza pre frontal), los pensamientos irrelevantes para la tarea importunan, y dejan menos espacio o energía en la memoria de trabajo para procesar lo que se desea recordar y memorizar.

Para finalizar la parte de procesos mnésicos de la participante 1 encontramos que en memoria lógica obtuvo el puntaje máximo en ambas evaluaciones presentando también el criterio máximo de rehabilitación en todas las actividades. Tratándose de sujetos con envejecimiento normal, Blasco y Meléndez (2006) también exponen que las personas de la tercera edad difieren con respecto a los jóvenes presentado fallos en la recuperación específicamente si son tareas de recuerdo libre, pero en tareas de reconocimiento o en tareas de recuperación con señales (como en el caso de recuerdo mediante ayudas visuales) o indicios mejoran su ejecución, haciéndose menor la diferencia existente de ejecución entre jóvenes y ancianos; siempre y cuando esté presente un proceso de envejecimiento normal.

Así mismo es preciso resaltar que la participante R. hace uso de múltiples estrategias diarias que implícitamente ayudaron a que el programa de rehabilitación surtiera un efecto positivo en los puntajes totales de las evaluaciones: la misma realizó crucigramas (actividad complementaria que se le fue asignada según su gusto); memoriza nombres, teléfonos y medicamentos ya que pertenece a la sociedad civil del municipio donde reside, así como programas educativos visto por la televisión.

Participante 2: S.

La Sra. S fue la que obtuvo el mejor puntaje en ambas evaluaciones con 85 y 96 puntos respectivamente; así mismo fue la que rindió con puntajes más altos por

subfunción en el post test: obteniendo en aprendizaje (serie de palabras y números inconexos) veintinueve puntos de treinta posibles; en retención y recuperación cuarenta y siete de cincuenta y uno posibles y en memoria lógica la máxima cantidad de puntaje. Las fallas se hicieron presentes en la sección de retención y recuperación presentándose también en la rehabilitación; siendo reproducción de huellas acústicas y recuerdo de palabras con actividades interpuestas donde presentó dificultad en los tres niveles. Al igual que en la participante número uno, estas dificultades pueden ser explicadas por los cambios que se dan durante la etapa de envejecimiento normal en los sistemas de memoria sensorial, donde la persona requiere de mayor tiempo para procesar el estímulo así como mayor nivel en la intensidad del mismo.

Es necesario también resaltar que si bien las diferencias que se dieron en las evaluaciones se deben en gran parte a la intervención la persona cuenta con un amplio repertorio de actividades cognitivas que se dan en el centro de Juventud Prolongada las cuales son aprovechadas por ella siendo de los participantes la más enfática en cuanto a la realización de las mismas, se pudo indagar con mayor profundidad y se determinó que una de las actividades utilizadas por la unidad de psicología del centro, es el Test del dibujo del reloj, el cual lleva como propósito evaluar y estimular diferentes funciones cognitivas entre las que se tiene: la atención y concentración (requerida para la rehabilitación implementada), comprensión auditiva, habilidades visoespaciales, y por supuesto la memoria ya que se le pide al sujeto que realice un reloj con todos sus componentes y que reproduzca una hora sugerida que después debe memorizar (Campagna, 2015).

También es estimulada por el Set Test el cual lleva como propósito medir la fluidez verbal, en específico la fluidez semántica, actividad que involucra la memoria remota, resulta útil también para chequear la flexibilidad mental, debido a la exigencia de cambiar de una categoría a otra y de persistencia mental; implica mantenerse atento a la realización de la tarea durante el minuto de tiempo que se le otorga para realizar la tarea, la cual consiste en que la persona exponga categorías de animales, ciudades y colores (Campagna, 2015).

Con lo expuesto hasta ahora se puede visualizar la importancia de que la rehabilitación neuropsicológica ya sea en sujetos sanos o patológicos se dé junto con

diversas actividades que también apunten a una estimulación cognitiva; estando de evidencia los resultados obtenidos por S. donde calificó con el mayor puntaje del grupo de cinco personas evaluadas.

Participante 3: M.G

Con lo que respecta a la participante 3, se pudo observar en los resultados expuestos anteriormente que en la subfunción Aprendizaje presentó un aumento de veintiuno a veintisiete puntos de treinta posibles; dicho aumento es explicado por la intervención donde en el nivel 1 de la rehabilitación, en el apartado de series de palabras, pudo recordar las tres palabras correspondientes en dos de los tres intentos. Así mismo en el nivel 2 y 3, aunque la dificultad aumentó de tres a cinco palabras por intento, la participante logró recordar el máximo de palabras en dos de las tres oportunidades. Coincidiendo con el pre test en el cual recordó la misma cantidad de palabras en dos de los tres intentos.

Sin embargo en el post test, la participante en los ítems cuantitativos solo logró recordar cuatro de diez palabras en una oportunidad de las tres correspondientes, esto se puede otorgar al hecho de que M.G el día de la aplicación reportó encontrarse “atareada” por una actividad a la que debía asistir luego de la evaluación por lo que se puede decir que posiblemente dicho evento representó una distracción. No obstante, a diferencia del pre test se pudo apreciar en la parte cualitativa, que M.G fue capaz de corregirse al darse cuenta que cometía un error.

En la de números inconexos estuvo más atenta, logrando recordar cinco de diez números y estimando correctamente la cantidad de números que recordaría, además aumentando la cantidad de números recordados en el pre test; cantidad que coincide con el nivel 3 de la rehabilitación, donde la dificultad aumenta de tres a cinco números por intento, y en la cual la participante alcanza obtener una puntuación perfecta logrando recordar los cinco números en las tres oportunidades correspondiente.

En lo que respecta a retención y recuperación se puede detallar que no hubo diferencias en los puntajes del pre y post test siendo treinta y dos puntos obtenidos en ambos momentos. López y Zavala (2011) señalan que con el envejecimiento puede disminuir el número de elementos que se retienen en una tarea de aprendizaje, y al mismo

tiempo pueden presentar dificultades para usar espontáneamente estrategias de aprendizaje y de recuperación de la información. La participante en la rehabilitación logró obtener una puntuación perfecta en los tres niveles en la actividad reconocimiento de forma, de igual modo lo hizo en el pre y post test. Este resultado se presentó en los otros participantes, por lo que los investigadores atribuyen dicho evento a que en la Rehabilitación Neuropsicológica el nivel de dificultad de reconocimiento de la forma pareciera ser el mismo en los tres niveles.

