



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

INFORME FINAL INTEGRADOR

**“Estado de ánimo y deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a talleres de entrenamiento cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires”**

**Rector Emérito:** Dr. Roberto Kertész

**Rectora:** Arq. Ruth Fische

**Vicerrector:** Lic. Christian Kreber

**Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales:** Lic. Beatriz Labrit

**Coord. De la Carrera:** Lic. Martha Longuiera Puente

**Coord. Del Ciclo:** Laura Waisman

**Directora de Educación a distancia:** Garzaniti Ivana

**Tutor:** Lic. Karina Sambataro

**Asesor metodológico:** Lic. J. Ungaretti / Lic. M. Muller / Dr. Edgardo Etchezahar – Lic. Talía Gomez Yepes

**Alumna:** Sabrina Lambermont

**N° Legajo:** 16059

**Lugar:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Fecha de entrega:** Junio de 2020

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
1. Envejecimiento y deterioro cognitivo.....	7
1.2 Funciones Cognitivas en los adultos mayores.....	10
2. Las emociones y el estado de ánimo.....	12
2.1 Emociones y estado de ánimo en el adulto mayor.....	16
3. Intervenciones psicopedagógicas con adultos mayores.....	18
ANTECEDENTES.....	21
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	27
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	29
1. Objetivo general.....	29
2. Objetivos específicos.....	29
3. Hipótesis.....	30
MÉTODO.....	30
1. Diseño.....	30
2. Participantes.....	30
3. Técnica de recolección de datos.....	31

4. Procedimiento.....	32
RESULTADOS.....	33
1. Caracterización de la muestra.....	33
2. Descripción de las variables.....	36
2.1. Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA].....	36
2.2. Addenbrooke’sCognitiveExaminationIII [ACE-III].....	37
3. Análisis de la normalidad.....	38
4. Análisis de la relación entre variables.....	48
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIA.....	45
ANEXOS.....	50
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
CUESTIONARIO.....	51-
	54

## 1. Resumen

El objetivo de este estudio es indagar la relación entre el estado de ánimo y el deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a talleres de entrenamiento cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires. La hipótesis de trabajo indica que, a mejor estado de ánimo, habrá menor nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores encuestados. El tipo de estudio es correlacional, transversal, con un abordaje cuantitativo, ya que se asociarán dos variables, los datos fueron recabados en un solo momento temporal, con el fin de contrastar una hipótesis utilizando el análisis estadístico (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2006). La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos mayores de 65 años de edad, quienes asistían a los talleres de entrenamiento cognitivo dictados en un centro de jubilados en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires. Se administraron la Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA] (Sanz, 2001; adaptación española, Pino-Sedeño, Peñate & Bethencourt, 2010) y la Addenbrooke's Cognitive Examination III [ACE-III] (Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowicz & Hodges, 2000; adaptación argentina, Bruno et al., 2017). Los resultados no mostraron que existen relaciones significativas entre las dimensiones del ACE III y los diferentes estados de ánimo. Sin embargo, se encontraron relaciones significativas entre la cantidad de hijos, y entre el nivel de educación y algunas dimensiones del ACE III y su valoración total; y diferencias significativas según la ocupación y la Fluencia verbal y el nivel general del ACE III.

**Palabras clave:** Estado de ánimo, Deterioro cognitivo, Adultos mayores, Labor psicopedagógica.

## **Introducción**

Las transformaciones demográficas generaron un incremento de la población mayor. El envejecimiento de la población provoca una problemática psicosocial y sanitaria. De esta forma, el interés por la salud-enfermedad, las complicaciones sociales y el estado de ánimo en este grupo, provocó un aumento de la cantidad de estudios y publicaciones (Sáiz, Baqués&Sáiz, 1998 citados en Jürschik, Botigué, Nuin&Lavedán, 2013).

La vejez no se encuentra obligatoriamente seguida por el deterioro cognitivo e intelectual. Es complicado indicar cuando empieza la vejez, debido a que delimitar el envejecimiento y sus particularidades más significativas es complejo, por las diversas diferencias individuales existentes en el envejecimiento (Manes &Niro, 2014). Los síntomas, como los cambios de humor, pueden ser considerados “normales” en el envejecimiento o pueden considerarse con patologías como la demencia. Los profesionales que trabajan con los adultos mayores deben atender a las señales de los síntomas, por ejemplo, de la depresión. La detección se puede llevar a cabo a través de escalas de medición geriátrica o de preguntas simples (González, 2010 citado en Jürschik et al., 2013).

El objetivo de este estudio ha sido indagar la relación entre el estado de ánimo y el deterioro cognitivo en adultos mayores que asistieron a talleres de entrenamiento cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires. La hipótesis de trabajo planteóque, a mejor estado de ánimo, habría menor nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores encuestados.

Se llevó a cabo un estudio correlacional, el cual pretende conocer la asociación entre dos variables en cierto entorno mediante un patrón predecible; transversal, debido a que se recabó la información en un solo momento; con un abordaje cuantitativo, ya que se empleó la recolección de datos para contrastar una hipótesis utilizando el análisis estadístico (Hernández Sampieri et al., 2006).

Con este trabajo se pretende aportar información sobre el tema, debido a que en la actualidad se aspira a mejorar la calidad de vida en general de los adultos mayores, ya sea a nivel físico, cognitivo y social. Para ello, el rol del psicopedagogo es fundamental para garantizar que los ancianos reciban la estimulación cognitiva necesaria que evite o retrase el deterioro de sus funciones en esta última etapa del ciclo vital.

En los últimos años se han realizado distintos programas de estimulación y entrenamiento cognitivo, obteniendo como resultados mejoras en las capacidades cognitivas gracias a los programas implementados (Montejo, 2003 citado en Vega Rozo et al., 2016; Puig 2000 citado en Vega Rozo et al.).

Distintos estudios mostraron que la ejercitación y la estimulación cognitiva pueden retardar la aparición del deterioro cognitivo. Un estudio mostró que luego de diez sesiones de entrenamiento cognitivo existen mejoras equivalentes al deterioro observado en un periodo de siete a catorce años (Manes & Niro, 2014). La valoración de la función en las personas es vital para generar un diagnóstico, un pronóstico y un discernimiento clínico, para decidir sobre el tratamiento.

Los datos obtenidos han sido significativos para comprender esta temática, debido a que en los últimos años ha aumentado el interés por analizar la tercera edad. Además, el estudio realizado puede servir para fomentar políticas estatales para mejorar la atención y los tratamientos que se podrían brindar a esta población. Conocer mejor los cambios que suceden en la tercera edad serviría para mejorar el presente de los adultos mayores, optimizando su calidad de vida en aspectos a través de la promoción de actividades que los ayuden a entrenarse cognitivamente.

## **Marco Teórico**

### **1. Envejecimiento y deterioro cognitivo**

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (Benavides-Caro, 2017), entre el año 2015 y 2030 la población mayor de 60 años se incrementará un 56%, yendo de 901 millones a 1.4 billones. En el año 2050 la población mundial de ancianos se encontrará por encima del doble que la del 2015, siendo de alrededor de 2.1 billones de individuos. En Latinoamérica, para el 2030, el incremento de la población de adultos mayores será de un 71%, siendo la más elevada a nivel mundial.

El aumento de la cantidad de ancianos hace que se deban llevar a cabo transformaciones sociales, económicas y políticas, por lo que parte de las mismas recaen en el sistema de salud. Algunos de ellos no necesitan de grandes inversiones, sino un mayor énfasis para prevenir las patologías de la tercera edad y el manejo primario de la noción de anciano sano. La misma se refiere a la supervivencia hasta cierta edad, la independencia de las actividades cotidianas, el bienestar, la participación social, el no padecimiento de enfermedades crónicas y el no poseer una alteración cognitiva o que solo sea leve (Benavides-Car, 2017).

El envejecimiento es un elemento natural en la vida, siendo un proceso biológico universal que ocurre con el tiempo debido a distintas variables, como la interacción entre la genética y el entorno. Estos elementos hacen referencia a la manera en que se envejece y se vive este proceso (Sanhueza Guzmán, 2014). Las capacidades funcionales del sujeto mayor son el resultado de los procesos biológicos y de características como el sexo, la edad, el nivel de educación, la ocupación, los hábitos, el estado mental y cognitivo, entre otros (Martínez & Pérez, 2006 citados en Sanhueza Guzmán; Peña, Terá, Moreno & Bazán, 2009 citados en Sanhueza Guzmán). Esto lleva al envejecer con o sin éxito: lo importante no es el paso del tiempo, sino la calidad del mismo.

Bajo la noción de “edad cronológica”, el proceso de senectud empieza cerca de los 60 años, aunque el declinar no ocurre paralelamente con una reducción en las funciones

cerebrales que pueden encontrarse intactas hasta el fallecimiento (Torrades, 2004 citado en Vega Rozo, Rodríguez, Montenegro & Dorado, 2016). Es por esto que se debe diferenciar entre el envejecimiento normal o “exitoso” y el “patológico”: el primero es un proceso progresivo que no se debe a enfermedades, afectando los sistemas orgánicos, cambiando el metabolismo y la fisiología con el transcurso del tiempo (Vega Rozo et al.). Por otro lado, el envejecimiento patológico es el deterioro físico e intelectual por la acumulación de deterioros por cuestiones genéticas y hereditarias (Vega Rozo et al.).

El envejecimiento se encuentra delimitado por transformaciones asociados con el funcionamiento cognitivo: existe una pérdida de la memoria para llevar a cabo labores complejas, aunque no siempre se genera. Dixon y Frias (Mayordomo, Sales & Meléndez, 2015) afirman que la compensación es uno de los mecanismos que pueden explicar la adaptación cognitiva de las personas para expresar su efectividad. Estudios cerebrales indican que las personas que desarrollaron una demencia no mostraron síntomas cognitivo-conductuales, apareciendo la hipótesis de la reserva cognitiva, que distingue a las personas con una elevada o reducida reserva cognitiva. Estas son variables que pueden reducir las pérdidas en las funciones cognitivas como la memoria.

El envejecimiento es un momento más de la vida, el sujeto puede desarrollarse psicológicamente conservando su dignidad. El individuo puede perfeccionarse, pudiendo en este último momento dar más y ser mejor (Mesonero Valhondo & Fombona Cadavieco, 2013). De esta forma, es el protagonista de su envejecimiento. Caso contrario, la desmotivación, la ausencia de independencia son barreras para lograr el envejecimiento activo y un rendimiento cognitivo pleno. Si se consideran las funciones cognitivas como las actividades mentales realizadas por el hombre, son la esencia de la adaptación del sujeto y del progreso social, por la habilidad de generar estrategias, planificar y analizar las consecuencias.

Fernández-Ballesteros (Mesonero Valhondo & Fombona Cadavieco, 2013) afirma que las funciones cognitivas se expresan en una estructura psicológica: la inteligencia es la habilidad de adaptación al entorno, o como las competencias para solucionar problemas significativos. La actividad intelectual mejora el funcionamiento en la tercera edad, quienes

llevan a cabo actividades intelectuales en su vida diaria tienen menos posibilidades de mostrar demencias.

En el envejecimiento normal y el patológico, la disfunción de la memoria es la problemática cognitiva más usual. Esto genera una alteración significativa en el funcionamiento social, ya que ésta es vital para la vida diaria y su irregularidad repercute en el aprendizaje y el recuerdo (Casanova Stolongo & Casanova Carrillo, 2004).