Finalmente en la subfunción memoria lógica obtuvo el puntaje de dieciocho puntos en ambos momentos, siendo esto el puntaje máximo requerido, de igual modo M.G en la Rehabilitación alcanzó cumplir de forma satisfactoria todas las actividades en los tres niveles.

Tal y como lo indican Blanco y Contreras (2015), para lograr que el proceso sea efectivo, obtener una mayor estimulación y por ende un mejor resultado, desde el comienzo de la rehabilitación se le asignaron para la casa actividades parecidas a las de cada nivel de la misma, además de actividades como sopas de letras o ver programas de televisión en los cuales se deba recordar palabras, frases, fechas, entre otros.

Participante 4: G.M

Partiendo de los resultados expuestos anteriormente, se puede señalar que M.G en la subfunción aprendizaje obtuvo una notable evolución, ya que en la evaluación previa a la intervención obtuvo un puntaje total de catorce puntos de los treinta posibles; mientras que en el post test realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de diez puntos para un total de veinticuatro. Además, dicho aumento fue reflejado de igual manera en su desempeño a lo largo de la rehabilitación, en el nivel 3 en el apartado de series de palabras o números inconexos, pudo recordar las palabras y números correspondientes en los tres intentos de cada sección; lo que quiere decir que logró aumentar de tres palabras o números, a cinco a recordar. Alcanzando así la puntuación máxima del nivel 3 en dicha subfunción.

En lo que respecta a retención y recuperación se pudo apreciar que la participante aumento un punto en el post test logrando tener cuarenta y dos puntos. A diferencia del pre test G.M logro estar consciente y darse cuenta de sus defectos de memoria,

recordando las palabras oídas y pudo recordar de 3 a 4 figuras. Así mismo logró obtener una puntuación perfecta en la reproducción inmediata de huellas acústicas.

Finalmente en la subfunción memoria lógica obtuvo el puntaje de diecisiete puntos, ya que en ambos momentos, en la actividad Recuerdo mediante Ayudas visuales la cual consistía en mostrarle varias tarjetas; para cada una de ellas el evaluador decía una palabra. Luego le mostraba nueva mente las tarjetas y la participante debía decir la palabra que correspondía. G.M en dicha actividad, se confundió en la misma tarjeta en el pre y post test, diciendo la palabra sala para la tarjeta que le correspondía la palabra lámpara. Es pertinente resaltar que la tarjeta mostraba una sala con una lámpara en una mesa pequeña en el fondo de la imagen. No obstante, en la Rehabilitación la participante alcanzó cumplir de forma satisfactoria todas las actividades referente a dicha subfunción en los tres niveles, siendo capaz de relacionar lógicamente las palabras con ayuda grafica para memorizarlas, además de hacer las conexiones necesarias para recordar con las ayudas ofrecidas.

Cabe destacar que en el pre test y a lo largo de la rehabilitación, se le sugirieron distintas estrategias (Como el repetir en voz alta las palabras o números) para lograr un mejor resultado en cada actividad; ya que en una revisión sobre el aprendizaje de información, López y Zavala (2011) encuentran que los adultos mayores tienen dificultades para usar espontáneamente estrategias de aprendizaje y de recuperación de la información. Pueden usarlas tan bien como los adultos jóvenes cuando se les sugieren, añadiendo que, si se les sugieren, tanto en el momento del aprendizaje como en el de la recuperación, pueden aprender tan bien como aquéllos. La explicación más generalmente empleada para justificar el escaso uso de estrategias por los ancianos es que, con la edad, disminuye la reserva de recursos de procesamiento.

Participante 5: R.M

Por último, el participante R.M, aunque fue el participante con el menor puntaje, reflejó un aumento en el post test. Al detallar el desempeño en cada subfunción, se encuentra que el participante en aprendizaje: series de palabras o números inconexos; obtuvo un puntaje total de cuatro en la evaluación previa; mientras que en el post test

realizado con un mes de diferencia se observa un incremento de diez puntos para un total de catorce de los treinta posibles.

Dicho participante obtuvo puntuación perfecta en números inconexos durante los tres niveles de la rehabilitación, lo que se puede relacionar al hecho de que R.M trabaja diariamente con números y el continuo manejo de dinero. Bataller y Moral (2006) explican que en el envejecimiento normal no se ven deteriorados ni el recuerdo de los sucesos lejanos, ni el conocimiento del mundo acumulado a lo largo de su historia, ni las habilidades que se han practicado continuamente.

Los resultados obtenidos por el participante en la subfunción retención y recuperación fueron de treinta y seis puntos en ambos momentos, lo que quiere decir que no reflejó ni aumentos ni decrementos en su desempeño. Dicho rendimiento se puede explicar partiendo de lo expuesto por López y Zavala (2011), los cuales manifiestan que un adulto mayor sin demencia, ante todo, tendrá una velocidad de procesamiento menor que un joven, lo cual influirá en aspectos como la recuperación de la información o en la asimilación del material presentado por primera vez; por otra parte la atención y la concentración también se ven disminuidas con el aumento de la edad, lo cual afecta de nuevo a la asimilación de información novedosa y también a la memoria en general.

Por último, en memoria lógica el participante obtuvo puntuación perfecta en ambos momentos, así como en las actividades de la rehabilitación referentes a dicha subfunción. Caso que se repitió en cuatro de los cinco participantes, lo que los investigadores pudieron observar es que tanto en la rehabilitación neuropsicológica, como en la evaluación el nivel de dificultad pareciera ser el mismo y las actividades muy similares.

Al igual que al resto de los participantes, se le sugirió a R.M realizar actividades en que estimulen su memoria en los días que no tenga la rehabilitación, así como: anotar en un papel palabras y números y luego tratarlos de recordar. R.M compartió con los evaluadores que luego de la primera sesión de rehabilitación ejercitaba su memoria de forma frecuente, en el trabajo trata de recordar correos y números de teléfonos de sus allegados y luego que los anotaba corroboraba en la agenda de su celular si estaba en lo correcto.