El deterioro de la memoria asociado a la edad es un trastorno apacible que puede ser usual por el relacionarse con el envejecimiento normal y el aumento de la perspectiva de vida, con una mayor cantidad de sujetos ancianos y el incremento de las enfermedades crónicas, que son características de esta franja etaria. Las demencias y los trastornos cognitivos se transformaron en una cuestión de salud significativa, por su asiduidad y por sus consecuencias en la calidad de vida de las personas (Casanova Sotolongo et al.). La compensación es un intento de incrementar el rendimiento de cara al deterioro cognitivo a través de las estrategias implícitas o explícitas, es decir, la transformación de las estructuras cerebrales que ocasionan el daño cerebral, y el proceso de reorganización en el que el deterioro es suplido por la adquisición de estrategias alternativas conductuales y cognitivas respectivamente (Mayordomo et al.). Así, se pueden señalar una perspectiva más neurológica que sostiene un modelo de compensación cerebral, y una más psicológica que se refiere a la compensación por estrategias conductuales y cognitivas.

El proceso de envejecimiento normal se encuentra definido por el declive que se genera con el paso del tiempo de ciertas funciones cognitivas, como la memoria, la velocidad en que se procesa la información, las capacidades visoespaciales, entre otras. El deterioro cognitivo se torna patológico cuando repercute en la vida del sujeto que lo padece, difiriendo de persona en persona. Tampoco hay que suceda a una edad determinada (Manes & Niro, 2014). De alguna forma más lenta ocurre con los saberes generales, el vocabulario y el conocimiento semántico. Aunque existen otras funciones cognitivas como el procesamiento afectivo, la habilidad para ubicarse en el lugar del otro y el poder atribuir estados mentales a otras personas, se conservan intactas (Manes & Niro, 2014). Además, aunque existe una gran cantidad de sujetos de la tercera edad que poseen deterioro en las

funciones intelectuales, existen adultos mayores que no lo tienen. Por ende, se empezó a estudiar hace algunos años los elementos que promueven y detienen el deterioro cognitivo, así como los que lo predisponen. La neuroplasticidad es uno de los principales mecanismos por los que la especie fue evolucionando en el tiempo y pudo adaptarse a las transformaciones del entorno, más allá de lo predeterminado genéticamente (Manes & Niro, 2014).

El envejecimiento lleva a un declive cognitivo como resultado de las transformaciones neurobiológicas y psicológicas naturales (Vásquez-Amézquita, 2016). Los mismos pueden ser atenuados o exacerbados por las vivencias y la riqueza del entorno al que se ha estado a lo largo de la vida y la vejez (Vásquez-Amézquita, 2016).

Sanhueza Guzmán (2014) afirma que es fundamental considerar ciertos principios metodológicos que tienden a la planificación y al proceso de rehabilitación. En la etapa inicial, se crea un perfil cognitivo del sujeto, permitiendo conocer los procesos cognitivos conservados y alterados, las estrategias que emplea para solucionar problemas y el nivel de impacto que posee en la realización de las actividades diarias.

## **1.2 Funciones Cognitivas en los adultos mayores.**

La velocidad de procesamiento, la capacidad de manipular información y los nuevos aprendizajes son algunas de las habilidades que declinan con el paso del tiempo (Manes & Niro 2014). Han surgido varios estudios apoyando la idea de que procesos cognitivos como la atención, memoria y funciones ejecutivas, están fuertemente afectadas durante la vejez.

La *Velocidad de procesamiento* se asocia a la capacidad para desempeñarse en tareas de fluidez que son fáciles o que ya se han aprendido. Se refiere a la capacidad de procesamiento de la información de forma automática.

La *atención*, se puede entender como la capacidad de flexibilizar la concentración y la distractibilidad, la cual es necesaria para poder tener una actividad mental superior, un nuevo aprendizaje, y a su vez, una adecuada adaptación al ambiente (Goldberg, 2006).

La atención se puede clasificar en funciones separadas, incluyendo la atención dividida, la atención alterna, la atención selectiva, la atención sostenida, y la atención

centrada. La atención dividida se refiere a la capacidad de realizar más de una tarea a la vez, y la atención alterna se refiere a los cambios rápidos del enfoque de una tarea a otra. La atención selectiva permite filtrar los estímulos de información. La atención sostenida se refiere a la capacidad de mantener la atención en una tarea durante un periodo de tiempo (Fernández Lopes 2016). Por lo tanto, la atención se puede considerar como una red anatómica que tiene el propósito de influir en el funcionamiento de otras redes cerebrales.

Al hablar de *memoria*, nos referimos al proceso de codificación, almacenamiento y recuperación de la información. Existen varios sistemas de memoria que se distinguen por el material involucrado, por el marco temporal sobre el cual opera y por las estructuras neuronales que los soportan (Manes y Niro 2014). El tiempo que pasa entre la incorporación de la información y su requerimiento juegan un papel preponderante, por lo que se puede dividir a la memoria en: *memoria de trabajo* (segundos a minutos); *memoria a largo plazo* (días a años) en ella se encuentra la memoria diferida que es la memoria para los eventos que pasaron o la información que ha sido presentada hace unos minutos; la memoria reciente es la memoria presentada hace unos días y la memoria remota, es aquella memoria en la que la información ha sido presentada hace unos años. *La memoria prospectiva* (para las cosas que planeamos hacer en el futuro). Los problemas de memoria en la vida diaria son una de las quejas más frecuentes, en personas longevas como, por ejemplo, olvidar números de teléfono, el nombre de personas conocidas, entre otras. La alteración de la memoria puede variar desde el olvido normal al patológico, que son características en las demencias seniles como el Alzheimer. No toda afectación de la memoria indica el preludeo de una demencia (Manes &Niro 2014). Los olvidos deben volverse preocupantes cuando de manifestarse en periodos aislados, se transforman en trabas para nuestras tareas cotidianas, nuestra vida familiar o actividad laboral (Manes &Niro 2014).

Las *Funciones Ejecutivas* (FE) son un grupo heterogéneo de procesos cognitivos que incluyen la resolución de problemas, la organización, la planificación, el razonamiento verbal, el control inhibitorio y el automonitoreo (Fernández Lopes, 2016). Las FE se definieron en un principio, de manera no específica, por Luria (1964). No les llamó funciones ejecutivas, pero llegó a la conclusión de que el lóbulo frontal desempeña un

papel esencial en la motivación, iniciativa, planificación, objetivos y acciones, y el autocontrol. Lesak (1987) fue el primero en utilizar el término “funciones ejecutivas” cuando se habla de las capacidades mentales que son fundamentales para los comportamientos eficientes y socialmente ajustados. Más tarde, Sholberg y Mateer (1989) afirmaron que las FE abarcan una serie de componentes ejecutivos, como la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección del comportamiento, el autocontrol y la retroalimentación. Mateer, mencionado por Tirapu-Ustárrroz (2011), dice que la atención, el reconocimiento de prioridades, la intencionalidad, la planificación y ejecución de los objetivos y el reconocimiento de los logros son componentes de las FE.

## **2. Las emociones y el estado de ánimo.**

Una forma conveniente de comprender las características del estado de ánimo, es delimitarlo de la emoción, debido a su utilización indistinta y para referirse a como se asociarían ambos constructos. Los estados de ánimo poseen especificidades que los distinguen de las emociones (Gallardo Vergara, 2006;). En la respuesta emocional participan ciertos estímulos que activan las respuestas, brindándoles su punto de partida (Gallardo Vergara, 2006). Por otro lado, los estados de ánimo no poseen un estímulo definido que los genere o es identificable por quien lo vivencia. Además, los estados de ánimo no poseen un objeto hacia el que se refieren, por lo que no son intencionales. De esta forma, son estados afectivos indefinidos y de más duración que no poseen una orientación hacia un objeto

Fernández-Abascal (1997) define las emociones como “un proceso desencadenado por la valoración cognitiva de una situación que produce una alteración en la activación del organismo” (p. 35). Pueden ser adaptativas o pueden jugar un rol desadaptativo, es decir, sería el proceso para conservar la resistencia biológica, psicológica, afectando en la salud y bienestar. O contribuirían a reducir la salud, generando un ajuste negativo de los sujetos a los diferentes contextos (Fernández Mateos & Sánchez Cabaco, 2005).

Según el Diccionario de Oxford (Cano Murcia & Zea Jiménez, 2012), la emoción es una conmoción y un trastorno de la mente, un estado mental excitado. No obstante, Goleman (1995) afirma que es “un sentimiento y sus pensamientos característicos a estados

psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias e impulsos a actuar” (p. 331).

Desde una visión vivencial, las emociones son modificaciones veloces que se vivencian desde el estado de ánimo, generalmente por recuerdos o sucesos. Algunos son la ira, la tristeza, el placer, el miedo, la sorpresa, la vergüenza. Estas son sensaciones momentáneas que cambian según el estado de ánimo que se posea, aunque se desglosan los sentimientos, los cuales son persistentes en el tiempo y mediante ciertos hechos. El enojo, la ira, el odio, el resentimiento son emociones negativas se que vivencian según el estado de ánimo. Estas emociones poseen un rol perjudicial en la vida de las personas, debido a que se realizan actos de los que puede generarse arrepentimiento y en ocasiones no se pueden reparar. Se termina siendo una persona angustiada, solitaria y alejada del mundo (Cano Murcia & Zea Jiménez, 2012).

Los estados de ánimo son estados afectivos borrosos o generales, que aparecen sin una razón. Su intensidad es reducida, a pesar de que pueden persistir horas o días, como la tristeza, la alegría, entre otros (Villanueva, Prado Gascó, González & Montoya, 2014). El hecho de poseer pocas competencias emocionales impide al sujeto tratar la cuestión emocional adaptativamente. De esta manera, pueden surgir estados de ánimo negativos que llevan a elevados niveles de estrés, los que pueden provocar quejas somáticas (Villanueva, Prado Gascó, González & Montoya, 2014).

La mente provoca pensamientos en un intento por entender lo que ocurre a su alrededor, así también el estado de ánimo se halla en constante movimiento, experimentando variaciones o padeciendo transformaciones extremas. El estado de ánimo es el filtro emocional mediante el que se interpreta y aprecian los eventos en cualquier momento y lugar. Cuando se está animado la vida parece maravillosa, las dificultades se solucionan fácilmente, aunque cuando éste se reduce mucho, lo más mínimo puede tornar la vida intolerable (Miguel-Tobal & Orozco Alonso, s.f.).

Como los estados de ánimo son propios de los humanos, se debe regular la experiencia y la forma en que se expresan los mismos. Solomon (2007) afirma que “una cierta sensación de control forma también parte de nuestra experiencia emocional” (p. 329), evitando conflictos interpersonales, oposiciones entre las necesidades biológicas y las demandas sociales, o mejorando los procesos cognitivos como el aprendizaje, la atención y

la motivación. Sin embargo, los estados de ánimo poseen un rol significativo en la presión a la que las personas se someten, las posibilidades de éxito y la percepción de control. El estado de ánimo puede nublar la percepción y la memoria de forma positiva o negativa, por lo que puede afectar las decisiones que se toman (Miguel-Tobal & Orozco Alonso, s.f.).

Los eventos vitales generan emociones y estados de ánimo, así como una parte significativa del afrontamiento hace referencia a elementos emocionales (Páez & Da Costa, 2014). Aunque las emociones son más agudas que los estados de ánimo y duran instantes, existe evidencia de que sus efectos persisten varias horas y días, y que la comunicación emocional afecta días y semanas los vínculos sociales (Páez & Da Costa 2014). Asimismo, los episodios afectivos generan mezclas de emociones, reforzando, creando o sustentándose en los estados de ánimo. Los estados de ánimo son más usuales y abarcan cerca del 75% de la vivencia emocional. Las emociones o estados intensos negativos ocurren en alrededor de un 5% de las vivencias y las positivas durante un 17% (Páez & Da Costa 2014).