El participante se frustraba al sentir que no estaba respondiendo de forma correcta en alguna actividad, haciendo énfasis en frases como: “Mi memoria no es como la de antes, los años cada día son más notorios, ya estoy viejo”. Bataller y Moral (2006) señalan que los olvidos, a su vez, crean un sentimiento de pérdida de control sobre el propio comportamiento, así como una inmediata atribución a la edad, y esto recae en una peor ejecución mnésica. En la misma línea, cabe decir que dichos autores plantean que a veces tales problemas cognitivos vienen provocados por problemas de tristeza y depresión que padecen algunas personas de esta edad. La idea de la muerte, el evidente deterioro en las capacidades físicas incluso en algunos casos intelectuales o las posibles evaluaciones negativas de la vida, hace que los mayores se entristezcan tanto, provocando así el deterioro mental y físico.

6.2. Área de Calidad de Vida

Tal y como se presentó en el área de memoria, en calidad de vida también se encontraron factores en común entre los participantes, tales como:

- La coyuntura nacional afectó en gran medida los puntajes del post test, dando decrementos en casi todos los participantes. Egui (2016) señala que, la fuerte crisis que atraviesa Venezuela, está afectando a todos sus habitantes, sin importar edad ni el estrato social al que pertenezca. Factor dinero, la escasez de medicamentos y productos de primera necesidad, protestas e injusticias son otros de los problemas que están cada vez más presentes en el país. Para la Psicólogo Clínico María Teresa Egui, la presente crisis desencadena en muchos casos elevados niveles de estrés, frustración, ansiedad, impotencia y tristeza, desmejorando la calidad de vida y generando un impacto profundo a nivel social, familiar y laboral.
- Todos los participantes realizan actividades conjuntas de forma activa y comprometida. Según Martín (1994), un elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa.

Participante 1: R.E

En lo que respecta la variable calidad de vida encontramos que mantuvo sus niveles de puntaje de las dimensiones salud física y entorno pero disminuyó sus puntajes en los dominios salud psicológica y entorno; estos cambios pueden ser explicados que para el momento de la aplicación se establecieron, en la zona donde reside y en el país en general, protestas que alteraron su funcionamiento normal; manifestando en reiteradas ocasiones que se encontraba afectada emocionalmente y desconcentrada por los acontecimientos actuales; ello explica perfectamente la disminución en entorno físico y salud psicológica ya que R siendo miembro de la sociedad civil realizaba múltiples actividades que fueron suspendidas por los acontecimientos antes mencionados.

Sin embargo en el ítem 2 que se refiere a salud general mostró un aumento de 3 a 4 puntos que pueden ser explicados por la rehabilitación siendo la última pregunta del test de calidad de vida una pregunta abierta sobre el beneficio de la rehabilitación a lo que R respondió “la experiencia fue bastante satisfactoria, me ayudó a mejorar mi memoria en algunos aspectos...”

Así mismo durante la primera sesión individual con R (el pre test); se estableció de manera voluntaria un proceso personal debido al clima de cordialidad y rapport que se había establecido; la participante manifestó que las actividades del Centro de Juventud Prolongada y la Sociedad Civil del municipio Chacao le habían servido para demostrarse a sí misma que sí podía realizar cosas, aprender y encargarse de múltiples labores, cosa que no había hecho en el transcurso de su vida por limitaciones en primera instancia de su madre y luego de su ex esposo; esto coincide con las ideas de Krzeimen (2001) quien establece que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales y actividades significativas; señalando que esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social.

Participante 2: S.M

Pasando ahora al análisis de lo obtenido en la variable calidad de vida se puede decir que luego de la intervención la participante aumentó su puntaje en los ítems 1 y 2 correspondiente a calidad de vida y salud general. S. disminuyó los niveles en la dimensión salud física; logró mantener el puntaje en salud psicológica y aumentó en los

dominios entorno y relaciones interpersonales; estos puntajes pueden ser explicados de diferentes maneras:

En primer lugar la disminución de la primera dimensión (salud física) puede deberse a la coyuntura nacional antes mencionada; pero también al número de sesiones cortas que se tuvieron ya que a esto Olomos, Cebollero y Ferré (2014) en su investigación encontraron que la calidad de vida puede ser mediada por una gama amplia de variables sustanciales que interfieren con el efecto de la rehabilitación neuropsicológica entre ellas se encuentra aquellas relacionadas con la intensidad y la duración de las intervenciones. La premisa de los autores es si se aumenta las semanas de duración, el número de sesiones de intervención y la relación entre el número de sesiones y la duración de la intervención en semanas, también aumentan los efectos sobre la calidad de vida; entonces debido al corto tiempo que se dispuso para las intervenciones la Sra. S no mostró aumentos en la dimensión salud física y mantuvo el puntaje en el dominio salud psicológica. Así mismo la edad de los pacientes también tiene para los mismos autores un importante efecto mediador, donde las personas mayores parecen obtener menores aumentos en su calidad de vida después de la rehabilitación neuropsicológica.

En cuanto a los dominios relaciones interpersonales y entorno se evidencia un aumento sustancial en los percentiles obtenidos, es decir, a pesar de lo dicho anteriormente sobre el número de sesiones y el clima hostil de la nación estos puntajes lograron incrementarse, esto es debido a que la participante obtuvo una ganancia social implícita con la intervención ya que luego de salir de la sesión compartía o realizaba alguna actividad, como por ejemplo asistir al banco, con las otras participantes que eran colaboradores del centro o miembros de la sociedad civil del municipio.

Participante 3: M.G

Se encontró que la participante 3 mantuvo sus niveles en ambos momentos, en los ítems de calidad de vida y salud general, así mismo en el dominio salud física; mientras que en la dimensión entorno se pudo detallar un aumento de dos puntos.

Por su parte en salud psicológica aumentó un punto en el post test. Incremento que se podría atribuir a los efectos positivos de la rehabilitación, dado que tal y como lo señala Vivaldi (2012) un funcionamiento positivo en el individuo, posibilita el desarrollo

de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal, incrementando así la salud psicológica.

En la dimensión relaciones interpersonales se puede notar diferencias donde el puntaje disminuyó dos niveles. Los investigadores atribuyen dicho decremento al hecho de que, en el momento que se aplicó el post test de calidad de vida la participante tenía días sin asistir al centro, dado que cerró sus puertas por la situación nacional. Además M.G por residir en Chacao (zona de constante protestas) reportó que dejó de hacer sus diligencias por miedo a que se presentaran irregularidades; lo que quiere decir que el estar en su casa sin salir y no tener contacto con sus compañeros del centro hizo que sus relaciones interpersonales se vieron afectadas días previos a la aplicación de la escala de CV.

Del mismo modo no se puede dejar de mencionar lo dicho por Bataller y Moral (2006), los cuales afirman que un elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, igualmente el poder relacionarse con personas de su misma edad, fomenta no solo sus relaciones sociales, sino también su autoestima. Dichos autores postulan que logrando ese incremento en el estado de ánimo aumenta el rendimiento en tareas de memoria.

Participante 4: G.M

En ambos momentos (pre y post-test); se puede observar que el puntaje de CV se mantuvo en 2 pts al igual que el puntaje de salud física general en 3 pts. De la misma forma los dominios salud física y entorno no se vieron alterados por la intervención

La dimensión salud psicológica disminuyó. De igual forma ocurrió en la dimensión relaciones interpersonales, ya que se pueden notar cambios donde el puntaje transformado presentó un decremento de dos puntos.

Es pertinente mencionar que G.M fue la participante que en líneas generales expresó el menor puntaje en la escala de CV en ambos momentos. Ardila (2003) postula que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona; posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos; es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social; incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad

personal y la salud objetiva; como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Por lo que es pertinente mencionar que en el primer encuentro dicha participante, compartió con los investigadores que vivía sola y distintas tareas del hogar se le dificultaban ya que tiene una prótesis en su brazo izquierdo. Además se quejó de la situación actual que vive el país, haciendo referencia lo difícil que es encontrar medicinas y alimentos.

En la pregunta abierta que se realizó al finalizar el post test, si la rehabilitación ayudó en su calidad de vida; dicha participante consideró muy poco tiempo de aplicación para ver resultados en la calidad de vida, exponiendo que gracias a dichas sesiones, le quedó la interrogante para pedir ayuda de especialistas, felicitando así a los investigadores por su iniciativa.

Participante 5: R.M

Los resultados obtenidos por R.M en las dimensiones calidad de vida total, salud general, relaciones interpersonales y entorno en ambos momento (pre y post-test); se mantuvieron en el mismo puntaje. Por su parte las dimensiones salud física y salud psicológica presentaron un decremento de dos pts.

Él participante 5 no presentó incrementos en ninguna de las dimensiones de la escalada de calidad de vida luego de la Rehabilitación Neuropsicológica, lo que lleva a los investigadores a indagar las posibles razones de los resultados ya expuestos; se pudo observar a lo largo de los encuentros con R.M que presentaba distintos deterioros en su salud, y tal como indica Guajardo y Varas (2013), los aspectos relacionados con la calidad de vida tienen que ver con la capacidad de dar sentido a los acontecimientos vitales adversos y la satisfacción de las necesidades de la especie humana, de tal manera que las personas mayores con baja calidad de vida son aquellas que, con las dificultades y pérdidas propias del envejecimiento, no se sienten capaces de focalizar su mirada en las ganancias y recursos que aparecen en esta etapa evolutiva.

Es pertinente resaltar que en el segundo encuentro compartió que había asistido a un servicio de cardiología, donde le informaron que debía ser intervenido para la

realización de un cateterismo, noticia que lo tenía desanimado. De igual forma en la aplicación del nivel dos de la rehabilitación, comentó que tenía lumbago que le generaba dificultad para dormir; además el día en el que estaba programado la aplicación del último nivel; asistió con demora debido a una cita cardiológica; el participante después de unos minutos de iniciada la actividad pidió suspender dicha aplicación, ya que se sentía distraído por un artefacto que llevaba puesto en el brazo (Holter).

Sin dejar de mencionar las distintas quejas que expresó en reiteradas oportunidades, tales como: molestias presentadas a lo largo de los últimos años, las condiciones de las personas mayores en el país y la situación actual que lo tenía preocupado e indignado. Por último, cabe destacar que una de las participantes (que es la actual pareja de R.M) habló con los evaluadores de la poca comunicación que dicho participante tiene con sus hijos desde que se emigraron del país, circunstancia que lo tiene afectado desde el punto de vista emocional, sintiéndose abandonado por ellos.

Padilla (2005) menciona que existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales. Ejemplo de ello son los hallazgos de la relación entre calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión, en donde a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa. Esto debido a la presencia de variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la propia vida, bajo apoyo familiar y social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida, pobre regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida. Por lo que se puede decir que dicho participante presenta distintos factores que están interfiriendo en su CV y no permitieron que la rehabilitación causara mayor impacto en él.

VII. CONCLUSIONES

Una vez expuesta la discusión de resultados de la investigación, es necesario responder a la pregunta de investigación que se planteó inicialmente: ¿Cuáles serían los efectos de la aplicación de un programa de Rehabilitación Neuropsicológica basado en el Protocolo Luria UCV sobre los procesos mnésicos y la calidad de vida de las personas con envejecimiento normal?

- De dicha interrogante, se concluye que el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica genera efectos positivos sobre los procesos mnésicos; originando cambios sobre la calidad de vida percibida sólo en dominios de ciertos participantes; siendo ésta afectada por una gama amplia de variables disposicionales, como por ejemplo la situación nacional, el número de sesiones, la duración y el tipo de intervención, el entorno físico y familiar del sujeto, entre otras.

- Este tipo de investigaciones representa una contribución para la sociedad, ya que en lo que respecta al constructo principal del problema, existe una diversidad de factores, que inciden en la percepción de la misma por parte de los adultos mayores, como es el caso de la función cognitiva, específicamente la memoria; el deterioro cognitivo se transforma en una carga para los sujetos, debido al efecto perjudicial sobre la calidad de vida y la asociación con un mayor riesgo de limitaciones funcionales, como: poder tomar decisiones, satisfacer necesidades de seguridad a sus familias, de estabilidad y de pertenencia, entre otras.

- El deterioro de la memoria, asociado con la edad, describe una declinación en la misma, sin otra causa que lo explique. A lo largo de la presente investigación se ha mencionado que es un fenómeno normal en los ancianos, más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Por lo que es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes e iniciales de los síndromes demenciales. Los métodos neuropsicológicos son una herramienta eficaz en manos de profesionales para el diagnóstico, control, evaluación dinámica, organizada y continua del estado de los procesos mnésicos del adulto mayor.