Las emociones evidencian un sistema de respuesta psicofisiológico, organizado y estructurada, a un suceso o un objeto significativo para los objetivos o la supervivencia del organismo (FloresKanter, Medrano & Victoria Manoiloff, 2014). Según Izard (1991 citado en Flores Kanter et al., 2014), las emociones son vitales para la supervivencia, habiendo cuatros elementos distinguibles que actúan juntos al generarse la emoción:

- un patrón de transformaciones neuronales
- una respuesta neuromuscular y expresiva;
- un sentimiento característico o experiencia
- una forma de conducta adaptativa.

Aunque algunas de las particularidades de las emociones lo son también para los estados de ánimo, sobre todo los asociados al elemento subjetivo o experiencial, esta clase de emoción posee características que la distinguen de la emoción (Flores Kanter et al., 2014), como la duración del hecho afectivo, siendo los estados de ánimo de más extensa duración. Además, los estados de ánimos se encuentran afectados por los procesos internos, por sucesos externos y por las vivencias. Además, los estados anímicos poseen un patrón cíclico de variación que es diario, lo que no ocurre en las emociones. La diferencia con el estado anímico es que posee un sistema de respuesta que se establece por un estímulo

competente y que posee relevancia para la supervivencia del sujeto. Más allá de las diferencias mencionadas entre ambos afectos, puede afirmarse que las emociones y los estados de ánimo son vivenciados como sentimientos que producen, constituyen y guían el discernimiento, el pensamiento y la conducta.

Un estado de ánimo contiene un elemento emocional, una vivencia subjetiva, un elemento cognitivo y un estado del organismo (Fernández Castro, Granero Pérez, Barrante & Capdevila, 1997). No obstante, en cuanto a los vínculos entre los distintos dispositivos se encuentra toda clase de planteamientos: algunos afirman que el pensamiento genera los estados emocionales, la vivencia de la emoción, como los comportamientos relacionados a las emociones y las consecuencias provenientes de éstas (Fernández Castro et al. 1997). Por su parte, Zajonc (1980 citado en Fernández Castro et al.) afirma que prevalece la emoción sobre la cognición. Por último, existen planteamientos intermedios que indican la existencia de un vínculo recíproco entre cogniciones y emociones: aunque algunas cogniciones generarían transformaciones en el estado de ánimo, estos estados repercutirían o alterarían los procesos cognitivos.

El estudio de los estados de ánimo se originó en los desarrollos teóricos del afecto y la emoción: las mismas pretendieron identificar los componentes básicos y su configuración a través del ciclo vital (Pino-Sedeño, Peñate & Bethencourt, 2010). Según Yik, Russell y Feldman-Barrett (1999 citados en Pino-Sedeño et al.), los componentes comunes a los afectos serían el nivel de activación y la valencia del afecto. Algunos modelos combinan una estructura relacional que explicaría las emociones básicas, los continuos placer/displacer y activación/desactivación permiten ubicar las clases de afectos y emociones. Alrededor del placer se ubicarían los afectos que positivos y alrededor del displacer se ubicarían los afectos negativos.

Los estudios que sostienen la bipolaridad, como los de Crawford y Henry y Feldman-Barret y Russell (1998 citados en Pino-Sedeño et al.) afirman que la independencia entre la emocionalidad positiva y negativa es una cuestión de error de medición que oculta una estructura bipolar. Aunque los defensores de la independencia afirman que los vínculos negativos y simétricos hallados en dos polos son datos aleatorios

(Pino-Sedeño et al.). Empleando un modelo de ecuaciones estructurales Vautier y Raufaste (2003 citados en Pino-Sedeño et al.), no hallaron pruebas para la bipolaridad ni para la independencia, disputando si los afectos encarnan contenidos autónomos entre sí.

BisquerraAlzina (2009) señala que los estados de ánimo son más vagos que las emociones agudas, no teniendo una provocación ambiental. Un estado de ánimo no posee una motivación definida, caso contrario de lo que sucede con una emoción o un sentimiento. Un estado de ánimo no debe poseer obligatoriamente un objeto que lo genere, por ende, se describirían de forma más general. Posee una intensidad menor y son más duraderos que las emociones, yendo desde horas hasta meses. Las emociones requieren de una respuesta inminente, no sucede lo mismo con los estados de ánimo. Éstos se asocian con las experiencias de la vida que hacen que se sienta alterado, triste, entre otros. Si se poseen estados de ánimo negativos agudos, más extensos de lo aceptable aparecen los desórdenes afectivos.

### **2.1 Las emociones y el estado de ánimo en los adultos mayores.**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. En la vejez en particular, los estados emocionales se convierten en el motivo más importante para mantenerse activo y satisfecho.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bienestar emocional “es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”. En una visión más amplia se puede hablar de bienestar emocional en relación a la capacidad de adaptación a los cambios, la flexibilidad para aprender cosas nuevas, así como tener sentido del humor, conjuntamente con un estilo de vida saludable y activo. Por tal motivo para hablar de bienestar emocional en las personas mayores, debemos hablar de la importancia de disponer de objetivos que aporten significado a nuestra existencia y una relación de correspondencia con el entorno social, con los demás. Para lograr el bienestar emocional deseado en la tercera edad es elemental llevar un estilo de vida activo, el cual implica mucho más que realizar actividad física o realizar las tareas del hogar (Manes & Niro 2014). Envejecer activamente implica participar y encontrar significado a lo que se hace.

El envejecimiento presupone una pérdida progresiva de roles y entre ellos en el ámbito laboral, como es en la etapa de la jubilación, es un estado al que se llega y en el que se debe asumir un nuevo rol que constituye un cambio importante, ya que modifica las estructuras de funciones, hábitos, organización de la cotidianidad y repercute intensamente sobre el sentido de eficacia y de competencia personal (Bueno y Buz 2006). Este proceso es interpretado de diversas formas por quienes lo experimentan presentando diversos matices, pueden ser positivos o negativos. Mientras mayor sea el nivel de actividades y el apoyo social de los jubilados mejor será su bienestar psicológico (Salami 2010; Topa et al. 2009).

Algunos investigadores han encontrado que gran parte de las actividades que realizan los adultos mayores, son sedentarias, solitarias y pocas actividades nuevas (Bound y Waidmann, 2007). Una de las dificultades de las personas mayores es que pasan mayor parte del tiempo solas. El exceso de tiempo sin ninguna dedicación concreta, podría generar en la persona pensamientos negativos, lo que se tiende a mezclar con otras sensaciones tales como aburrimiento, inutilidad, desmotivación, marginación o incluso la dependencia (Sanhueza Guzmán, 2014). El bienestar psicológico va a depender del contexto en el que los individuos experimentan la jubilación, determinado por los recursos disponibles y las circunstancias en las que se da el retiro laboral (Salami 2010) tales como el ingreso económico, el nivel de educación, el cargo laboral, el estado de salud y el estilo de vida en general (Sanhueza Guzmán, 2014).

El planificar y acceder a actividades y a funciones alternativas en la tercera edad podría ser una situación deseable en la jubilación, ya que reduciría los efectos negativos del bienestar personal, mientras mayor sea el nivel actividades y el apoyo social de los adultos mayores, mejor será su bienestar psicológico (Salami, 2010; Topa et. al, 2009 citado en Sanhueza Guzmán)

Según varios autores para mantener el cerebro en forma, se debe tener en cuenta varios aspectos entre ellos la parte emocional, que refiere a una vida social activa, ya que estar conectado socialmente protege contra el deterioro cognitivo (Manes & Niro 2014); la estimulación intelectual, una dieta saludable, reducir el estrés, practicar actividad física, controlar los factores de riesgo vascular y tener una vida social activa han sido identificados como factores potenciales de protección en la mediana edad que pueden ayudar a mantener

la reserva cognitiva en la vida adulta. Así mismo aquellas personas que en la vejez continúan estimulados social, física y mentalmente muestran mayor fiabilidad en el rendimiento cognitivo. Aunque muchos factores de riesgo como la predisposición genética, están fuera de control, existe evidencia desde diferentes estudios, de que contaríamos con varias estrategias que pueden ayudar a reducir el riesgo de deterioro cognitivo. Por todo esto, mantener el cerebro en forma es una buena medida de enfrentar al tiempo y a la vejez (Manes & Niro, 2014)

### **3. Intervenciones psicopedagógicas con adultos mayores**

El objeto de estudio de la psicopedagogía son los vínculos entre los cuatro puntos del hecho educativo: el educador, los estudiantes, el objeto de estudio y el ambiente. Se enfoca en los elementos psicológico-pedagógicos que permiten o estorban en las comunicaciones delimitadas por estos polos. Se debe considerar la edad y las vivencias de los adultos mayores. Desde lo normativo, la psicopedagogía debe permitir las comunicaciones en la red. El psicopedagogo es un estimulante u ordenador de los intercambios entre los puntos.

Romero (López, 2015) señala que la labor psicopedagógica con sujetos de la tercera edad se refiere a la intención, a lo que se plantea o pretende realizar, enfocándose en la dimensión objetiva de la acción. Expresa que la psicopedagogía es una disciplina que guía los aprendizajes de los sujetos, tanto formales, no formales e informales a través de la vida incluyendo los aprendizajes de los adultos mayores y de cualquier etapa del ciclo vital. El incremento de la cantidad de ancianos y de sus expectativas de vida requiere de espacios que guíen y mejoren la calidad de vida de los ancianos.

De acuerdo a Martínez Venegas y Monsalve Barría (2010), existe una gran cantidad de profesionales, pero no muchos quieren desarrollarse en el ámbito de la tercera edad, por ende, este grupo etario se encuentra perjudicado al requerir especialistas. Desde la psicopedagogía, no hay programas dirigidos al anciano. Existe un incremento de la cantidad de sujetos en este grupo etario, lo que generaría un nuevo entorno laboral para la profesión, en donde ambas partes saldrían beneficiadas. Diversas profesiones de la salud llevaron a

cabo estudios alrededor de la tercera edad. Se necesita de la ayuda de los profesionales de la educación, quienes deben considerar las habilidades de los adultos mayores y su mantenimiento: si no se las ejercita diariamente pueden reducirse. El psicopedagogo puede brindar una contribución significativa en este grupo etario, ya que se encargan de generar estrategias metodológicas que se amolden a la persona. El psicopedagogo puede servir de gran provecho para la tercera edad, debido a que son quienes generan estrategias metodológicas que se amolden a la singularidad individual. La psicopedagogía considera al hombre íntegramente, promoviendo la afectividad y buscando el aprendizaje, la reeducación mediante las habilidades individuales, por ende, podrán realizar distintas clases de actividades, incentivando el trabajo en sus procesos cognitivos, el poder de analizar y sentirse capaces de llevar a cabo actividades por sí mismos (Martínez Venegas & Monsalve Barría, 2010).

Risiga(Figueroa, 2014) señala que, al momento de realizar un tratamiento con ancianos, el psicopedagogo deberá pensar en su labor, planificar las tareas, estrategias y formular objetivos. Estas variables se dividen en tres a pesar de que se encuentran en constante asociación, no existiendo independientemente de las demás:

- **El ambiente:** rodea al sujeto mayor, estableciendo las condiciones de trabajo, las capacidades y limitaciones para llevarlo a cabo. A nivel institucional, las variables son más complicadas, mediando una ideología institucional, su funcionamiento, el equipo, el poder, el juicio sobre la vejez, entre otras.

- **El paciente:** al ser anciano se debe considerar las particularidades de este momento vital, la temporalidad, la relación con el espacio, el tiempo, el cuerpo, su autoimagen, como es visto por los demás, los elementos funcionales, sociales y afectivos, encontrándose asociados.

- **El profesional:** media su ideología, su conocimiento, su historia con la tercera edad, la transferencia y la contratransferencia en el tratamiento, el rol que posee como profesional en el entorno laboral y en referencia al equipo interdisciplinario.

Los sitios establecidos para que los ancianos puedan contar con una opción para tener un envejecimiento sano, manteniendo la independencia de ese sujeto y brindándole significado a su vida. Estos lugares fomentan la adaptación al ambiente y al desarrollo del aprendizaje de los ancianos. Desde una visión preventiva, estos sitios promueven el pensamiento de los recursos para incrementar las representaciones, sosteniéndose en otras posibilidades, y mejorando sus apoyos. Suscitar la relación entre las oportunidades y las deliberaciones, así como las capacidades que poseen, sus creencias y anhelos para promover su futuro, anticipando un proyecto y contribuyendo a la calidad de vida de esa persona (López, 2015).

Risiga (Figuerola, 2014) plantea la aplicación de la Multiestimulación que opera desde lo sensorio-perceptivo, envuelve las actividades, los juegos y los ejercicios que promuevan la activación cerebral mediante los sentidos, la imaginación y el movimiento. La inactividad incrementa el riesgo para la salud, ya que durante la tercera edad los estímulos son indispensables debido a que la deprivación sensorial hace que los estímulos se vean reducidos.

Los espacios psicopedagógicos para los ancianos brindarían la posibilidad de gozar del tiempo, planear, definir proyectos y metas. Romero (López, 2015) plantea que la intervención psicopedagógica en estos lugares radica en diseñar escenarios y preguntas problematizadoras para promover el pensamiento, la reflexión, el sentir y el hacer. Mediante estímulos planificados se plantean actividades que permitan la expresión. El psicopedagogo es un agente de cambio que guía los procesos de aprendizaje del sujeto a lo largo de la vida, brindando y enriqueciendo los sitios de aprendizajes de los adultos mediante intervenciones específicas. Es vital entender que el trabajo con adultos mayores se requiere de un perfil que el psicopedagogo debe tener, habiendo responsabilidades y una capacitación constante que requiere de esta franja etaria.

Es fundamental que el psicopedagogo genere competencias y capacidad de promover oportunidades y escenarios de forma intrapersonal e interpersonal, siendo un profesional con una visión prospectiva, tendiente a la posibilidad de promover nuevas vivencias. Asimismo, el profesional debe plantearse los criterios para la intervención con los sujetos mayores. La intervención comprende la mejora del sujeto, el bien del educador y

de quien se educa. Considera la exploración y la propuesta para que el sujeto se observe y se cuestione en base al aprendizaje. La labor profesional necesita de un sujeto que pretenda defender su dignidad y fomentar su singularidad, respetando y entendiendo la alteridad, valorando sus diferencias y el valor por la singularidad (López, 2015).

La tarea psicopedagógica consistirá en otorgar los recursos necesarios para que se puedan emplear los saberes previos en la elaboración de nuevos aprendizajes. Debe garantizar que cada adulto transite el envejecimiento de la mejor forma posible, aceptando el paso del tiempo, brindándole significado a sus aprendizajes y a sus perspectivas futuras (López, 2015).

## **2. Antecedentes**

A continuación, se describirán algunas investigaciones que tratan sobre el deterioro cognitivo y el estado de ánimo. Se evidenció que existe una gran cantidad de estudios que analizan el deterioro cognitivo en esta población en particular, pero se encontraron muy pocos sobre el estado del ánimo. No obstante, sí se hallaron estudios que analizan patologías como la ansiedad y el estrés en la tercera edad.

Avila Oliva, Vázquez Morales y Gutiérrez Mora (2007) estudiaron el deterioro cognitivo en el adulto mayor. El objetivo de su estudio era analizar la esfera cognitiva para describir los pacientes con deterioro cognitivo, de acuerdo a la edad, el género, el nivel educativo, los factores de riesgo asociados, así como la esfera cognitiva afectada. El estudio fue de corte cuantitativo, empleándose una muestra de 129 pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo. Se administraron el Mini Mental State Examination (MMSE) modificado, la Escala de Pfeffer y la Escala de Hughes. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo para ambos sexos estuvo en el grupo de edad de 75 a 79 años, prevaleciendo el sexo femenino, siendo el nivel primario el más numeroso. Los factores de riesgo fueron el fumar, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la cardiopatía, mientras que las funciones cognitivas más afectadas fueron la memoria inmediata, la orientación, la atención y el lenguaje.

Mogollón González (2014) realizó un estudio con el objetivo de plantear una alternativa para mejorar cognitivamente al adulto mayor, más allá de la vulnerabilidad natural de este sujeto debido a su envejecimiento. Se estudian las posturas científicas tanto a

favor como en contra, en referencia a la utilización del entrenamiento cerebral. Se discute sobre la posibilidad de esta propuesta de acuerdo a las evidencias empíricas de los teóricos y estudiosos en el área de las neurociencias, sustentadas por las tecnologías de mapeo cerebral. Se concluye que esta propuesta mejora la cognición como una opción al entrenamiento cerebral: el autor propone que se incremente la triada estimulación cognitiva- ejercicio físico-socialización continua.

Vásquez-Amézquita (2016) llevó a cabo un estudio con el objetivo de identificar los factores predictores de la reserva cognitiva. Los métodos utilizados para evaluar para evaluar dicha reserva son cuantitativos, administrándose el Cuestionario de Reserva Cognitiva, la Escala de Inteligencia para adultos WAIS III (versión abreviada) y Escala geriátrica de Yesavage-Neuropsi. Los resultados mostraron que la educación y la capacidad intelectual son predictores del rendimiento cognitivo de la Reserva Cognitiva. Se concluye que se debe promover un elevado nivel educativo y la capacidad intelectual en períodos tempranos de la vida, lo cual protege y podría contribuir a la conformación de una reserva cognitiva que puede retardar la expresión cognoscitiva y funcional de las transformaciones neurobiológicas de la edad, ayudando a un envejecimiento saludable.

González Facal y Yaguas (2013) estudiaron el funcionamiento cognitivo en adultos mayores y la influencia de las variables socioeducativas. Su objetivo fue determinar el patrón de rendimiento cognitivo de los adultos mayores de 50 años, considerando el nivel de educación y la profesión. La población que fue objeto de estudio fueron sujetos mayores de 50 años no institucionalizadas y residentes en España, a quienes se les administró el cuestionario del estudio de ELES, estando el instrumento dispuesto de la siguiente forma: características demográficas, test de evaluación cognitiva, recursos económicos. Los resultados arrojaron que los sujetos de mayor nivel educativo y que ejercieron profesiones no manuales, mostraron una menor sospecha de deterioro cognitivo en comparación con quienes poseían un nivel educativo bajo y medio, y con quienes tuvieron profesiones manuales. Las puntuaciones de todas las funciones cognitivas se reducen con la edad. Se concluye que es vital la reserva cognitiva en la mantención del funcionamiento cognitivo en la adultez.

Por otra parte, Abarca et al. (2008) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar la relación existente entre la educación, el envejecimiento y el deterioro

cognitivo en ancianos de la ciudad de Arequipa. Se analizaron a 280 adultos mayores mediante un cuestionario de variables sociodemográficas y del Mini Mental States Examination. Los resultados mostraron relaciones significativas entre la edad y el deterioro cognitivo, observándose puntajes más reducidos en individuos con mayor edad, mientras que las personas con mayor nivel educativo mostraron puntuaciones más elevadas. Se resalta la relevancia de las políticas socioeducativas eficientes para garantizar el acceso a la educación de la mayoría de los individuos.

Además, Rozo, Rodríguez, Montenegro y Dorado (2016) analizaron las consecuencias de la ejecución de un Programa de Estimulación Cognitiva en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. El objetivo fue identificar los perfiles pre-post de ancianos a quienes se les brindó un programa de estimulación de las funciones mentales superiores. El tipo de estudio fue descriptivo-comparativo, cuasi experimental, preprueba y post prueba. Se estudió a 180 adultos mayores de 60 años alfabetizados, administrándoseles el Mini Mental State Examination y la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS).

Los resultados mostraron que es fundamental la estimulación cognitiva en el envejecimiento normal como una herramienta para preservar las funciones cognitivas y mejorar la calidad de vida de los ancianos. Se evidenció una mejora en los perfiles de la mayoría de las funciones analizadas en los individuos que formaron parte del programa de estimulación cognitiva, mientras que en el grupo que no participó del programa se mantuvo o mostró un declive en ciertas funciones (Rozo et al., 2016).

León-Arcila, Milián-Suazo, Camacho-Calderón, Arévalo Cedano y Escarpín-Chávez (2009) estudiaron los factores de riesgo para el deterioro cognitivo y funcional en el sujeto de la tercera edad. Su objetivo fue analizar la relación entre el deterioro cognitivo y funcional y las variables socioeconómicas, laborales, las enfermedades crónicas y la polifarmacia. Se llevó a cabo un estudio transversal en 422 adultos mayores de 60 años, a quienes se les administró el miniexamen del estado mental de Folstein, así como los cuestionarios de Katz, Lawton y Bronfman. Los resultados mostraron que había 244 mujeres, siendo la edad de 68 años la media. Los elementos relacionados con el deterioro cognitivo fueron el haber padecido ataques de embolia, contar con un nivel socioeconómico medio; haber padecido diabetes tipo 2, ser de sexo femenino, tener deterioro visual y

polifarmacia. Se concluye que existen varios factores de riesgo que pueden prevenirse para retardar el deterioro cognitivo del sujeto de la tercera edad. En cuanto a los estados de ánimo, Baena Zúñiga, Sandoval Villegas, Urbina Torres, Juárez y Villaseñor Bayardo (2005) escribieron un artículo sobre los trastornos que pueden afectarlo. El estado de ánimo puede ser deprimido, normal o alto. Cuando existe un trastorno del estado de ánimo, el sujeto tiene una sensación de no tener control sobre su ánimo y padece un malestar generalizado. Los trastornos se dividen en bipolares y depresivos, siendo éstos últimos sentimientos constantes de inutilidad, falta de interés y de esperanza en el futuro, afectando la funcionalidad personal de manera negativa. La distimia es un trastorno crónico que provoca un estado de ánimo deprimido la mayoría de los días, aunque no es tan grave para conformar un episodio depresivo. El trastorno ciclotímico es caracterizado por oscilaciones de una fase a otra, en la que cada una persiste días con un ánimo que no es normal.

Además, Pérez Díaz (2006) realizó un trabajo en el que realiza algunas reflexiones y apreciaciones sobre los trastornos afectivos en el adulto mayor, planteando ciertos interrogantes de valor en el ámbito de estudio, diagnóstico y análisis de la ansiedad y la depresión en la tercera edad. Los ancianos con trastornos psicogeriatricos son un grupo importante de la población general, habiendo la misma prevalencia del espectro de trastornos que en los más jóvenes. Algunas condiciones son importantes en este período, como los trastornos cognitivos, afectivos, ansiedad, abuso y dependencia al alcohol, y los trastornos de personalidad. Aunque algunos trabajos se enfocan en la resolución de estos trastornos, aún hay mucho por indagar, sobre todo en el área de los trastornos afectivos.

Figueroa (2014) señala que la psicopedagogía interviene guiando los aprendizajes de los sujetos en toda su vida. La intervención es una acción que se puede brindar. En un estudio denominado “Aprendizaje & Tercera Edad” realizado por el Programa de Adultos Mayores, del hospital Dalmacio Vélez Sarsfield, se encontró que los ancianos aprendían con otros de manera presencial, en base a la observación, la definición, la reproducción o la copia, a través del modelado o con la participación guiada. Si se originaba algún conflicto cognitivo, se solucionaba pidiendo ayuda de los demás. Los ancianos apreciaban la figura de un maestro, como alguien que transmitía un conocimiento, promoviendo las oportunidades de aprendizaje. Este descubrimiento es fundamental al momento de pensar

las intervenciones, considerando el estilo de aprendizaje y la resolución de los conflictos que prevalecen. Sería beneficioso que las actividades formuladas se puedan llevar a cabo en interacción con los demás, como estrategia para el aprendizaje.