- Resulta imperativo, que este tipo de metodologías sean implementadas desde el nivel primario, es decir desde lo preventivo, para así postergar la posible aparición de

patologías neurodegenerativas y aumentar la calidad de vida percibida, junto con otro tipo de políticas y estrategias como centros asistenciales, que ayuden a estimular de manera constante los procesos cognitivos; ejercicio físico, aumentar la interacción social, entrenar a familiares y/o cuidadores, entre otras. Todo esto genera un elemento significativo en el bienestar del adulto mayor, ya que distingue una participación social significativa, la cual consiste en tomar parte de forma activa y comprometida en una actividad conjunta, percibida por el adulto mayor como beneficiosa, esto quedó demostrado en la investigación, debido a que todos los participantes se mantenían con un trabajo activo o con actividades dentro del centro, que les permitían continuar con la sensación de productividad.

- El envejecimiento normal conlleva una serie de cambios, los cuales pueden afectar tanto al sustrato neural, que subyace al funcionamiento cerebral normal, como a los diferentes procesos cognitivos que soportan. De igual modo, se pudo apreciar en la presente investigación, que las consecuencias del paso del tiempo no son iguales para todas las personas, por lo que tampoco afecta de la misma manera en la calidad de vida de los sujetos.

- Asimismo, se pudo corroborar, que uno de los eventos relevantes en el adulto mayor, que impide la satisfacción de sus necesidades propias, es la incapacidad que advierten para retener y/o evocar material de su memoria, haciéndolos sentir frustrados, afectando de manera importante su calidad de vida.

- Existe una estrecha relación entre la estimulación y la subfunción que se mantiene o mejora, es decir, los procesos mnésicos específicos que están siendo estimulados frecuentemente, exhibirán mayor mejoría que aquel que no se está estimulando directamente.

- Incluir tareas para realizar en la casa, asociadas a las del programa de rehabilitación Neuropsicológica, facilitaron en algunos casos, el proceso de optimización de los resultados obtenidos en las sesiones.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se señalaran las principales limitaciones que fueron detectadas, a lo largo del desarrollo de la presente investigación

- Debido a la amplia gama de actividades que se realizan en el centro en el cual se aplicó la presente investigación, no se contaba con un salón o espacio establecido, por lo que se dependía del horario y lugar que estuviera disponible en el momento, lo cual en distintas oportunidades dispersaba a los participantes.

- Los participantes, específicamente las de sexo femenino contaban con una agenda copada de actividades, por lo que en distintas sesiones estaban pendientes del reloj, dado que se tenían que ir a una hora determinada. Lo que pudo interferir en su concentración y por ende en su desempeño.

- Debido a la escasa presencia del sexo masculino en las actividades del centro en el cual se aplicó la investigación, solo se contó con un participante de dicho género, por lo que no se logró establecerse una distribución equitativa según el sexo.

- En distintas oportunidades el centro de Juventud Prolongada cerró sus puertas y los investigadores se vieron en la obligación de posponer la aplicación pautada con algunos participantes, debido a la ola de protestas presentadas en el país en el transcurso de los meses abril-mayo.

- Derivado de la situación que se estaba viviendo en el país en dicho momento, los participantes expresaron en distintas oportunidades sentirse desanimados, con impotencia y decepción por lo que se estaba atravesando; la muerte de personas jóvenes los tenían impresionados y afectados emocionalmente. Por lo que se considera que dicho factor perjudicó directamente a la investigación, pudiendo interferir en la concentración y calidad de vida de los participantes.

De la presente investigación se pueden desprender algunas recomendaciones que podrían ser tomadas en consideración a la hora de desarrollar futuras investigaciones en el área de la Neuropsicológica ya sea en sujetos sanos o sujetos con alguna patología. Algunas de las recomendaciones más importantes a las cuales se puede hacer referencia son:

- Es necesario el desarrollo de investigaciones que contemplen un período más prolongado de Rehabilitación Neuropsicológica, con el objetivo de incrementar los efectos positivos de la misma y por ende, conocer las ganancias máximas que pudiese presentar una persona desde la prevención prolongando la presencia de una posible enfermedad

- Debido a que existen actividades que presentaron el mismo nivel de dificultad; se recomienda a futuros investigadores del programa de Luria, adaptar dichas actividades según sea la dificultad; específicamente en memoria lógica.

- Aumentar el número de sesiones con otras actividades para así poder determinar si se dan aumentos sustanciales sobre los niveles de calidad de vida.

- Sería interesante determinar los efectos de la rehabilitación sobre la calidad de vida de manera cualitativa; por ejemplo mediante un grupo focal, entrevista a profundidad, entre otras herramientas para determinar así el aporte exacto de la rehabilitación sobre la calidad de vida.

- Determinar los efectos de la Psicoterapia sobre la calidad de vida de adultos sanos, en el periodo de aplicación de la Rehabilitación Neuropsicológica Luria-UCV.

- Así mismo implementar estrategias que apunten a la realización de un proyecto de vida para que las personas sientan una mejor vejez.

- Aplicar el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Integral Luria-UCV, con el fin de investigar su efectividad y eficacia, en distintas poblaciones de personas con diversos tipos de daño o lesión cerebral.

- Evaluar el impacto que tendría en la calidad de vida de familiares y cuidadores, la aplicación del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Integral Luria-UCV, en adultos sanos o con daño o lesión cerebral.

- El profesional debe estar capacitado en uso de técnicas psicológicas como la modificación de conductas, las técnicas cognitivo-conductuales, de orientación grupal y familiar, para abordar la problemática emocional presente durante el proceso rehabilitador.

- Generar contactos que podrían hacer uso de la Rehabilitación Neuropsicológica Integral Luria-UCV con instituciones como la Unidad de Neuropsicología del Hospital

Universitario de Caracas.