Estrella Hernández, González Pedraza Avilés y Moreno Castillo (2008) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de establecer la frecuencia del deterioro cognitivo y relacionarlo con la calidad de vida. El estudio fue prospectivo, descriptivo y transversal, empleando una muestra de 140 pacientes, con un promedio de edad de 74.2 años, que consultaron en el módulo gerontológico de una clínica de la Ciudad de México en el 2007. Se realizó un análisis estadístico inferencial empleando el programa SPSS versión 12. Se encontró deterioro cognitivo en el 12.1% de los sujetos, relacionándose con la edad, el nivel educativo y la actividad laboral. Además, se hallaron relaciones significativas entre el deterioro cognitivo leve y la mala calidad de vida. Se concluye que la frecuencia de deterioro cognitivo leve fue parecida a lo encontrado por otros investigadores. Se destaca la significación de la utilización de instrumentos de evaluación para esta clase de patologías, y para evaluar la calidad de vida vinculada a la salud.

Mencias Navas, Ortega Torres, Zuleta López y Calero Morales (2016) realizaron un estudio con el objetivo de establecer de qué forma un programa recreativo mejora la conducta psicológica y el estado del ánimo en el adulto mayor. Se tomó una muestra de 7 ancianos del Hogar de Ancianos Dulce María, de entre 72 y 97 años de edad. Se les administró el test de POMS para establecer el estado de ánimo que presentaban, encontrándose niveles elevados de tensión, ansiedad, depresión, melancolía, cólera, hostilidad y un reducido nivel de vigor. Además, se encontraron dificultades asociadas a lo psicológico, sobre todo a los estados de ánimo. Con la información recabada, se planificaron actividades recreativas teniendo en cuenta las particularidades heterogéneas del grupo. Luego de las actividades, se aplicó nuevamente el test y se hallaron modificaciones significativas positivas en cuanto a los resultados encontrados iniciales de los 6 elementos que analizó el test de POMS, evidenciando las consecuencias positivas de las actividades recreativas creadas para los sujetos mayores.

Denis y Casari (2014) realizaron una investigación con el objetivo de explorar las particularidades de un grupo de ancianos en encuentros de musicoterapia en una institución

de Mendoza, Argentina, explicando los beneficios de la música en la salud mental. En los sujetos mayores, la musicoterapia sirve para mejorar su calidad de vida. Escuchar música genera emociones y asociaciones, permitiendo a los individuos acceder a estados de ánimo, recuerdos y pensamientos perdidos en la mente (Sacks, 2009 citado en Denis & Casari). El diseño es de tipo teórico-empírico, de corte cualitativo con un alcance exploratorio. Se empleó la observación participante, administrándose entrevistas al personal de la residencia y a la musicoterapeuta. Como resultado se observó que la musicoterapia complementa el abordaje psicológico en el anciano, contribuyendo al bienestar emocional del mismo.

Lucero y Casali (2006) señalan que el abordaje de los trastornos del estado de ánimo en los ancianos es un desafío para el psiquiatra. Por ende, existe la necesidad de un equipo técnico interdisciplinario para desarrollar un trabajo que mejore su función. La prevalencia de enfermedades mentales se incrementa con los años, siendo más frecuentes los trastornos afectivos. Para un adecuado abordaje se deben generar estructuras de atención para organizar unidades psicogerítricas. Los ancianos poseen los mismos trastornos afectivos que los sujetos más jóvenes y responden a la misma etiopatogenia con peculiaridades que entorpecen el diagnóstico. En su artículo, las autoras describen diferentes formas de presentación de los episodios depresivos y maníacos haciendo hincapié en los elementos desencadenantes somáticos. Se inspeccionan las opciones farmacológicas, la electroconvulsoterapia, las psicoterapéuticas y la atención al cuidador.

Luego de haber realizado este breve recorrido, es evidente el gran interés de los investigadores en el deterioro cognitivo del adulto mayor. Sin embargo, los estudios casi no tuvieron en cuenta los estados de ánimo de esta población, analizándose solo patologías como la depresión una vez que tuvieron lugar.

### **3. Problema de Investigación**

El presente trabajo plantea la relevancia de la implementación de talleres de entrenamiento cognitivo para adultos mayores sin patología cognitiva, como una estrategia de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y/o para mejorar el funcionamiento intelectual, las relaciones sociales y la calidad de vida. Por ende, ha sido fundamental analizar la relación entre el deterioro cognitivo y el estado de ánimo de los adultos mayores que asistieron a los mismos.

El hombre transita por períodos en el trayecto de su vida, siendo la vejez la última de ellas, considerada como el último peldaño del ciclo vital (Camargo-Hernández & Laguado-Jaimes, 2017). Se considera que los ancianos son sujetos mayores de 65 años. De acuerdo a la OMS, esta población mostró un aumento veloz a nivel mundial, estimándose que entre el 2015 y el 2050, los ancianos pasarán de representar un 12% a un 22%, casi el doble de la cantidad actual.

El deterioro cognitivo es la problemática más frecuente en los sujetos mayores como resultado del envejecimiento. La función cognitiva abarca procesos como la percepción, la orientación, la memoria, la atención y el lenguaje, los cuales padecen cierto nivel de deterioro. Algunas de las funciones de la memoria que no se afectan notablemente

o permanecen estables son la memoria semántica y la procedural. En cuanto a las funciones más afectadas en la vejez, son la memoria de trabajo, la episódica y la prospectiva (Custodio et al., 2012).

Las transformaciones en los procesos cognitivos impactan en el ejercicio de las actividades cotidianas y en la salud, el estilo de vida, el ejercicio laboral, social, el apoyo brindado y en la satisfacción vital durante el envejecimiento (González Facal & Yaguas, 2013). Por ende, se debe analizar el envejecimiento y las decisiones de las personas en este período, describir los elementos del funcionamiento cognitivo, los elementos que lo mantendrían o el declive en el tiempo, así como las consecuencias del deterioro cognitivo (González Facal & Yaguas 2013).

Este horizonte hace que se deba recapacitar sobre la necesidad de poseer información confiable sobre los elementos que median en el estado cognitivo y funcional del anciano, para analizar que mejoras se podrían realizar según las condiciones de los sistemas de salud (León-Arcila et al., 2009).

La evaluación de los sujetos será llevada a cabo por la profesora que realiza el taller, quién se encuentra a cargo de este desde hace varios años. Es viable de ser realizado, ya que se cuenta con el permiso y la autorización de la asociación de Jubilados Colón y la seccional de PAMI Colón. Esta problemática requiere de ser estudiada, ya que la literatura muestra que existen varias investigaciones realizadas en adultos mayores. Se han implementado diversas estrategias de intervención en los últimos años, aunque todavía hay mucho por investigar y por aportar sobre los beneficios del entrenamiento cognitivo como estrategia de prevención en los adultos mayores sanos.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre el deterioro cognitivo y el estado de ánimo en los adultos mayores que asisten a talleres de entrenamiento cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires?

## **4. Objetivos e Hipótesis**

### **4.1. Objetivo general**

- Indagar la relación entre el estado de ánimo y el deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a talleres de entrenamiento cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de la muestra: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, si vive solo, si tiene hijos, nivel de educación y profesión previa a jubilarse.
- Describir los distintos estados de ánimo de los ancianos de la muestra.
- Describir los niveles de deterioro cognitivo de los sujetos mayores.

- Asociar los diferentes estados de ánimo y de deterioro cognitivo de los sujetos que asistían a los talleres de entrenamiento cognitivo.

## **5.Hipotesis**

- A mejor estado de ánimo, habrá menor nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores que asisten a los talleres de entrenamiento cognitivo.

## **6. Método**

### **6.1. Diseño**

Se llevó a cabo un estudio correlacional, el cual pretende conocer la asociación entre dos variables en cierto entorno mediante un patrón predecible; transversal, debido a que se recabó la información en un solo momento; con un abordaje cuantitativo, ya que se empleó la recolección de datos para contrastar una hipótesis utilizando el análisis estadístico (Hernández Sampieri et al., 2006).

## 6.2. Participantes

Los participantes de este estudio fueron 20 adultos mayores. Se plantearon los siguientes criterios de inclusión:

- Tener más de 65 años de edad.
- Residir en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires.
- Asistir a talleres de entrenamiento cognitivo en un centro de jubilados ubicado en dicha ciudad.
- Aceptar formar parte de este estudio.

Sin embargo, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Tener menos de 65 años de edad.
- No asistir a los talleres de entrenamiento cognitivo o haber concurrido por menos de 2 meses.
- No encontrarse alfabetizados o contar con un nivel educativo insuficiente para poder responder el cuestionario escrito.
- Contar con alguna patología mental que impida la comprensión del cuestionario.
- NO firmar el consentimiento informado por no querer participar de la investigación.

## 63. Técnicas de recolección de datos

- **Cuestionario sociodemográfico:** creado para los fines de la presente investigación, se indagan edad, sexo, nacionalidad, estado civil, si vive solo, si tiene hijos, nivel de educación y profesión previa a jubilarse

- **Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA]** (Sanz, 2001; adaptación española, Pino-Sedeño et al., 2010). Es un instrumento diseñado para analizar cuatro estados afectivos situacionales con entidad clínica. Posee 16 adjetivos con una escala tipo Likert de 11 puntos que oscila entre 0- Nada y 10- Mucho. Las 16 frases comienzan con las palabras “me siento” y siguen con un adjetivo que personifica un estado de ánimo. La EVEA analiza cuatro estados de ánimo: ansiedad, hostilidad, depresión y alegría, encontrándose cada estado de ánimo representado por cuatro ítems con distintos adjetivos que conforman una subescala, estando todos los ítems dentro de cada subescala formulados en la misma dirección:

- **Depresión:** ítems 4, 7, 10, 16. ( $\alpha = 0,89$ ).
- **Ansiedad:** ítems 1, 5, 9, 13 ( $\alpha = 0,94$ ).
- **Alegría:** ítems 3, 6, 12, 15. ( $\alpha = 0,96$ ).
- **Hostilidad:** ítems 2, 8, 11, 14. ( $\alpha = 0,95$ ).

-

- **Addenbrooke’s Cognitive Examination III [ACE-III]** (Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowicz & Hodges, 2000; adaptación argentina, Bruno et al., 2017). Es una prueba corta, simple y sensible para la detección de deterioro cognitivo. Existen distintas formas alternativas con variados estímulos para evocar el nombre y la dirección y prevenir las consecuencias del aprendizaje en valoraciones reiteradas. Posee 5 subescalas que representan determinados dominios cognitivos: orientación y atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidades visuoespaciales. El puntaje total máximo es de 100 puntos, entre los que se encuentran los 30 puntos del MMSE. Esta versión fue revisada originándose el ACE-R y el ACE-III (Hsieh, Schubert, Hoon, Mioshi & Hodges, 2013 citados en Bruno et al.). El puntaje de corte  $< 88$  indica 94% sensibilidad y 89 % de especificidad para demencia, mientras que el puntaje de corte  $< 82$  evidencia 84% sensibilidad y 100 % de especificidad para demencia.

#### 6.4. Procedimiento

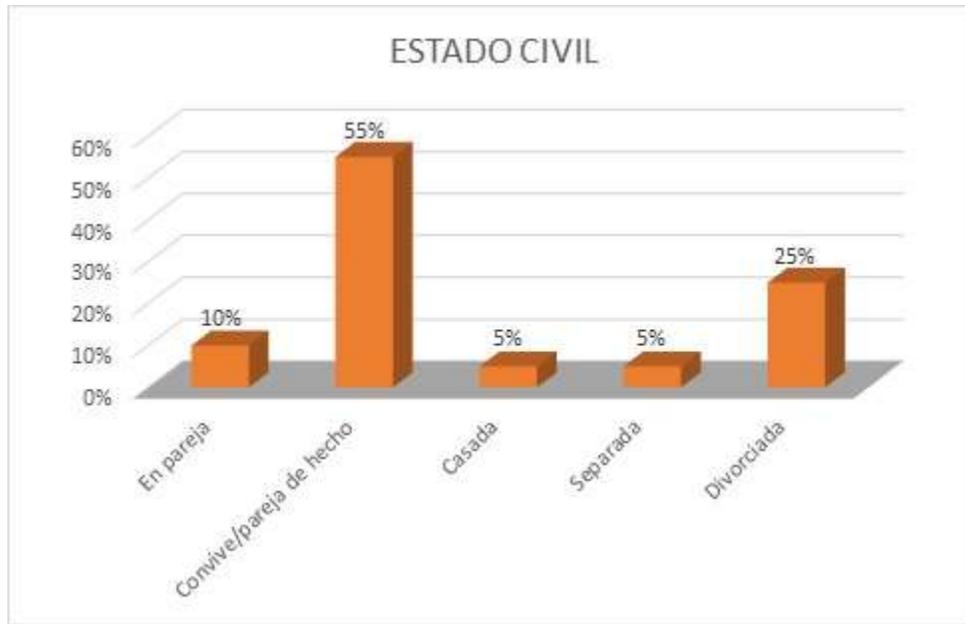
Se concurrió a un centro de jubilados ubicado en la ciudad de Colón, Provincia de Buenos Aires. Para ello, se solicitó permiso a las autoridades de dicha institución, informando sobre los aspectos éticos del trabajo a realizar, que la información recabada se utilizaría solo para los fines de la tesina de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad de Flores, la cual sería confidencial, y que se mantendría el anonimato de los sujetos encuestados.

Luego de autorizarse el ingreso de la investigadora, se pactó un día para asistir a dicho centro para administrar, tanto individual como grupalmente, los cuestionarios a los 20 ancianos que realizaban los talleres de estimulación cognitiva. En el caso del cuestionario sociodemográfico y de la escala de estado de ánimo, las mismas fueron respondidas en el momento y devueltas a la investigadora al cabo de unos minutos, asistiéndose a los individuos para la completa recopilación de datos. En cuanto a la administración del ACE III, la investigadora administró de forma individual los protocolos por cuestiones asociadas al instrumento. Después de recopilar los datos, se volcó la información a una base de datos en el software SPSS 22.0, para emplear estadísticos descriptivos e inferenciales, los cuales permitirían corroborar o refutar la hipótesis de investigación.

## **7.Resultados**

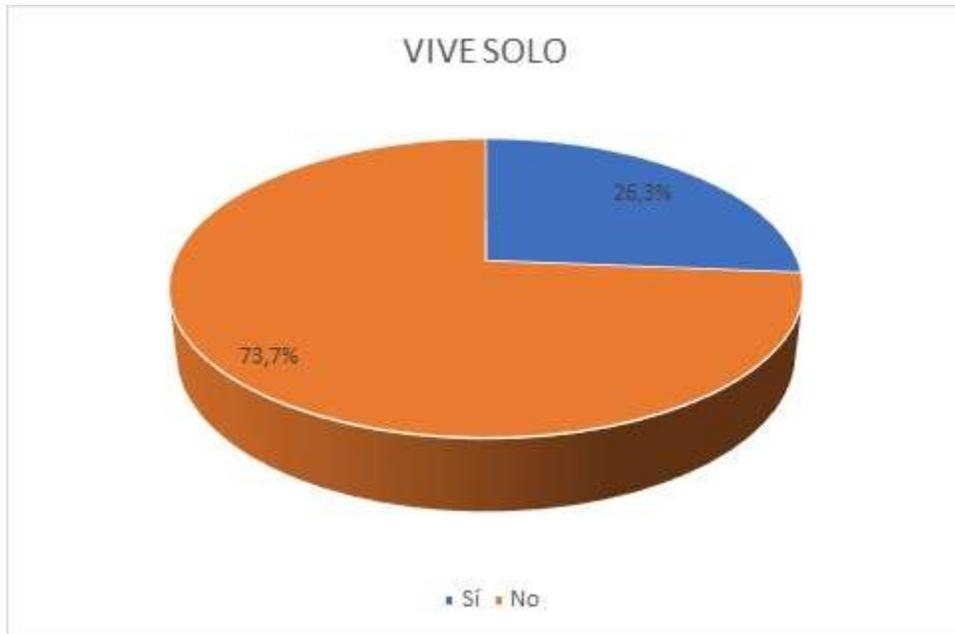
### **7.1. Caracterización de la muestra**

#### **Gráfico 1. Estado civil**



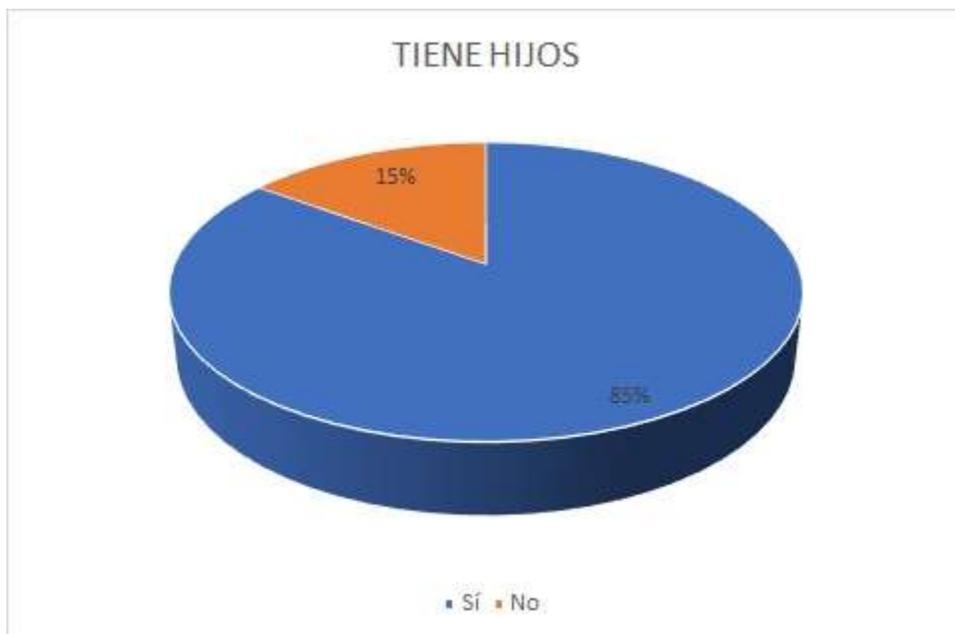
El 10% de las mujeres encuestadas se encuentra en pareja, el 55% convive o posee pareja de hecho, el 5% se encuentra casada, otro 5% separada y un 25% divorciada.

**Gráfico 2. Vive solo**



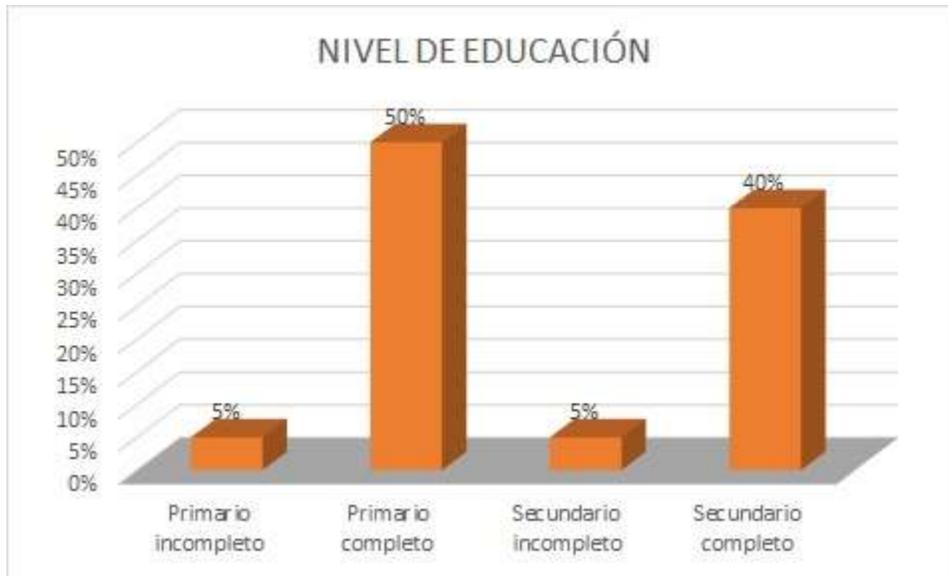
El 73,7% de las mujeres vive sola mientras que el 26,3% vive acompañada.

**Gráfico 3. Tiene hijos**



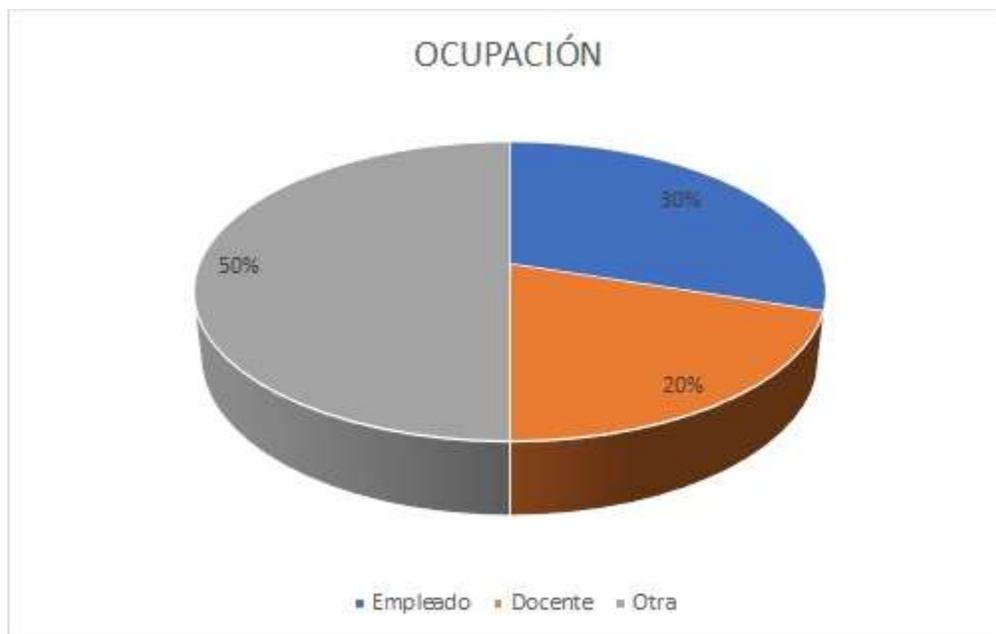
El 85% de las mujeres tiene hijos y el 15% no tiene hijos.