- En caso de ser aplicado por rehabilitadores con poco entrenamiento o experiencias en el área es recomendable un observador para garantizar un mayor nivel de confiabilidad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, R., Dorado, C., y Utria, O. (2014). Inclusión de la neuropsicología como servicio especializado de salud en Colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 97-106.
- Alfageme, A. (2003). Envejecimiento, calidad de vida y desigualdad social. En Manuel, S. *Hacia un concepto integral de calidad de vida: la Universidad y los mayores*. (95-111). España .
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno
- Ardila, R. y Roselli, M. (2012). Evaluación neuropsicológica de la demencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1). 99-113. Recuperado el 19 de junio de 2016 de http://www.academia.edu/3294613/Evaluaci%C3%B3n_neuropsicol%C3%B3gica_de_la_demencia.
- Avilés, J.; Manga, D.; Jiménez, S. (1999). Memoria implícita y memoria explícita intramodal e intermodal: influencia de las modalidades elegidas y del tipo de estímulos. *Psicothema*, 11(4), 831-851. Recuperado el 3 de septiembre de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2012894>.
- Baddeley, A. (1999). *Memoria humana: Teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Badía, X; Salamero, M; y Alonso J. (1999). *La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Madrid: Edimac.
- Barroso, J. y Junqué, C. (2007). *Manual de neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Bataller, S. B., & Moral, J. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika*, 22(5), 179-185.
- Bayona J., Bayona A., y León F. (2011). Neuroplasticidad, Neuromodulación y Neurorehabilitación: Tres conceptos distintos y un solo fin verdadero. *Revista Científica Salud Uninorte*, 27(1).
- Benatar, R. (1993). *Gestión de las Residencias de la Tercera Edad*.
- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M., y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(2), 119-126.

- Blanco, D. y Contreras, D. (2015). *Desarrollo y validación del programa de rehabilitación neuropsicológica integral luria-ucv*. Tesis de grado publicada, UCV, Caracas, Venezuela.
- Blasco, R. (2013). *Sesgos de memoria en la ansiedad de evaluación*. Trabajo de grado publicado. Recuperado el 4 de septiembre de 2016 de <http://eprints.sim.ucm.es/23504/>.
- Blasco, S. y Melendez, J. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriatrka*. 22 (5), 179-185. Recuperado el 16 de mayo de 2017 de <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/memoriayvejez.pdf>.
- Bruna, O.; Roig, T.; Puyuelo, M.; Junqué, C. y Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica: intervención práctica y clínica*. Madrid: Elsevier.
- Campagna, I. (2015). *Evaluación neuropsicológica de la población venezolana*. Caracas: Araca
- Carlson, N. (2007). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson.
- Carboni, A. (2007). Desarrollo de la memoria declarativa. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 6 (2), 245-268. Recuperado el 30 de agosto de 2016 de <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=DESARROLLO+DE+LA+MEMORIA+D+ECLARATIVA&btnG=&lr=>.
- Cardinali, D. (2007). *Neurociencia aplicada*. Buenos Aires: Panamericana.
- Carrillo, P. (2010). Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: Historia, taxonomía de la memoria, sistemas de memoria de largo plazo: la memoria semántica. *Salud mental*, 33(1), 85-93. Recuperado el 30 de agosto de 2016 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000100010&script=sci_arttext.
- Carter, R. (2009). *The human brain book*. Nueva York: Dorling Kindersley Limited.
- Casado, E. (1995). *De la orientación al asesoramiento: una selección de lecturas*. Universidad Central de Venezuela: Centro de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Casas, M. (2010). Calidad de vida del adolescente. *Revista cubana de pediatría*, 82 (4), 112-116.
- Cerquera, A. y Quintero, S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45(3), 173-180. Recuperado d LA Web: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>
- Correia, R. (2011). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo*. Recuperado el 10 de Septiembre del

- 2016
de <http://formacionasunivep.com/IIIcongresosalud/documents/Libro%20Salud,%20alimentacion%20y%20sexualidad%20en%20el%20ciclo%20vital%20Volumen%20I.pdf#page=72>.
- Egui, C. (2016). *¿Cómo afecta la crisis económica en la salud mental de los venezolanos?*. Recuperado el 2 de junio del año 2017 de <http://lavozdelconsumidor.com/como-afecta-la-crisis-economica-en-la-salud-mental-de-los-venezolanos/>.
- Fernández, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Recuperado el 10 de septiembre del 2016 de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15670>.
- Franco, M., y Criado, C. (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados con enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fundación Alzheimer Venezuela (2011). *Alzheimer (y otras demencias, impacto en Venezuela)*. Recuperado el 01 de septiembre de 2016 de http://www.alzheimer.org.ve/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/IMPACTODELALZHEIMERYOTRASDEMENCIASENVENEZUELA.pdf.
- García, M.; Moya, L., y Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurol Colombia*, 31(4). 398-403.
- Gómez, O., Roca, M., Esaá, L., Sánchez, J., Ruiz, M., y Vernet, O. (2009). *Manual del Protocolo de Evaluación Neuropsicológica Luria - UCV*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. UCV.
- Gómez, M., y Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- González, I. (2015). *Actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana*. Recuperado el 5 de noviembre del 2016 de https://www.omint.com.ar/website2/Portals/0/Documentos/newsletter/omint_invierno10.pdf.
- González, P., Bousoño, M., González, M., Pérez, C., y Bobes, J. (1993). Evaluación de calidad de vida. *Psiquiatría*, 5(6), 20-32.
- Guajardo, E., y Varas, C. (2013). Características resilientes y de calidad de vida en adultos mayores: la importancia de tener Redes. *In Individuo, comunidad y salud mental: avances en estudios sociales y aplicados a la salud*, 12(2). 105-123). Corporación Universitaria Reformada.