**Gráfico 4. Nivel de educación**



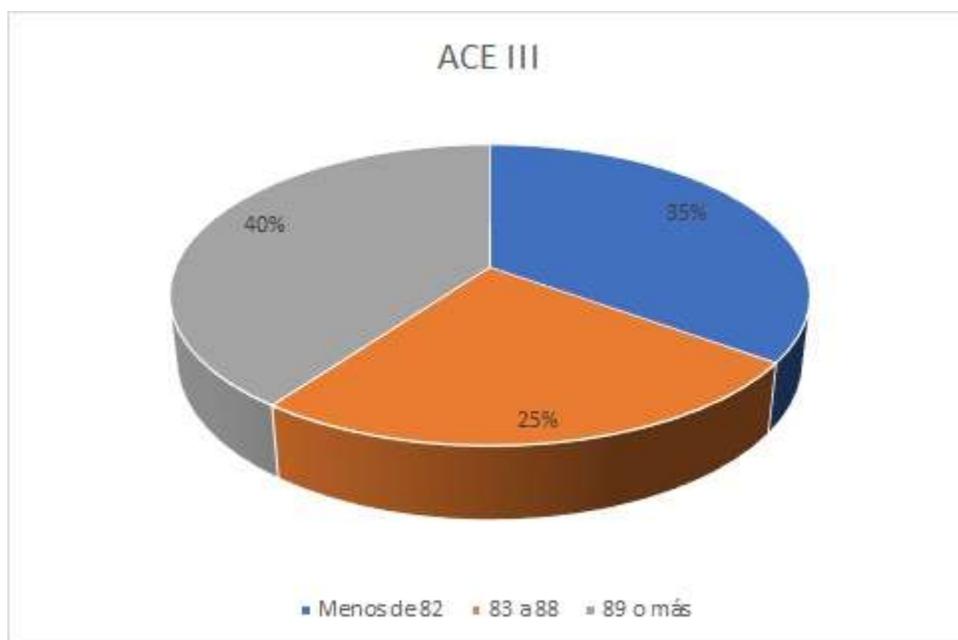
El 5% de las mujeres posee primario incompleto, el 50% primario completo, otro 5% secundario incompleto y el 40% secundario completo.

**Gráfico 5. Ocupación**



El 30% de las mujeres fue empleada, el 20% docente y un 50% tuvo otro empleo.

**Gráfico 6. ACE III**



El 35% obtuvo una puntuación menor a 82, el 25% entre 83 y 88, y el 40% mayor a 89 o más.

## 7.2. Descripción de las variables

### 2.1. Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA]

**Tabla I. Resúmenes estadísticos del estado de ánimo.**

	N	M	Md	DT	Mín.	Máx.
Depresión	20	3,50	2,50	4,176	0	15
Ansiedad	20	6,29	5	6,752	0	25
Alegría	20	28,83	29	7,485	15	40
Hostilidad	20	0,5	0	1,295	0	4

## 2.2. Addenbrooke's Cognitive Examination III [ACE-III]

**Tabla II. Resúmenes estadísticos del deterioro cognitivo.**

	N	M	Md	DT	Mín.	Máx.
Orientación y atención	20	15,50	16	2,482	10	18
Memoria	20	21,70	22,50	3,326	13	26
Fluencia verbal	20	8,70	9	1,780	5	12
Lenguaje	20	22,15	23	2,907	15	26
Habilidades visuoespaciales	20	14,90	16	1,861	8	16
Puntuación total	20	83	86	10,613	51	96

## 7.3. Análisis de la normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas con anterioridad. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, los resultados son los siguientes:

**Tabla III. Normalidad de las variables a estudiar.**

	p.
Depresión	,009
Ansiedad	,001
Alegría	,149
Hostilidad	,000
Orientación y atención	,027
Memoria	,109
Fluencia verbal	,323
Lenguaje	,045
Habilidades visuoespaciales	,000
Puntuación total	,036

Como se puede observar, las variables analizadas no poseen distribución normal, excepto la Alegría, la Memoria y la Fluencia verbal.

#### **7.4. Análisis de la relación entre variables**

No se encontraron relaciones significativas entre los estados de ánimo y las puntuaciones obtenidas del ACE III. Además, no existen relaciones significativas entre la edad y el ACE III, así como los estados de ánimo.

Por otro lado, sí se hallaron relaciones significativas entre la cantidad de hijos y entre el nivel de educación y algunas dimensiones del ACE III y su valoración total.

**Tabla IV. Correlación entre la cantidad de hijos y la Atención, el Lenguaje y la Fluencia verbal.**

	Cantidad de hijos	p
Atención	,553	,017
Lenguaje	,522	,026
Fluencia verbal	,538	,021

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas y positivas entre la cantidad de hijos y la atención, el lenguaje y la fluencia verbal. Al incrementarse el número de hijos, se incrementarían estas dimensiones del ACE III.

**Tabla V. Correlación entre el nivel de educación y la Atención, el Lenguaje, ACE III total y la memoria**

	Nivel de educación	p
Atención	,495	,026
Lenguaje	,468	,037
Memoria	,769	,000
ACE III	,714	,000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas y positivas entre el nivel de educación y el ACE III, y algunas de sus dimensiones. Al aumentar el nivel de educación, se incrementarían estas dimensiones del ACE III y su nivel general.

## 7.5. Análisis de las diferencias de grupo

No se encontraron diferencias significativas según el estado civil, si vive solo y si tiene hijos, para los estados de ánimo y para las dimensiones del ACE III y su valoración global.

Sí se diferencias relaciones significativas según la ocupación, para la Fluencia verbal y el nivel general del ACE III.

**Tabla VI. Correlación entre la ocupación y la Fluencia verbal.**

	Ocupación	p
Fluencia verbal	Empleado (M= 7,33)	,012
	Docente (M= 10,50)	
	Otro (M= 8,80)	

Nota: coeficiente utilizado: ANOVA

**Tabla VII. Correlación entre la ocupación y el ACE III.**

	Ocupación	p
ACE III	Empleado (R= 7,23)	,027
	Docente (R= 17,25)	
	Otro (R= 9,75)	

Nota: coeficiente utilizado: H de Kruskall Wallis

Existen diferencias significativas de acuerdo a la ocupación del sujeto, para los niveles de Fluencia verbal y del ACE III. Los docentes mostraron mayor nivel de Fluencia verbal y de valoración total del ACE III, seguidos por quienes tenían otros trabajos y por los empleados.

## **8. Discusión y Conclusiones.**

En este capítulo final de la investigación, se analizará la hipótesis planteada en la metodología con los resultados obtenidos. Además, se explorarán los hallazgos asociándolos con la información presente en el marco teórico. Se retomará alguna implicancia práctica referida a las intervenciones del psicopedagogo con la población de ancianos. Finalmente, se indicarán las fortalezas y limitaciones del trabajo realizado, brindándose alguna propuesta a futuro y un cierre al mismo.

Los resultados de la investigación mostraron que no existen relaciones significativas entre los diferentes estados de ánimo y las puntuaciones del ACE III. Por ende, la hipótesis que plantea que, a mejor estado de ánimo, habrá menor nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores que asisten a los talleres de entrenamiento cognitivo, se refuta.

El aumento de la cantidad de ancianos hace que se deban llevar a cabo transformaciones sociales, económicas y políticas, por lo que parte de las mismas recaen en el sistema de salud. Algunos de ellos no necesitan de grandes inversiones, sino un mayor énfasis para prevenir las patologías de la tercera edad y el manejo primario de la noción de anciano sano. La misma se refiere a la supervivencia hasta cierta edad, la independencia de las actividades cotidianas, el bienestar, la participación social, el no padecimiento de enfermedades crónicas y el no poseer una alteración cognitiva o que solo sea leve (Benavides-Caro 2017).

De todas formas, se encontraron relaciones y diferencias significativas entre las puntuaciones del ACE III y los estados de ánimo, y algunas variables sociodemográficas.

No se hallaron relaciones significativas entre la edad, y el ACE III y los estados de ánimo. Esto posiblemente se explique a que los sujetos de la muestra constituyeron una franja etaria reducida: la tercera edad. Por ende, no sería significativo el hecho de que la edad no se asociara a las variables analizadas. Bajo la noción de “edad cronológica”, el proceso de senectud empieza cerca de los 60 años, aunque el declinar no ocurre paralelamente con una reducción en las funciones cerebrales que pueden encontrarse

intactas hasta el fallecimiento (Vega Rozo et al., 2016). A su vez, no se encontraron diferencias significativas según el estado civil, si vive solo y si tiene hijos, para los estados de ánimo y para las dimensiones del ACE III y su valoración global. Estas características sociodemográficas tendrían en común que se podrían referir a su propia familia, pareja e hijos, por lo tanto, quedaría en evidencia que los estados de ánimo y la presencia de deterioro cognitivo no se asociaría a estas variables de tipo contextuales.

Las capacidades funcionales del sujeto mayor son el resultado de los procesos biológicos y de características como el sexo, la edad, el nivel de educación, la ocupación, los hábitos, el estado mental y cognitivo, entre otros (Sanhueza Guzmán, 2014;). Esto lleva al envejecer con o sin éxito: lo importante no es el paso del tiempo, sino la calidad del mismo. Al incrementarse el número de hijos, se incrementarían la atención, el lenguaje y la fluencia verbal. Quizás el hecho de haber criado hijos haya fomentado la atención y el lenguaje, ya que éstos requieren de atención y se les debe hablar para que aprendan, se comuniquen, entre otros. Por ende, las personas con más hijos presentarían un menor grado de deterioro cognitivo. Así mismo, la valoración de la función estaría afectada por la situación económica del anciano, la cual es usualmente irregular, difiriendo según los sucesos, siendo la familia la fuente de sustento económico, sobre todo los hijos (León-Arcila et al., 2009).

Al aumentar el nivel de educación, se incrementarían la atención, el lenguaje, la memoria y la puntuación total del ACE III. No sería de extrañar esto, ya que la educación es usualmente un factor promotor de las funciones cognitivas porque se mantendrían activas mediante el estudio, trabajándose la memoria, la atención y el lenguaje.

En su estudio, Vásquez-Amézquita (2016) encontraron que la educación y la capacidad intelectual son predictores del rendimiento cognitivo de la Reserva Cognitiva. Se concluye que se debe promover un elevado nivel educativo y la capacidad intelectual en períodos tempranos de la vida, lo cual protege y podría contribuir a la conformación de una reserva cognitiva que puede retardar la expresión cognoscitiva y funcional de las transformaciones neurobiológicas de la edad, ayudando a un envejecimiento saludable.

En cuanto a los empleos, los docentes mostraron mayor nivel de Fluencia verbal y de valoración total del ACE III, seguidos por quienes tenían otros trabajos y por los empleados. Tal vez esto se deba al mayor nivel educativo de las docentes en comparación con los otros empleos, además de que realizarían una labor que constantemente activaría la función del lenguaje, por ende, también se reduciría el nivel de deterioro cognitivo.

La labor psicopedagógica con sujetos de la tercera edad se refiere a la intención, a lo que se plantea o pretende realizar, enfocándose en la dimensión objetiva de la acción. La psicopedagogía es una disciplina que guía los aprendizajes de los sujetos, tanto formales, no formales e informales a través de la vida incluyendo los aprendizajes de los adultos mayores y de cualquier etapa del ciclo vital. El incremento de la cantidad de ancianos y de sus expectativas de vida requiere de espacios que guíen y mejoren la calidad de vida de los ancianos (López, 2015).

El psicopedagogo puede servir de gran provecho para la tercera edad, debido a que son quienes generan estrategias metodológicas que se amolden a la singularidad individual. La psicopedagogía considera al hombre íntegramente, promoviendo la afectividad y buscando el aprendizaje, la reeducación mediante las habilidades individuales, por ende, podrán realizar distintas clases de actividades, incentivando el trabajo en sus procesos cognitivos, el poder de analizar y sentirse capaces de llevar a cabo actividades por sí mismos (Martínez Venegas & Monsalve Barría, 2010).

Como limitación del trabajo realizado, se puede indicar en primer lugar que la muestra empleada es muy pequeña. Esto se debe a que el universo de donde provino la misma es muy reducido, siendo un centro de jubilados ubicado en una ciudad con una población pequeña.

Por otro lado, al desempeñar la investigadora sus funciones en dicha institución, se posibilitó el acceso a la muestra, pudiendo sortear en cierta forma la negación que podría llegar a generarse en los sujetos mayores. Asimismo, existe poca literatura científica sobre las intervenciones psicopedagógicas en sujetos de la tercera edad. Esto podría haber limitado la información que pudo recabarse para la elaboración del presente trabajo.