- Guerra, A., Ramírez, A., Álvarez, A., Morales, M., Rodríguez, G., y Frías, L. (2015). *Caracterización de la memoria en el envejecimiento: una mirada desde la neuropsicología*. Recuperado el día 8 de septiembre del 2016 en la Web: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/256>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, DF: McGraw-Hill.
- Hernández, L., y Sanchez, J. (1995). La psicología preventiva su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología conductual*. 3(2). 173-182.
- Kandel, E. (2007). *En busca de la memoria. Nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Katz.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Kolb y Wishaw. (2011). *Neuropsicología humana*. México: Panamericana.
- Krzemien, D. (2001). *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo.
- Lezak, M.; Howieson, D. y Loring, D. (2004): *Neuropsychological Assessment* (4^a ed). Oxford University Press, Nueva York.
- Losada, V. (1994). Algunas notas sobre el problema del método en orientación. En Casado, E. (1995). *De la orientación al asesoramiento: una selección de lecturas*. Universidad Central de Venezuela: Centro de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Manterola, C., Urrutia, S., y Otzen, T. (2013). Calidad de Vida Relacionada con Salud. Una Variable Resultado a Considerar en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 31(4). 1527-1523.
- Martín E. (1994). *La prevención comunitaria*. Recuperado el 8 de septiembre del 2016 en la Web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext.
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental*. (6^a. Ed.). México, DF: Prentice-Hall.
- Meeberg, G. (1993). *Quality of life: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 18, 32 - 38.
- Mejía, K.; Ríos, M.; Suárez, J. y Ceballos, D. (2014). *Revista Poiésis*, 1(28). Recuperado el día 8 de septiembre del 2016 en la Web: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>.
- Milner, B. (2005). The medial temporal-lobe amnesic syndrome. *PsychiatrClin N Am*,

- 28(1), 599-611.
- Mol, M., Carpay, M., Ramakers, I., Rozendaal, N., Verhey, F., y Jolles, J. (2007). The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. *International journal of geriatricpsychiatry*, 22(5), 393-400.
- Montes, J.; Gutiérrez, L.; Silva, J.; García, G., y Del Río, Y. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista chilena de neuropsicología*. 7(3). 121-126.
- Morrill, W., Oetting, R., &Hurst, C. (1974). Dimensions of counselor functioning. *Personnel & Guidance Journal*, 52(6).
- Muñoz, E., Blázquez, J., Galpasoro, N., y González, B. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona, España: UOC.
- Opción de Asesoramiento Psicológico y Orientación. (s.f.). *Principios de Orientación, Lecturas*. Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Obregón, F. (2002). *Guía de estudio de gerencia de servicios psicológicos (primera, segunda y tercera unidades)*. Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1982). *La lista de la OCDE de los indicadores sociales*. Paris: OCDE.
- Organización Mundial de la Salud (1974). Definición Mundial de Salud. Retrievedfrom<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2002): *Salud y envejecimiento. Un marco político*. Revista de la SEGG.
- Osorno (2009). Guía colombiana para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las demencias. *Revista de la asociación Colombiana de gerontología y geriatría*, 23(15). Recuperado el 18 de Septiembre del 2016 dehttp://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista/2009/23-0.pdf.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 2005, No. 13, 80-88.
- Pellicer, F., y Velásquez, K. (2014). *Calidad de Vida y Rendimiento Académico en estudiantes universitarios provenientes del interior del país y del Área Metropolitana de Caracas*. Tesis de grado no publicada, UCV, Caracas, Venezuela.
- Peña, J. (2005). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona, España: Fundación la Caixa.

- Peña, J. (1999). *Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principios generales*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Peña, J., Quiñones, S., Gramunt, N., Quintana, M., Aguilar, M., Badenes, D., et al (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): norms for verbal fluency tests. *Archives of ClinicalNeuropsychology*, acp042.
- Peña, G., Cañoto, Y., y Santalla de Banderali, Z. (2006). *Una introducción a la psicología*. Caracas: Texto.
- Piedra, L. (2011). Propuestas de la memoria en psicología: un estado de la cuestión y sus implicaciones en la enseñanza universitaria. *Revista de Ciencias Económicas*, 29(1). Recuperado el 30 de agosto de 2016 de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/7043>.
- Pirela, A., y Linero, D. (2013). *Estudio descriptivo del lenguaje comprensivo y denominativo en adultos mayores entre 60 y 90 años con enfermedad de alzhéimer y envejecimiento normal*. Tesis Doctoral.
- Rains, D. (2002). *Principios de neuropsicología humana*. Madrid: McGraw-Hill.
- Reimel, S., y Muñoz, C. (1990). Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. *Comportamiento*, 1(2), 51-59.
- Ribes, E. (1990). *Psicología General*. México: Trillas.
- Rivera, D., Estrada, M., y Estrada, L. (2007). Posibilidades de la rehabilitación neuropsicológica en población geriátrica con deterioro cognoscitivo. *Medicina Interna de México*, 23(2), 133-137.
- Rodríguez, N., y García, M. (2006). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 7(57). 49-68.
- Rondón, J., Velásquez, B., y Roca, M. (2011). Efectos de un programa de rehabilitación neuropsicológica en los procesos mnésicos de tres pacientes con demencia tipo alzheimer. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 11(2). 103-132. Recuperado el 19 de junio de 2016 en la Web: www.redalyc.org/pdf/213/21324851008.pdf.
- Santana, J. (2016). La Geriatria, Gerontología y Psicogerontología en la revista Archivo Médico de Camagüey. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(2). 108-113.
- Schacter, D. (2001). Forgotten ideas, neglected pioneers: Richard Semon and the history of memory. *PsychologyPress*, 13(1), 501-518.
- Sen, A. (2000). La perspectiva de la libertad. Desarrollo y Libertad. Santafé de Bogotá: Planeta, 29.