Como fortaleza, se podría señalar que este estudio realiza una contribución para aumentar la literatura existente en Argentina, sobre la labor del psicopedagogo en la prevención del deterioro cognitivo en sujetos de la tercera edad. Por eso es tan importante que continúen surgiendo investigaciones que sigan esta línea.

En cuanto al futuro, se debe continuar indagando las características de los sujetos en la tercera edad. Según lo encontrado en este trabajo, serían las diversas variables sociodemográficas las que repercutirían en el deterioro cognitivo. El estado de ánimo no pareció ser un predictor del mismo, aun así, no se descarta que pueda llegar a tener alguna influencia en un análisis realizado en otra muestra más grande en otra ubicación geográfica. Quizás sería interesante indagar una muestra recabada en algún centro urbano, como el Área Metropolitana de Buenos Aires, para ver si se replican estos resultados. Finalmente, se podrían analizar variables como la depresión, para establecer si pudiera llegar a asociarse con el deterioro cognitivo en la tercera edad.

## Referencia

- Abarca, J. C., et al. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(1), 7-14
- Avila Oliva, M. M., Vázquez Morales, E. & Gutiérrez Mora, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(4), 1-11
- Baena Zúñiga, A., Sandoval Villegas, M. A., Urbina Torres, C. C., Juárez, N. H. & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-14
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112
- BisquerraAlzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Bruno, D. et al. (2017). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*, 1-7
- Camargo-Hernández, K. C. & Laguado-Jaimes, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 19(2), 163-170
- Cano Murcia, S. R. & Zea Jiménez, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(1), 58-67
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. & Casanova Carrillo, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6).

- Denis, E. J. & Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Revista Diálogos*, 4(2), 75-82
- Estrella Hernández, A., González Pedraza Avilés, A. & Moreno Castillo, Y. C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 127-132
- Fernández-Abascal, E. (1997). *Psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Castro, J., Granero Pérez, R., Barrantes, N. & Capdevila, A. (1997). Estado de ánimo y sesgos en el recuerdo: papel del afecto. *Psicothema*, 9(2), 247-258
- FernandezLopes, R.M, Lima Argimon, I.I. (2016) El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones cognitivas. Pontifica Universidad Catolica Rio Grande do Sur. Brasil.
- Fernández Mateos, L. M. & Sánchez Cabaco, A. (2005). Estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: influencia de variables psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 585-596
- Figuroa, D. (2014). El trabajo psicopedagógico en adultos mayores con deterioro cognitivo. Tesis inédita de grado, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Flores Kanter, P. E., Medrano, L. A. & Victoria Manoilloff, L. M. (2014). Estados de ánimo y juicios de autoconcepto en universitarios: análisis desde un abordaje basado en redes semánticas naturales. *Interamerican Journal of Psychology*, 48(3), 291-307
- Gallardo Vergara, R. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29-40
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual*. Barcelona; Ediciones B, S.A.

- González, M. F., Facal, D. & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34-42
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4° ed.). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C. & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17
- León-Arcila, R. de, Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo Cedano, R. E. & Escarpín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277- 284
- López, J. L. (2015). La importancia del abordaje psicopedagógico preventivo para adultos mayores, en un centro terapéutico en la Ciudad de Rosario. Tesis inédita de grado, Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.
- Lucero, R. & Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70(2), 151-166
- Manes, F. & Niro, M. (2014). *Usar el Cerebro*. Buenos Aires: Planeta.
- Martínez Venegas, C. M. & Monsalve Barría, A. S. (2010). Efecto de la intervención psicopedagógica con el uso del material didáctico AUTIMAY en los niveles de motricidad fina, autonomía y autoestima en los adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la Ciudad de Chillán. Tesis inédita de grado, Universidad Tecnológica de Chile, Chillán, Chile.
- Mayordomo, T., Sales, A. & Meléndez, J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de psicología*, 31(1), 310-316

- Mencias Navas, J. X., Ortega Torres, D. M., Zuleta López, C. W. & Calero Morales, S. (2016). Mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor a través de actividades recreativas. *EFDeportes-com, Revista Digital*, 20(212).
- Mesonero Valhondo, A. & Fombona Cadavieco, J. (2013). Envejecimiento y funciones cognitivas: las pérdidas de memoria y los olvidos frecuentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 317-326
- Miguel-Tobal, J. J. & Orozco Alonso, M. T. (s.f.). Música Streaming y Estado de Ánimo. Diferencias de Género. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 37(7), 1-26
- Mogollón González, E. J. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare*, 18(2), 1-17
- Páez, D. & Da Costa, S. (2014). Regulación Afectiva (de Emociones y Estado de Ánimo) en el Lugar de Trabajo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(2), 190-203
- Pérez Díaz, R. (2006). Trastornos afectivos en el Adulto Mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. *Geroinfo*, 2(2).
- Pino-Sedeño, T., Peñate, W & Bethencourt, J. M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en el estado de ánimo. *Análisis y modificación de Conducta*, 36(153), 19-32
- Rozo, V., Rodríguez, O., Montenegro, Z. & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18
- Sanhueza Guzmán, C. (2014). Programa de entrenamiento cerebral en adultos mayores sin deterioro cognitivo: atención, memoria y funciones ejecutivas. Tesis inédita de doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

- Solomon, R. C. (2007). *Ética emocional: Una teoría de los sentimientos*. Barcelona: Plaza.
- Vásquez-Amézquita, M. (2016). Factores predictores de la reserva cognitiva en un grupo de adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 5-11
- Vega Rozo, F., Rodríguez, O., Montenegro, Z. & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18
- Villanueva, L., Prado Gascó, V., González, R. & Montoya, I. (2014). Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *Anales de Psicología*, 30(2), 772-780

## Anexos



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, lea atentamente este documento. Si tiene alguna duda sobre el mismo o sobre su participación en el estudio, pregunte a la entrevistadora ante de firmar. Por la presente, acepto participar en el trabajo de investigación titulado “Estado de ánimo y deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten a Talleres de Entrenamiento Cognitivo, en la localidad de Colón, Provincia de Buenos Aires”, de la alumna Sabrina Lambermont, legajo N° 16059, estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicopedagogía en la Universidad de Flores, respondiendo a dos instrumentos de evaluación psicológica para la recolección de datos, que serán utilizados como parte del proceso de realización del trabajo final de grado.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio. Manifiesto haber comprendido que no se me brindará devolución de la información obtenida en dicha práctica, estar satisfecho/a con las explicaciones que se me han brindado y notificado/a que se garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato de mi persona. Es libre de interrumpir su participación en el estudio sin ningún tipo de consecuencia. Además, podrá negarse a contestar cualquier pregunta. Por favor, firme a continuación si está de acuerdo con lo anteriormente expuesto y decide participar voluntariamente de la investigación.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**Edad:** ..... años

**Sexo:**  1. Hombre  2. Mujer

**Nacionalidad:** .....

**Estado Civil:**

- 1. Soltero/a
- 2. Convive/Pareja de hecho
- 3. Casado/a
- 4. Separado/a
- 5. Divorciado/a
- 6. Viudo/a

**Vive solo:**  1. Si  2. No

**Tiene hijos:**  1. Si  2. No **Si respondió Sí, ¿cuántos?:** \_\_\_\_\_

**Nivel de estudios alcanzados:**

- 1. Primario Incompleto
- 2. Primario Completo
- 3. Secundario Incompleto
- 4. Secundario Completo
- 5. Terciario Incompleto
- 6. Terciario Completo
- 7. Universitario Incompleto
- 8. Universitario Completo

**Profesión que desempeña o desempeñaba antes de jubilarse:**

- 1. Empleado
- 2. Operario
- 3. Vendedor/comerciante
- 4. Profesional
- 5. Docente
- 6. Otra **Especifique** \_\_\_\_\_

- Redondee con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se “siente ahora mismo”.

	Nada										Mucho	
<b>1. Me siento nervioso.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>2. Me siento irritado.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>3. Me siento alegre.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>4. Me siento melancólico.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>5. Me siento tenso.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>6. Me siento optimista.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>7. Me siento alicaído.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>8. Me siento enojado.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>9. Me siento ansioso.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>10. Me siento apagado.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>11. Me siento molesto.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>12. Me siento jovial.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>13. Me siento intranquilo.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

<b>14. Me siento enfadado.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>15. Me siento contento.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>16. Me siento triste.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

# ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION - ACE-III

## Versión Argentina A (2013)

**APELLIDO Y NOMBRE:**  
**AÑOS DE EDUCACIÓN:**  
**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**EXAMINADOR:**  
**ANTECEDENTES:**

**EDAD:**  
**OCUPACIÓN:**  
**HCL:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**  
**DERIVADOR:**

ATENCIÓN					/5	ATENCIÓN					/5
ANO	ESTACION	MES	FECHA	DIA	PAIS	CIUDAD	BARRIO	LUGAR	PISO		
Tolerancia para fecha: +/-2 Cambio de estación: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar: ¿Qué otra estación podría ser? Se puntúa 1 por respuesta correcta.											
ATENCIÓN											
PELOTA	BANDERA	ARBOL	Cant. Ensayos.:						/3		
<b>*(100-7) 93</b>	<b>86</b>	<b>79</b>	<b>72</b>	<b>65</b>					<b>/5</b>		
*Preguntar al sujeto: cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 84, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas.											
MEMORIA											
PELOTA	BANDERA	ÁRBOL	DIF. PBA:					/3			

FLUENCIA VERBAL: /14									
<p align="center"><b>Letras</b></p> <p>Pedir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/dijera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. Por ejemplo, si le doy la letra "C", usted podría decir palabras como "casa, camino, carro" y así. Pero no puede decir palabras como Carolina o Canadá. ¿Entendió? ¿Está listo? Tiene un minuto. La letra que quiero que use es la letra "P".</p>					<p align="center"><b>Animales</b></p> <p>Decir al sujeto: "Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra". El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra "P", en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.</p>				
0 a 15"		30-45"			0-15"		30-45"		
15-30"		45-60"			15-30"		45-60"		
		<b>TOTAL:</b>					<b>TOTAL:</b>		
Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:					Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:				
P		≥18	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2
Animales		≥22	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
<b>Puntaje</b>		<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
MEMORIA									
<b>NOMBRES Y DIRECCIONES:</b>		I	II	III					
LUIS					<p>"Voy a decirle el nombre de una persona y su dirección y me gustaría que lo repitiese después de mí. Para que pueda aprenderlo, vamos a hacerlo 3 veces. Le volveré a preguntar por el nombre y dirección más adelante". Si el paciente comienza a repetir junto con Ud. pídale que espere hasta que ud. haya terminado.</p> <p>Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, realice la tarea dos veces más exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial.</p> <p>Para el puntaje sólo cuenta el 3° trial.</p>				
REYNAL									
PEDRO									
GOYENA									
420									
ROSARIO									
SANTA FE									
		AP. N y D: /7							
MEMORIA:		/4							
Nombre del actual Presidente		Nombre del Papa							
Nombre de la Persona que descubrió América		Nombre del Presidente estadounidense asesinado en la década del 60							
LENGUAJE									
COMPRESIÓN									
Ubique un lápiz y un papel enfrente del sujeto. A modo de prueba, pídale que "Tome el lápiz y luego el papel". Si lo realiza de forma incorrecta, pútle 0 y no continúe con este ítem.								<b>/3</b>	
Si el sujeto realiza correctamente la prueba, continúe con las siguientes tres instrucciones:									
<b>"Ponga el papel encima del lápiz" "Tome el lápiz pero no el papel" "Deme el lápiz después de tocar el papel"</b>									
Nota: Ubique el lápiz y el papel enfrente del sujeto antes de cada instrucción. Otorgue 1 punto por cada orden correctamente realizada. No permita que el participante tome el papel antes que Ud. termine de decir las instrucciones									