- Solís, H. y López-Hernández, E. (2009). Neuroanatomía funcional de la memoria. *ArchNeurocién*, 14(3), 176-187. Recuperado el 7 de septiembre de 2016 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2009/ane093f.pdf>.
- Squire, L. (2004). Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. *NeurobiolLearnMem*, 82(1). 171-177. Recuperado el 29 de agosto de 2016 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15464402>.
- Sternberg, J. R. (2011). *Psicología Cognoscitiva*. (5ª. Ed.). México, D.F. Cengage Learning Editores.
- Sulzer, B. y Mayer, G. (1985). *Procedimientos del Análisis Conductual Aplicado con niños y jóvenes*. México: Trillas.
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI*, 8(2). 57-65.
- Taillefer, C., Dupuis, G., Roberge, M., y Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Sistematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2). 293 - 323.
- Tarff, R. (1975). El modelo médico y el concepto de conducta anormal: implicaciones para la psicología clínica. *Revista de Psicología*, 2 (2), 3-12.
- Thane, P. (2012). La vejez en la historia inglesa. Recuperado el 18 de septiembre del 2016 de : <http://minerva.usc.es/handle/10347/4554>.
- Trujillo, S., Tovar, C., y Lozano, M. (2003). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Univ. Psychol. Bogotá*, 3(1), 89-98.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40(3), 385-398. Recuperado el 28 de agosto de 2016 de <http://cognitn.psych.indiana.edu/busey/Q301/pdfs/TulvingMemory.pdf>.
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1). 61-71.
- Velandiama, F., Castillo, C., Sandoval, E., Silva, P., y García, M. (2016). Depresión, cognición y adultos mayores activos. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 16(2). 45-64.
- Vásquez, J.; y Ortiz, P. (2011). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. *Revista de psicología, universidad católica San Pablo*, 1(1). 13-25.
- Velandia A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida* (1ra ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Vélez, M. (2008). La historia de la vejez. Ensayos. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 4(23), 237-254.
- Ventura, R. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 12(2), 17-25.
- Verdugo, M. (2009). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú.
- Vivaldi, F. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y percepción de salud del adulto mayor. Recuperado el día 2 de junio del año 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002
- Vizcaíno, V. y Muñoz, A. (1998). Calidad de vida en ancianos, 3(16). Univ de Castilla La Mancha.
- Weiner, M., y Lipton, A. (2005). Demencias: Investigación, diagnóstico y tratamiento. Recuperado el 8 de septiembre del 2016 en la Web: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a04.pdf>
- Walford, L., Gottesman, R., Weindruch, R, y Tam, C. (1981). Immunopathology of aging. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 2(1), 3-48.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 2(2), 153-159.

ANEXOS

ANEXO 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo _____,
C.I: _____, hago constar que Pinto Verónica V-20.904.012 y Vizcaya José, C.I: V-20.836.965 quienes llevan a cabo la investigación titulada: **EFFECTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BASADO EN EL PROTOCOLO LURIA-UCV (SUB-PRUEBA MNÉSICA) SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON ENVEJECIMIENTO NORMAL**, me han informado y comunicado la finalidad de dicha investigación.

Así mismo, conozco que los resultados de los instrumentos aplicados serán procesados con la confidencialidad pertinente que dicta el código de ética del ejercicio de la psicología y serán utilizados únicamente para fines académicos a nivel estadístico conservando el anonimato del participante.

Habiendo sido informado (a) acerca de los fines de esta investigación y sabiendo que estoy en absoluta libertad de contestar o no todos los ítems de los instrumentos, declaro mediante este documento que acepto participar de forma libre y voluntaria en el estudio.

ANEXO 2
EXPLICACIÓN DE MOTIVO DIRIGIDA A JUVENTUD PROLONGADA

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

Sra. Patricia Bustamante
Directora de Desarrollo Social de la
Asociación Civil Juventud Prolongada
Presente.-

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar su valiosa colaboración para que los Bachilleres Pinto Verónica (C.I. 20.904.012) y Vizcaya José (C.I. 20.836.965) tesistas pertenecientes al Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación de la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, realicen la aplicación de su trabajo especial de grado titulado: **EFFECTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BASADO EN EL PROTOCOLO LURIA-UCV (SUB-PRUEBA MNÉSICA) SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON ENVEJECIMIENTO NORMAL** el cual está bajo la estricta supervisión y tutoría de la Lic. Carolina Mora C.I. 13.824.984, profesora de esta institución.

Agradeciendo la atención que pueda prestar a nuestra solicitud,
Atentamente

Eduardo Santoro
Director de la Escuela de Psicología

ANEXO 3
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PROCESOS MNÉSICOS LURIA-UCV



**PROTOCOLO DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
LURIA U.C.V.**

IX.- FUNCIÓN PROCESOS MNÉSICOS

9.1.- Aprendizaje (Series de Palabras o Números Inconexos).

Instrucción General: Recuerde que todos los ítems cualitativos (designados con la letra C) evalúan todos los ítems cuantitativos de la subfunción.

265.- Escuche atentamente las siguientes palabras. Trate de recordarlas y repita las que pueda. Son 10 palabras ¿Cuántas cree Ud. que va a recordar? (El evaluador dice las palabras pausadamente. Se realizan 3 ensayos y se registran los resultados - palabras repetidas correctamente. Se repite la serie en cada ensayo, siguiendo el mismo orden).

Estimación de palabras a recordar /10

Nº	Casa	Montaña	Gato	Noche	Mesa	Campana	Autobús	Puente	Cruz	Agua
1										
2										
3										

Para la evaluación de este ítem:

0 palabras repetidas= 0 pto.

Entre 1 y 4 palabras repetidas en el mismo orden= 1 pto.

Entre 5 y 6 palabras repetidas en el mismo orden= 2 ptos.

7 o más palabras repetidas en el mismo orden= 3 ptos.

0 () 1 () 2 () 3 ()

1= /10

2= /10

3= /10

266.- Escuche atentamente los siguientes números. Trate de recordarlos y repita los que pueda. Son 10 números ¿Cuántos cree Ud. que va a recordar? (El evaluador dice los números pausadamente. Se realizan 3 ensayos y se registran los resultados - números repetidos correctamente. Se repite la serie en cada ensayo siguiendo el mismo orden).

Estimación de números a recordar /10

Nº	7	1	3	9	4	2	0	5	6	8
1										
2										
3										

Para la evaluación de este ítem:

0 números repetidos= 0 pto.

Entre 1 y 4 números repetidos en el mismo orden= 1 pto.

ANEXO 4
CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para	1	2	3	4	5

	realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 5
FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Ficha de Identificación

Nombre y Apellido: _____

Sexo: ____ Edad: ____ Estado Civil: ____ Grado de Instrucción _____

Ocupación: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

¿Presenta Usted alguna enfermedad de importancia clínica? _____ ¿Cuál?

Hábitos Psicobiológicos

Tabáquicos: Sí _____ No _____

Alcohol: Sí _____ No _____ Frecuencia: _____

Café: Sí _____ No _____ Cantidad de tazas _____

Drogas: Sí _____ No _____ Cuál? _____

Sueños: Tranquilos ____ Intranquilos ____ N° de horas ____

Medicamentos para dormir: Sí _____ No _____ Cuál? _____

Alimentación Balanceada: Sí _____ No _____ Cuantas veces al día? _____

Medicamentos que toma al día: _____

Dosis: _____ Recetados por: _____